

BRUSSEL-HOOFDSTAD

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE
GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

GEWONE ZITTING 2011-2012

2 FEBRUARI 2012

**Meerjarenplan voor de bouw
van nieuwe ziekenhuis- en
gezondheidsinstellingen**

VERSLAG

uitgebracht namens de commissie
voor de Gezondheid

door mevrouw Dominique BRAECKMAN (F) en
mevrouw Bianca DEBAETS (N)

Aan de werkzaamheden van de commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : de heer Philippe Close, mevr. Catherine Moureaux, mevr. Olivia P'tito, mevr. Dominique Braeckman, mevr. Anne Herscovici, de heer Jacques Morel, mevr. Marion Lemesre, mevr. Jacqueline Rousseaux, de heren André du Bus de Warnaffe, Pierre Migisha, mevr. Gisèle Mandaila, mevr. Fatoumata Sidibe, de heer René Coppens, mevr. Elke Roex, mevr. Bianca Debaets.

Plaatsvervangers : mevr. Anne-Charlotte d'Ursel, mevr. Danielle Caron, de heren Joël Riguelle, Emmanuel De Bock, mevr. Béatrice Fraiteur.

Andere leden : de heer Herman Mennekens, mevr. Françoise Schepmans, mevr. Viviane Teitelbaum.

BRUXELLES-CAPITALE

**ASSEMBLEE REUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE
COMMUNE**

SESSION ORDINAIRE 2011-2012

2 FEVRIER 2012

**Plan pluriannuel de construction
des institutions hospitalières et
de santé**

RAPPORT

fait au nom de la commission
de la Santé

par Mmes Dominique BRAECKMAN (F) et
Bianca DEBAETS (N)

Ont participé aux travaux de la commission :

Membres effectifs : M. Philippe Close, Mmes Catherine Moureaux, Olivia P'tito, Dominique Braeckman, Anne Herscovici, M. Jacques Morel, Mmes Marion Lemesre, Jacqueline Rousseaux, MM. André du Bus de Warnaffe, Pierre Migisha, Mmes Gisèle Mandaila, Fatoumata Sidibe, M. René Coppens, Mmes Elke Roex, Bianca Debaets.

Membres suppléants : Mmes Anne-Charlotte d'Ursel, Danielle Caron, MM. Joël Riguelle, Emmanuel De Bock, Mme Béatrice Fraiteur.

Autres membres : M. Herman Mennekens, Mmes Françoise Schepmans, Viviane Teitelbaum.

Inhoudstafel

I.	Hoorzittingen.....	3
I.1.a.	Uiteenzetting van de heer Eric Van Goidsenhoven, Directeur-generaal, van het centrum voor geriatrische geneeskunde van Sint-Lambrechts-Woluwe.....	3
I.1.b.	Gedachtewisseling	7
I.2.a.	Uiteenzetting van de heren Peter Vander Eeckt, directeur-generaal, en Etienne Allaëys, directeur, van de kliniek Sint-Jan.....	9
I.2.b.	Gedachtewisseling	10
I.3.a.	Uiteenzetting van de heer Frédéric Deveen, gedelegeerd bestuurder bij het ziekenhuis VALIDA.....	14
I.3.b.	Gedachtewisseling	18
I.4.a.	Uiteenzetting van de heren Bruno Lefébure, algemeen directeur, en Jacques de Toef, algemeen medisch directeur, van CHIREC	18
I.4.b.	Gedachtewisseling	22
I.5.a.	Uiteenzetting van de heer Marc Van Campenhoudt, medisch directeur, en van mevrouw Myriam De Bie, algemeen directeur, van de Europa-ziekenhuizen.....	29
I.5.b.	Gedachtewisseling	34
I.6.a.	Uiteenzetting van de heer Guillebert de Fauconval, gedelegeerd bestuurder van de kliniek St-Anna/St-Remi.....	40
I.6.b.	Gedachtewisseling	44
I.7.a.	Uiteenzetting van mevrouw Faouzia Hariche, Voorzitter, de heer Etienne Wéry, gedelegeerd bestuurder, en de heer Dirk Thielens, adjunct-gedelegeerd bestuurder, van de Iriskoepelstructuur	48
I.7.b.	Gedachtewisseling	52
I.8.a.	Uiteenzetting van de heer Daniel De Mey, directeur-generaal, de heer Jean-Paul Mullier, medisch directeur, en de heer Jean Haubrechts, Hoofd van het departement Werken, van de Irisziekenhuizen Zuid (IZZ).....	56
I.8.b.	Gedachtewisseling	58
I.9.a.	Uiteenzetting van mevrouw Patrice Buyck, directeur-generaal, van het UMC Sint-Pieter..	59
I.9.b.	Gedachtewisseling	62
I.10.a.	Uiteenzetting van de heer Daniel Désir, Algemeen Medisch Directeur, en de heer Eddy Van den Plas, wnd. Algemeen Directeur, van het UVC Brugmann.....	65
I.10.b.	Gedachtewisseling	70
I.11.a.	Uiteenzetting van de heer Etienne Wéry, gedelegeerd bestuurder, en de heer Dirk Thielens, adjunct-gedelegeerd bestuurder, van de Iriskoepelstructuur	70
I.12.a.	Uiteenzetting van de heer Georges Casimir, algemeen medisch directeur en de heer Alain De Muynck, algemeen directeur, van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF).....	74
I.12.b.	Gedachtewisseling	79
I.13.a.	Uiteenzetting van de heer Olivier Van Tiggele, directeur-generaal, en mevrouw Dominique de Valeriola, medisch directeur-generaal, van het Jules Bordet Instituut (JBI).....	84
I.13.b.	Gedachtewisseling	90
II.	Einde van de bespreking.....	95
III.	Bijlagen	96

Table des matieres

I.	Auditions.....	3
I.1.a.	Exposé de M. Eric Van Goidsenhoven, Directeur général, du Centre de médecine gériatrique de Woluwe-Saint-Lambert.....	3
I.1.b.	Échange de vues.....	7
I.2.a.	Exposé de MM. Peter Vander Eeckt, Directeur général, et Etienne Allaëys, Directeur, de la Clinique Saint-Jean	9
I.2.b.	Échange de vues.....	10
I.3.a.	Exposé de M. Frédéric Deveen, Administrateur délégué, du Centre hospitalier VALIDA..	14
I.3.b.	Échange de vues.....	18
I.4.a.	Exposé de MM. Bruno Lefébure, Directeur général, et Jacques de Toef, Directeur général médical, du CHIREC	18
I.4.b.	Échange de vues.....	22
I.5.a.	Exposé de M. Marc Van Campenhoudt, Directeur médical, et de Mme Myriam De Bie, Directeur général, des Cliniques de l'Europe..	29
I.5.b.	Échange de vues.....	34
I.6.a.	Exposé de M. Guillebert de Fauconval, Administrateur délégué de la Clinique Ste-Anne St-Rémi	40
I.6.b.	Échange de vues.....	44
I.7.a.	Exposé de Mme Faouzia Hariche, Présidente, de M. Etienne Wéry, Administrateur délégué, et de M. Dirk Thielens, Administrateur délégué adjoint, de la structure faïtière Iris	48
I.7.b.	Échange de vues.....	52
I.8.a.	Exposé de M. Daniel De Mey, Directeur général, de M. Jean-Paul Mullier, Directeur médical, et de M. Jean Haubrechts, Chef du département des travaux, des Hôpitaux Iris Sud (HIS).....	56
I.8.b.	Échange de vues.....	58
I.9.a.	Exposé de Mme Patrice Buyck, Directeur général, du CHU Saint-Pierre.....	59
I.9.b.	Échange de vues.....	62
I.10.a.	Exposé de M. Daniel Désir, Directeur général médical, et de M. Eddy Van den Plas, Directeur général f.f., du CHU Brugmann.....	65
I.10.b.	Échange de vues.....	70
I.11.a.	Exposé de M. Etienne Wéry, Administrateur délégué, et de M. Dirk Thielens, Administrateur délégué adjoint, de la structure faïtière Iris	70
I.12.a.	Exposé de M. Georges Casimir, Directeur général médical et de M. Alain De Muynck, Directeur général, de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)	74
I.12.b.	Échange de vues.....	79
I.13.a.	Exposé de M. Olivier Van Tiggele, Directeur général, et de Mme Dominique de Valeriola, Directeur général médical, de l'Institut Jules Bordet.....	84
I.13.b.	Échange de vues.....	90
II.	Clôture des débats	95
III.	Annexes.....	96

De commissie voor de Gezondheid heeft tijdens de vergaderingen van 6 en 13 oktober 2011, 22 december 2011 en 2 februari 2012 het Meerjarenplan voor de bouw van nieuwe ziekenhuis- en gezondheidsinstellingen onderzocht.

I. Hoorzittingen

I.1.a. Uiteenzetting van de heer Eric Van Goidsenhoven, Directeur-generaal, van het centrum voor geriatrie geneeskunde van Sint-Lambrechts-Woluwe (vergadering van 6 oktober 2011)

De heer Eric Van Goidsenhoven gebruikt voor zijn uiteenzetting een reeks slides, die als bijlage bij het verslag zal worden gevoegd (*cf. bijlage 1*).

Het ziekenhuis voor geriatrie revalidatie (ZGR) is een OCMW-ziekenhuis gelegen Karstraat 27, 1200 Brussel. Het heeft 95 erkende G-bedden (102 echte bedden) en de gebouwen dateren van 1975.

Het ziekenhuis voor geriatrie revalidatie is een alleenstaand G-ziekenhuis, te weten een subacuut ziekenhuis. Dit type ziekenhuis heeft de volgende kenmerken :

- een G- en/of Sp-dienst;
- electieve geneeskunde;
- een multidisciplinaire aanpak;
- bevindt zich onderaan de patiëntenstroom;
- de patiënten komen bijna uitsluitend van acute ziekenhuizen;
- noodzakelijke werking in partnerschap met acute algemene ziekenhuizen. De erkenningsnormen vereisen minstens een functionele band met acute algemene ziekenhuizen die zich in dezelfde zorgregio bevinden (er bestaat slechts één zorgregio in Brussel). Het ZGR heeft een functionele band met de volgende ziekenhuizen : het Sint-Pietersziekenhuis, het universitaire ziekenhuis Saint-Luc en de Europa-ziekenhuizen.

De alleenstaande G/Sp-ziekenhuizen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn :

- ZGR;
- CTR (alleenstaand Sp/G-ziekenhuis – 1020 Brussel – 117 bedden);
- Valida (alleenstaand Sp/G-ziekenhuis – 1082 Brussel – 185 bedden);
- Pachéco – OCMW-ziekenhuis (alleenstaand Sp/G-ziekenhuis – 1000 Brussel – 145 bedden);

La commission de la Santé a examiné, lors des séances du 6 et 13 octobre 2011, 22 décembre 2011 et 2 février 2012, le Plan pluriannuel de construction des institutions hospitalières et de santé.

I. Auditions

I.1.a. Exposé de M. Éric Van Goidsenhoven, Directeur général, du Centre de médecine gériatrique de Woluwe-Saint-Lambert (réunion du 6 octobre 2011)

La présentation de M. Éric Van Goidsenhoven s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 1*).

L'hôpital de revalidation gériatrique (HRG) est un hôpital de CPAS situé rue de la Charrette, 27 à 1200 Bruxelles. Il comprend 95 lits G agréés (102 lits réels) et ses bâtiments datent de 1975.

L'hôpital de revalidation gériatrique est un hôpital G isolé, c'est-à-dire un hôpital subaigu. Ce type d'hôpital se caractérise par :

- un (des) service(s) G et/ou Sp;
- une médecine élective;
- une approche multidisciplinaire;
- sa situation, en aval du flux patient;
- une patientèle venant quasi exclusivement des hôpitaux aigus;
- la nécessité de fonctionner en partenariat avec des hôpitaux généraux aigus. Les normes de reconnaissance imposent au moins une liaison fonctionnelle avec des hôpitaux généraux aigus relevant du même bassin de soins (il n'existe qu'un bassin de soins à Bruxelles). HRG a une liaison fonctionnelle avec les hôpitaux suivants : l'hôpital Saint-Pierre, les cliniques universitaires Saint-Luc et les cliniques de l'Europe.

Les hôpitaux G/Sp isolés en Région de Bruxelles-Capitale sont :

- HRG;
- CTR (Sp/G isolé – 1020 Bruxelles – 117 lits);
- Valida (Sp/G isolé – 1082 Bruxelles – 185 lits);
- Pachéco – hôpital de CPAS (Sp/G isolé – 1000 Bruxelles – 145 lits);

- Magnolia – privéziekenhuis (alleenstaand Sp/G-ziekenhuis – 1090 Brussel – 78 bedden);
- Scheutbos – privéziekenhuis (alleenstaand Sp/G-ziekenhuis – 1080 Brussel – 120 bedden).

Het ZGR bevindt zich vrij geïsoleerd in het oosten van Brussel. De overige ziekenhuizen bevinden zich hoofdzakelijk in het westen van Brussel.

Het ZGR staat voor vier uitdagingen :

1. De druk van de acute ziekenhuizen.
2. De vergrijzing van de bevolking in het oosten van Brussel.
3. De geriatrische patiënt hecht veel belang aan de nabijheid.
4. Het behoud van het kwaliteitsniveau.

1. De druk van de acute ziekenhuizen

Het systeem voor de financiering van de acute ziekenhuizen, dat gebaseerd is op het systeem van de verantwoorde bedden, leidt tot beperkte opnameduren. Om hun rendabiliteit te behouden en financieel te overleven, moeten de acute ziekenhuizen bejaarde patiënten die behoefte hebben aan revalidatie, snel overbrengen naar andere structuren. Sinds enkele jaren ervaart het ZGR sterke druk van de nabijgelegen ziekenhuizen (het universitaire ziekenhuis Saint-Luc en de Europa-ziekenhuizen) die vragen om een steeds groter aantal patiënten op te vangen. Het ZGR is dus zelf verplicht om een almaar grotere turn-over te hebben. De gemiddelde opnameduur in het revalidatieziekenhuis bedroeg enkele jaren geleden drie tot vier maanden, maar bedraagt inmiddels een maand.

De druk van de acute ziekenhuizen wordt ook verklaard door het feit dat er steeds meer bejaarde patiënten worden opgenomen in acute ziekenhuizen, zonder rekening te houden met electieve behandelingen. Volgens de door de FOD Volksgezondheid verstrekte gegevens is de helft van de patiënten die via de spoeddienst in een ziekenhuis worden opgenomen, 65 jaar of ouder en een derde 75 jaar en ouder. Het ZGR moet dus op zijn beurt de opnameduur inkorten om meer patiënten te kunnen opnemen. Om financiële redenen is het niet mogelijk om extra bedden te krijgen.

2. De geriatrische patiënt hecht veel belang aan de nabijheid

Alle geriatrische ziekenhuizen en de ziekenhuizen met een groot aantal geriatrische bedden kennen dit fenomeen. Het is duidelijk dat de Brusselse patiënten van het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie uit het oosten van Brussel komen.

- Magnolia – hôpital privé (Sp/G isolé – 1090 Bruxelles – 78 lits);
- Scheutbos – hôpital privé (Sp/G isolé – 1080 Bruxelles – 120 lits).

HRG est relativement isolé à l'est de Bruxelles. Les autres hôpitaux se situent essentiellement à l'ouest de Bruxelles.

HRG doit faire face à quatre défis :

1. La pression des hôpitaux aigus.
2. Le vieillissement de la population à l'est de Bruxelles.
3. Le patient gériatrique est un « patient de proximité ».
4. Le maintien du niveau de qualité.

1. La pression des hôpitaux aigus

Le système de financement des hôpitaux aigus, basé sur le système des lits justifiés, induit des durées de séjour réduites. Pour assurer leur rentabilité et leur survie financière, les hôpitaux aigus sont obligés de transférer rapidement les patients âgés qui ont besoin d'une revalidation vers d'autres structures. Depuis quelques années, HRG ressent une forte pression des hôpitaux de proximité (les cliniques universitaires Saint-Luc et les cliniques de l'Europe) qui lui demandent d'accueillir un nombre de plus en plus élevé de patients. HRG est donc lui-même obligé d'avoir un turn-over de plus en plus important. Si la durée moyenne de séjour dans l'hôpital de revalidation était de trois à quatre mois il y a quelques années, elle est désormais d'un mois.

La pression des hôpitaux aigus s'explique aussi par le fait que les patients âgés sont de plus en plus nombreux en hôpitaux aigus, hors prise en charge élective. Ainsi, selon les données fournies par le SPF Santé publique, la moitié des patients qui rentrent dans un hôpital par la voie des urgences ont 65 ans et plus et un tiers ont 75 ans et plus. HRG doit donc à son tour réduire les durées de séjour pour pouvoir accueillir plus de patients. Il est impossible d'obtenir des lits supplémentaires pour des raisons financières.

2. Le patient gériatrique recherche la proximité

Tous les hôpitaux gériatriques, ainsi que les hôpitaux avec un nombre important de lits gériatriques, connaissent ce phénomène. Ainsi, la patientèle bruxelloise de l'hôpital de revalidation gériatrique provient clairement de l'est de Bruxelles.

De geriatrische patiënt wenst vooral dat zijn familie hem gemakkelijk kan komen bezoeken. Hij wenst niet te worden verzorgd door een bekende arts, want het gaat om minder technische geneeskunde.

3. De vergrijzing van de bevolking

In de gemeente Sint-Lambrechts-Woluwe is het aantal inwoners in de leeftijdscategorieën 80-84 jaar en 85-89 jaar (gegevens verstrekt door Dexia) fors toegenomen. Een aantal van die inwoners zullen geriatrische pathologieën krijgen. Dat zal de druk verhogen op het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie, dat hen zal moeten opnemen. Volgens de statistieken van de FOD Economie is het aandeel van de bejaarde bevolking in Sint-Lambrechts-Woluwe en de oostelijke gemeenten van Brussel groter dan in de andere steden van het land en dan in het Brussels Gewest. De intensiteit van de veroudering volgt dezelfde trend.

De langetermijnprognoses (2010-2060) van het Federaal Planbureau voor het arrondissement Brussel-Hoofdstad wijzen op een toename van het aantal bejaarden van 80 jaar en ouder. Er moet evenwel een onderscheid worden gemaakt tussen het oosten en het westen van het Brussels Gewest : in het westen verjongt de bevolking, terwijl ze in het oosten veroudert. De verouderende bevolking, die vooral in het oosten van Brussel woont, maakt een grotere kans om te worden opgenomen in een ziekenhuis voor geriatrische revalidatie.

4. Het behoud van het kwaliteitsniveau van het ZGR

Dat vereist :

- het behoud van zijn ziekenhuisidentiteit. Het ZGR is geen rusthuis noch een centrum voor kort verblijf. Het is een plaats waar subacute geneeskunde wordt beoefend;
- een hoog niveau van klinische kwaliteit;
- een innovierend imago : de geriatrische patiënt ziet de evolutie van de acute ziekenhuizen (werken en renovaties) waarin hij is opgenomen voordat hij wordt overgebracht naar het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie. Het ZGR moet ook die trend volgen;
- aanpassing aan de veranderende perceptie van de patiënten : de geriatrische patiënt van vandaag is niet meer die van enkele jaren geleden. Hij aanvaardt geen paternalistische houding meer en is veeleisend op het vlak van verzorging en comfort.

Om het kwaliteitsniveau te behouden, moet het ZGR verder uitgebouwd worden in partnerschap met de nabijgelegen acute ziekenhuizen en met thuisvervangende structuren. De patiënt wordt ingeschakeld in een zorgstroom :

Le patient gériatrique souhaite avant tout que sa famille puisse lui rendre visite facilement. Il ne cherche pas être soigné par un médecin renommé car il s'agit d'une médecine moins technique.

3. Le vieillissement de la population

La commune de Woluwe-Saint-Lambert a connu entre 1998 et 2008 une forte augmentation du nombre d'habitants des tranches d'âge 80-84 ans et 85-89 ans (données fournies par Dexia). Un certain nombre de ces personnes auront des pathologies de type gériatrique, ce qui va accroître la pression sur l'hôpital de revalidation gériatrique qui devra les accueillir. Selon les statistiques du SPF Economie, la proportion de la population âgée à Woluwe-Saint-Lambert et dans les communes de l'est de Bruxelles est plus importante que dans les autres grandes villes du pays et que dans la Région bruxelloise. L'intensité du vieillissement connaît une évolution identique.

Les prévisions à long terme (2010-2060) du Bureau fédéral du Plan pour l'arrondissement de Bruxelles-Capitale montrent une augmentation du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus. Il faut toutefois distinguer l'est et l'ouest de la Région bruxelloise : à l'ouest la population rajenunit alors qu'à l'est elle a plutôt tendance à vieillir. Cette population vieillissante qui se concentre plus à l'est de Bruxelles a de grandes probabilités d'effectuer un séjour à l'hôpital de revalidation gériatrique.

4. Le maintien du niveau de qualité de HRG

Cela passe par :

- le maintien de son identité hospitalière. Il n'est ni une maison de repos ni un centre de court séjour. Il s'agit d'un lieu où se pratique de la médecine subaiguë;
- un haut niveau de qualité clinique;
- une image innovante : le patient gériatrique voit l'évolution des hôpitaux aigus (travaux et renovations) dans lesquels il séjourne avant d'arriver à l'hôpital de revalidation gériatrique. HRG doit aussi s'inscrire dans cette tendance;
- une adaptation à la perception changeante des patients : le patient gériatrique d'aujourd'hui n'est plus celui d'il y a quelques années. Il n'accepte plus d'attitude paternaliste et il est exigeant sur la qualité des soins et le confort.

Le maintien de ce niveau de qualité nécessite de se développer en partenariat avec les hôpitaux aigus de proximité et avec les structures de substitution au domicile. Le patient est appréhendé dans le cadre d'un flux : il arrive dans un

hij komt via de spoeddienst of het electieve systeem in een acuut ziekenhuis, verblijft er een beperkte tijd alvorens hij voor 30 dagen wordt opgenomen in het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie. Het ZGR moet dus overeenkomsten met thuisvervangende structuren sluiten in het kader van de zorgstroom (centra voor kortverblijf, rusthuizen, centra voor herstel, enz.). 55 % van de patiënten keert terug naar huis na hun opname in het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie en 45 % wordt overgebracht naar een thuisvervangende structuur.

Het tijdspad voor de bouwwerken ziet er als volgt uit :

1. Vaststelling in 2007 van de noodzaak om werken uit te voeren, want het gebouw begint te verouderen.
2. Drie jaar (2007 tot 2010) waren nodig om het project uit te werken en de partners te overtuigen.
3. Evaluatie van het project, met name het financiële aspect (2011-2012).
4. De planning zal worden opgemaakt in 2012.
5. In 2012-2013 wordt begonnen met het ontwerp via interne inspraak van zowel het verzorgend als het paramedisch personeel.
6. De bouwwerken zouden normaliter worden uitgevoerd tussen 2013-2015.

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft toestemming gegeven voor werken ten belope van 1.300.000 euro (incl. btw en algemene kosten van 10 %) voor de bouw van een lift, een gemeenschappelijke ruimte (plateau) en een vierde verdieping. Het subsidiëringspercentage bedraagt 60 % voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en 40 % voor de federale overheid, want het project wordt niet als dringend beschouwd. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie heeft ermee ingestemd dat in 2011 met de vastleggingen wordt begonnen.

In concreto wordt op de gelijkvloerse verdieping een technisch plateau gebouwd voor kinesitherapie (code M) en fysiotherapie (code K) en om een efficiëntere opvang door de ergotherapeuten en logopedisten mogelijk te maken. De administratieve lokalen op de gelijkvloerse verdieping zullen verplaatst worden naar de te bouwen vierde verdieping. Oorspronkelijk was een vleugel van het gebouw zo ontworpen dat er een vierde verdieping bovenop gebouwd kon worden. Dat zal het mogelijk maken om de gelijkvloerse verdieping te ontruimen voor het grote technische plateau. De werken zullen de nieuwe technologieën die de energieuitgaven terugdringen integreren. Tot slot zal dat plateau een gezonde omgeving zijn (aangenaam uitzicht, daglicht, verse lucht, rustzone) opdat het administratief personeel in goede omstandigheden kan werken.

hôpital aigu par les urgences ou par le système électif, il y reste un temps limité avant d'aller à l'hôpital de revalidation gériatrique pour un séjour de trente jours. HRG doit donc développer des accords avec des structures de substitution dans le cadre de ce flux patient (centres de court séjour, maisons de repos, centres de convalescence, etc.). En effet, si 55 % des patients retournent à leur domicile après leur séjour à l'hôpital de revalidation gériatrique, 45 % sont transférés dans une structure de substitution.

La chronologie d'approche des travaux de construction se découpe comme suit :

1. Constat en 2007 de la nécessité de faire des travaux car le bâtiment commence à vieillir.
2. Trois ans (2007 à 2010) ont été nécessaires pour mûrir le projet et convaincre les partenaires.
3. Évaluer le projet, notamment son aspect financier (2011-2012).
4. Le planning sera établi en 2012.
5. La conception débutera en 2012-2013 avec une participation interne c'est-à-dire en associant tant le personnel soignant que le personnel paramédical.
6. Les travaux de construction devraient normalement se dérouler entre 2013-2015.

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune a autorisé des travaux d'un montant de 1.300.000 euros (TVA et frais généraux de 10 % inclus) pour la construction d'un ascenseur, d'un espace commun (plateau) et d'un quatrième étage. Le pourcentage de subvention est de 60 % pour la Commission communautaire commune et de 40 % pour l'autorité fédérale car le projet n'a pas été considéré comme urgent. La Commission communautaire commune a autorisé le début des engagements pour 2011.

Concrètement, l'ouverture d'un plateau technique au rez-de-chaussée est destinée à la kinésithérapie (code M) et à la physiothérapie (code K) ainsi qu'à permettre une prise en charge plus efficiente par des ergothérapeutes et des logopèdes. Les locaux administratifs situés au rez-de-chaussée vont être transférés vers un quatrième étage à construire. Une aile du bâtiment a été conçue, à l'origine, pour accueillir un quatrième étage. Cela permettra de dégager le rez-de-chaussée pour le grand plateau technique. Les travaux intégreront les nouvelles technologies permettant de réduire les dépenses énergétiques. Enfin, ce plateau sera en environnement sain (apparence agréable, lumière du jour, air frais, zone de repos) afin que le personnel administratif puisse travailler dans de bonnes conditions.

Het gaat om een bescheiden project dat ernaar streeft tegemoet te komen aan de uitdagingen op demografisch en gezondheidsvlak in het oosten van Brussel. Het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie moet zijn projecten ontwikkelen in overleg met de nabijgelegen acute ziekenhuizen. Tot slot wordt het ZGR geconfronteerd met drie belangrijke onbekende factoren :

- de aangekondigde wijziging van A1 (het deel van het budget voor de vastgoedinvesteringen) in de Begroting van de Financiële Middelen : de federale minister bevoegd voor Volksgezondheid heeft een wijziging van de financiering van dat budget aangekondigd en er valt te vrezen dat dit ten koste van de kleine ziekenhuizen gaat;
- de overdracht van A1 naar de deelgebieden;
- de overdracht van de subacute ziekenhuizen naar de Gemeenschappen (in tegenstelling tot de ziekenhuizen).

I.1.b. Gedachtewisseling

De heer Philippe Close vraagt of het aantal bedden in het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie hetzelfde zal zijn na de werken.

De heer Eric Van Goidsenhoven antwoordt dat het aantal bedden constant blijft.

De heer Pierre Migisha vraagt of het medisch en paramedisch personeel dat bij het ontwerp van het project werd geraadpleegd, een behoefte heeft geformuleerd die onrealistisch zou zijn, gelet op de ontvangen budgettaire middelen.

De heer Eric Van Goidsenhoven antwoordt ontkennend. Het gaat om een bescheiden project en het ziekenhuis zou het vooropgezette budget niet mogen overschrijden. Als dat niet het geval is, zou het dan normaliter nog kunnen rekenen op een federale financiering via A1. De spreker vreest evenwel dat zo'n verzoek om middelen aan de federale overheid geweigerd wordt na een wijziging van het systeem A1 of de overdracht ervan naar de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, die zonder geld zit.

De heer Jacques Morel vraagt of de definitie van het woord « geriatric » enkel verband houdt met de leeftijd van de patiënten. Wordt de selectie van de patiënten uitsluitend gebaseerd op de leeftijd of bestaan er andere criteria ?

De heer Eric Van Goidsenhoven wijst erop dat de normen een minimumleeftijd van 75 jaar opleggen om te kunnen worden opgenomen in een geriatrisch ziekenhuis. Het is evenwel mogelijk om patiënten jonger dan 75 jaar op te vangen. In dat geval worden de honoraria voor het toezicht en het ontslagonderzoek niet volledig geïnd. Daarom weigert het ZGR, behoudens uitzonderingen, personen jonger dan 75 jaar.

Il s'agit d'un projet modeste qui tend à répondre au défi démographique et sanitaire de l'est de Bruxelles. Il est nécessaire pour l'hôpital de revalidation gériatrique de développer ses projets en concertation avec les hôpitaux aigus de proximité. Enfin, HRG est confronté à trois grandes inconnues :

- la modification annoncée du A1 (la partie du budget reçue pour les investissements immobiliers) dans le Budget des Moyens Financiers : la ministre fédérale de la Santé a annoncé une modification du financement de ce budget et la crainte est que cela se fasse aux dépens des petits hôpitaux;
- le transfert du A1 aux entités fédérées;
- le transfert des hôpitaux subaigus aux Communautés (contrairement aux hôpitaux).

I.1.b. Échange de vues

M. Philippe Close aimerait savoir si le nombre de lits de l'hôpital de revalidation gériatrique sera identique après les travaux.

M. Éric Van Goidsenhoven indique que le nombre de lits reste constant.

M. Pierre Migisha demande si le personnel médical et paramédical consulté lors de la conception de ce projet a mis en avant un besoin qui serait irréalisable dans le cadre de l'enveloppe budgétaire reçue.

M. Éric Van Goidsenhoven répond par la négative. Il s'agit d'un projet modeste et l'hôpital devrait rester dans l'enveloppe budgétaire prévue. Si tel n'était pas le cas, il pourrait normalement encore compter sur un financement fédéral via le A1. L'orateur craint toutefois qu'une éventuelle demande de moyens au Fédéral soit refusée à la suite d'une modification du système A1 ou de son transfert à la Commission communautaire commune qui est désargentée.

M. Jacques Morel demande si la définition du mot gériatrique est purement liée à l'âge des patients. La sélection des patients est-elle uniquement basée sur l'âge ou existe-t-il d'autres critères ?

M. Éric Van Goidsenhoven indique que les normes prévoient un âge minimum de 75 ans pour pouvoir séjourner dans un hôpital gériatrique. Il est toutefois possible d'accueillir des patients de moins de 75 ans; dans ce cas, les honoraires de surveillance et de sortie ne sont pas perçus dans leur totalité. C'est la raison pour laquelle, sauf exception, HRG refuse les personnes de moins de 75 ans.

Voorts is het ZGR gericht op revalidatie en, aangezien het aan electieve geneeskunde doet, ziet het erop toe dat het een minimum aan verwarde patiënten opvangt. De hoofdarts maakt dus een medische selectie op basis van de dossiers om er zich van te vergewissen dat het ziekenhuis aangepast is aan de pathologie van de patiënt. Een patiënt ouder dan 75 jaar kan worden geweigerd wanneer hij zo verward is dat het onmogelijk is om zijn revalidatie te organiseren.

Mevrouw Bianca Debaets hoort dat het moeilijker en moeilijker wordt voor de ziekenhuizen om personeel, vooral verpleegkundigen, verzorgenden en bepaalde artsenspecialisten, te vinden. Is het ziekenhuis voor geriatrische revalidatie met dit probleem geconfronteerd? Indien ja, is er een actief beleid gevoerd om een eventueel personeelstekort, vooral van tweetalig personeel, op te vangen? Een aantal instellingen gebruiken creatieve oplossingen om personeel aan te trekken, bijvoorbeeld extralegale voordelen of bedrijfsvoertuigen.

Volgens de heer Eric Van Goidsenhoven ervaart het ziekenhuis geen bijzonder probleem om verpleegsters en zorgkundigen te rekruteren. Het werkt al jaren samen met Brusselse en Vlaamse scholen; studenten komen stages doen bijvoorbeeld. Hoewel het niet gemakkelijk is, voldoet het ziekenhuis aan de normen wat het aantal personeelsleden betreft.

Wat de artsen-specialisten betreft, is het heel moeilijk om geriateren te vinden. Het ziekenhuis heeft twee geriateren. Het wordt dus problematisch als één van de twee ziek is. Er komen maar één of twee geriateren uit de universiteiten per jaar (één in 2011 voor het hele land). In andere landen zijn er ook geen te vinden. Het is geen aantrekkelijk beroep: moeilijke patiënten en lagere inkomsten dan andere artsenspecialisten.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt of er voldoende plaats zal zijn om enerzijds de verwarde patiënten en anderzijds de 45 % patiënten die het geriatrisch ziekenhuis verlaten en niet onmiddellijk naar hun woning kunnen terugkeren, op te vangen.

De heer Eric Van Goidsenhoven legt uit dat de bedden die aangepast zijn voor verwarde patiënten, de Sp-bedden zijn (psychogeriatrische bedden). De directeurs van de op dit gebied gespecialiseerde ziekenhuizen (Scheutbos en Pacheco) wijzen duidelijk op een gebrek aan plaatsen.

Het is eveneens moeilijk om plaatsen te vinden in de thuisvervangende structuren. In het oosten van Brussel worden nog altijd oplossingen gevonden, maar ze komen niet altijd overeen met de keuze van de patiënten.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt welk type thuisvervangende structuur het meest ontbreekt in Brussel.

Par ailleurs, HRG est orienté sur la revalidation et, comme il fait de la médecine élective, il veille à accueillir un minimum de patients confus. Le médecin-chef effectue donc une sélection médicale sur la base des dossiers afin de s'assurer que l'hôpital est adapté à la pathologie du patient. Un patient de plus de 75 ans peut être refusé quand son état de confusion est tel qu'il est impossible d'organiser sa revalidation.

Mme Bianca Debaets entend que les hôpitaux éprouvent de plus en plus de difficultés à trouver du personnel, en particulier des infirmiers, du personnel soignant et certains médecins spécialistes. L'hôpital de revalidation gériatrique est-il confronté à ce problème? Dans l'affirmative, mène-t-on une politique active afin de combler une éventuelle pénurie de personnel, en particulier bilingue? Plusieurs institutions recourent à des solutions créatives pour attirer du personnel, comme des avantages extra-légaux ou des véhicules de fonction.

Selon M. Éric Van Goidsenhoven, l'hôpital ne rencontre pas de difficulté particulière dans le recrutement des infirmières et du personnel soignant. Il collabore depuis des années avec les écoles bruxelloises et flamandes; des étudiants viennent par exemple y faire des stages. Bien que ce ne soit pas chose aisée, l'hôpital répond aux normes en ce qui concerne les effectifs.

S'agissant des médecins spécialistes, il est très difficile de trouver des gériatres. L'hôpital en compte deux. C'est donc problématique lorsqu'un des deux tombe malade. Seul un ou deux gériatres sortent chaque année des universités (un seul en 2011 pour tout le pays). Dans d'autres pays, on n'en trouve pas davantage. Ce n'est pas un métier attrayant: les patients sont difficiles et les revenus sont inférieurs à ceux d'autres médecins spécialistes.

Mme Jacqueline Rousseaux demande s'il existe suffisamment de lieux pour accueillir, d'une part, les patients confus et, d'autre part, les 45 % de patients qui quittent l'hôpital gériatrique et qui ne peuvent retourner directement à leur domicile.

M. Éric Van Goidsenhoven explique que les lits adaptés aux patients confus sont les lits Sp (psychogeriatrisques). Les directeurs des hôpitaux spécialisés dans ce domaine (Scheutbos et Pacheco) pointent clairement un manque de places dans le domaine.

Il est également difficile de trouver des places dans les structures de substitution. A l'est de Bruxelles, des solutions sont toujours trouvées mais elles ne correspondent pas tout le temps au choix des patients.

Mme Jacqueline Rousseaux souhaite connaître le type de lieux de substitution qui manque le plus à Bruxelles.

Volgens de heer Eric Van Goidsenhoven gaat het om alternatieve structuren voor het rusthuis. Hij denkt aan de herstelcentra, zoals die in Vlaanderen bestaan, waar personen korte tijd kunnen worden opgevangen, met hun families werken aan een ontslagproject en tegelijk een behandeling zonder geneesmiddelen krijgen in aanwezigheid van verpleegsters.

I.2.a. Uiteenzetting van de heren Peter Vander Eeckt, directeur-generaal, en Etienne Allaëys, directeur, van de kliniek Sint-Jan

De heren Peter Vander Eeckt en Etienne Allaëys gebruiken voor hun presentatie een reeks slides, die als bijlage bij het verslag zal worden gevoegd (*cf. bijlage 2*).

De heer Peter Vander Eeckt wijst erop dat de kliniek Sint-Jan uit twee sites bestaat : de site Middaglijn (de vorige kliniek Sint-Etienne) en de site Kruidtuin, die in het centrum van Brussel en op 1 kilometer van elkaar liggen.

De kliniek Sint-Jan is een algemeen ziekenhuis met 503 erkende bedden, dat 1.300 rechtstreekse medewerkers, 280 artsen-specialisten en 40 gespecialiseerde medische diensten telt. In 2010 was de kliniek goed voor 128.000 ziekenhuisopnamedagen, 15.540 intakes en 2.200 bevallingen.

De site Kruidtuin bestaat uit 6 gebouwen waarvan het oudste in 1951 werd gebouwd en het recentste in 1985. De twee gebouwen van de site Middaglijn dateren respectievelijk van 1965 en 1987. Drie vierde van de gebouwen is dus 30 tot 50 jaar oud. De infrastructuur wordt ook gekenmerkt door de technologische ontwikkeling (geneeskunde, informatica, laboratorium, enz.) en door de structurele veranderingen die het ziekenhuis heeft ondergaan. De fusie met het ziekenhuis Sint-Etienne heeft aldus geleid tot een verdubbeling van het aantal intakes in de spoeddienst (van 14.500 naar 33.000), een verdubbeling van het aantal bevallingen, van 1.000 naar 2.220, hoewel de infrastructuur ongewijzigd bleef. Daarbij komt nog de invoering van multidisciplinaire samenwerking (senologie, oncologie, psychiatrie, obesitas, enz.).

De behoeften van de patiënten en de omgeving zijn eveneens veranderd :

- de evolutie naar ambulante zorg creëert behoeften voor de dagheelkunde, het medisch daghospitaal en de polikliniek;
- de toename van de bevolking in Brussel heeft gevolgen voor de spoeddienst en de materniteit;
- de aanwezigheid van chronische patiënten vereist aanpassingen van de diensten geriatrie, revalidatie en dialyse.

Selon M. Éric Van Goidsenhoven, il s'agit des structures alternatives à la maison de repos. Il pense aux structures de convalescence, comme il en existe en Flandre, où les personnes peuvent se poser pendant un court séjour et travailler à un projet de sortie avec leurs familles, tout en bénéficiant d'une prise en charge non médicalisée et de la présence d'infirmières (herstelcentra en Flandre).

I.2.a. Exposé de MM. Peter Vander Eeckt, Directeur général, et Etienne Allaëys, Directeur, de la Clinique Saint-Jean

La présentation de MM. Peter Vander Eeckt et Etienne Allaëys s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 2*).

M. Peter Vander Eeckt indique que la clinique Saint-Jean comprend deux sites, Méridien (ancienne clinique Saint-Etienne) et Botanique, situés au centre de Bruxelles et distants d'un kilomètre.

La clinique Saint-Jean est un hôpital général de 503 lits agréés. Elle compte 1.300 collaborateurs directs, 280 médecins spécialistes et 40 services médicaux spécialisés. En 2010, elle comptabilisait 128.000 journées d'hospitalisation, 15.540 admissions et 2.200 accouchements.

Le site Botanique est composé de six bâtiments dont la construction remonte à 1951 pour le plus ancien et 1985 pour le plus récent. Les deux bâtiments du site Méridien datent respectivement de 1965 et 1987. Trois quarts des bâtiments ont donc une ancienneté de trente à cinquante ans. L'infrastructure se caractérise aussi par le développement technologique (médical, informatique, laboratoire, etc.) et par les changements structurels qui ont affecté l'hôpital. Ainsi, la fusion avec l'hôpital de Saint-Étienne a entraîné le doublement du nombre d'admissions aux urgences (de 14.500 à 33.000), le doublement du nombre d'accouchements (1.000 à 2.200), pour des infrastructures inchangées. A cela s'ajoute également l'instauration de collaborations multidisciplinaires (senologie, oncologie, psychiatrie, obésité, etc.).

Les besoins des patients et l'environnement ont également changé :

- l'évolution vers les soins ambulatoires crée des besoins au niveau de l'hôpital de jour chirurgical et médical ainsi que de la polyclinique;
- le développement de la population à Bruxelles a des conséquences sur le service des urgences et sur la maternité;
- la présence de patients chroniques nécessite des aménagements des services de gériatrie et revalidation ainsi que de la dialyse.

De heer Pierre Noizet, de architect van het project, legt uit dat de werken gefaseerd moesten worden om alle projecten die met de gebruikers opgezet werden, te kunnen uitvoeren. In de eerste fase van de werken wordt een deel van de diensten van de site Kruidtuin voorlopig of definitief overgebracht naar de site Middaglijn, om ruimte vrij te maken, zodat de verschillende werken voor de herstructurering van deze site kunnen worden uitgevoerd.

In 2012 zal vooral de site Middaglijn gerenoveerd worden. Deze site huisvest de diensten revalidatie, psychiatrie en psychogeriatric.

De werken op de site Kruidtuin zullen volgens de prioriteiten worden uitgevoerd. In de vleugels die van de jaren 80 dateren, zullen een aantal verdiepingen en lokalen gereorganiseerd worden in het kader van « schuifoperaties » (psychiatrie, verloskunde, intensieve zorg en spoed). Vervolgens zal men op dezelfde wijze te werk gaan door bepaalde diensten die voorlopig gehuisvest zijn op de site Middaglijn (bijvoorbeeld dagheelkunde) weer over te brengen naar de site Kruidtuin. De keuken, de acute psychiatrie en de dienst neonatologie zullen uit het gebouw C, dat van 1963 dateert, worden gehaald zodat het grondig kan worden gestructureerd (medio 2015). Het oudste gebouw van de site Kruidtuin (dat van 1951) zal gesloopt worden tijdens fase 6 van de werken om een coherenter en polyvalenter gebouw op te trekken voor de poliklinieken in aansluiting op gebouw E van 1985. Tot slot zal de ruimte die oorspronkelijk bestemd was voor een parkeerruimte en vandaag dienst doet als consultatieruimte, vrijgemaakt kunnen worden en zijn oorspronkelijke bestemming krijgen.

De heer Etienne Allaeyts stelt in het kort het budget van de werken voor, dat meer dan 40 miljoen euro exclusief de btw en het ereloon van de architect bedraagt. Dat bedrag is hoger dan de subsidies in het kader van het ziekenhuisinvesteringplan. Een deel van de werken zal dus met eigen middelen gefinancierd worden. Een ander deel wordt verrekend op de erelonen. Het medisch korps draagt aldus bij tot de financiering van de werken aan de polikliniek.

I.2.b. Gedachtewisseling

De heer Philippe Close vraagt of de werken volgens de verdeelsleutel 60 %-40 % gesubsidieerd worden.

De heer Etienne Allaeyts wijst erop dat de kliniek Sint-Jan nog geen aanvraag bij de administratie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapcommissie heeft ingediend. De eerste ingediende dossiers hebben betrekking op de spoeddienst. Het blok verloskunde wordt gesubsidieerd volgens de verdeelsleutel 10 %-90 % en de rest moet nog besproken worden met de administratie van de GGC.

Mevrouw Bianca Debaets stelt een vraag over de opvang van psychiatrische patiënten. Steeds meer mensen lijden aan psychiatrische stoornissen, zeker in een grootstad

M. Pierre Noizet, architecte du projet, explique qu'il a fallu phaser les travaux afin de pouvoir mettre en œuvre l'ensemble des projets définis avec les utilisateurs. La première partie des travaux consistera à transférer, provisoirement ou définitivement, une partie des services du site Botanique vers le site Méridien, afin de libérer des espaces pour pouvoir procéder aux différents travaux de restructuration de ce site.

L'année 2012 sera essentiellement consacrée à la rénovation du site Méridien. Ce site accueillera les services de révalidation, de psychiatrie et de psychogériatrie.

Les travaux du site Botanique se feront par priorité. Dans les ailes qui datent des années 80, un certain nombre d'étages et de locaux seront réorganisés par des « opérations tiroirs » (psychiatrie, bloc obstétrical, soins intensifs et urgences). On procédera ensuite de la même manière en rapatriant certains services, provisoirement intégrés au site Méridien (par exemple le bloc opératoire de jour), au site Botanique. La cuisine, la psychiatrie aiguë et la néonatalogie seront sorties du bâtiment C datant de 1963 de manière à pouvoir le restructurer en profondeur (mi-2015). Le plus ancien bâtiment du site Botanique (datant de 1951) sera démolé lors de la phase 6 des travaux afin de reconstruire un bâtiment plus cohérent et polyvalent pour les polycliniques, en continuité du bâtiment E de 1985. Enfin, l'espace prévu à l'origine pour un parking et qui sert aujourd'hui de lieu de consultation pourra être libéré et retrouver sa fonction initiale.

M. Etienne Allaeyts présente brièvement le budget des travaux qui dépasse les 40 millions d'euros, hors TVA et honoraires d'architecte. Cette somme est supérieure au montant des subsides prévus dans le plan d'investissement hospitalier. Une partie de ses travaux se fait donc sur fonds propres. Une autre partie est à charge de l'honoraire; le corps médical interviendra ainsi dans les travaux de la polyclinique.

I.2.b. Échange de vues

M. Philippe Close aimerait savoir si les travaux sont subsidiés selon la clé de répartition 60 %-40 %.

M. Etienne Allaeyts indique que la clinique Saint-Jean n'a pas encore introduit de demande auprès de l'administration de la Commission communautaire commune. Les premiers dossiers rentrés concernent les urgences; le taux de subvention du bloc obstétrique se fait selon la clé de répartition de 10 %-90 % et le reste doit encore être discuté avec l'administration de la COCOM.

Mme Bianca Debaets pose une question au sujet de l'accueil des patients psychiatriques. De plus en plus de personnes souffrent de troubles psychiatriques, sûrement dans

als Brussel. De kliniek Sint-Jan heeft een dienst voor A- en K-bedden. Volstaat die om in de behoeften te voorzien ? Is er een toename van de behoeften in dit domein ?

De heer Peter Vander Eeckt bevestigt dat de kliniek Sint-Jan verschillende diensten psychiatrie heeft : pedopsychiatrie, acute psychiatrie, psychiatrisch daghospitaal. Op de site middaglijn zijn werken gepland voor het psychiatrisch daghospitaal Helix. Het is een multidisciplinaire aanpak met onder andere thuiszorg. Op termijn zal het aantal psychiatrische patiënten inderdaad toenemen.

Mevrouw Bianca Debaets zou ook graag weten of het « ontslagmanagement » vlot verloopt. Zijn er voldoende diensten voor thuisopvang of ambulante diensten die in psychiatrie gespecialiseerd zijn om een goede follow-up te verzekeren van de patiënten die het ziekenhuis verlaten ?

De heer Peter Vander Eeckt onderstreept dat, ondanks de goede zorg, heel wat patiënten regelmatig opnieuw opgevangen moeten worden. Die diensten zullen dus in de toekomst versterkt moeten worden.

De heer Pierre Migisha vraagt of de ligging van het ziekenhuis in het centrum van Brussel een groot obstakel is voor de uitvoering van de werken en de naleving van de verschillende fasen.

De volksvertegenwoordiger vraagt eveneens of de kliniek Sint-Jan problemen ondervindt om medisch personeel, met name verplegend personeel, te rekruteren.

De heer Peter Vander Eeckt legt uit dat het ziekenhuis met een gebrek aan ruimte kampt, want het beschikt niet over vrije terreinen die naast zijn infrastructuur liggen. In dat opzicht is de ligging in het centrum van Brussel een nadeel. De centrale ligging zorgt daarentegen voor een vlotte bereikbaarheid, onder meer met het openbaar vervoer, voor de patiënten en het ziekenhuispersoneel.

De spreker bevestigt dat het moeilijk is om verpleegkundigen te vinden. Het ziekenhuis kampt evenwel nog niet met een tekort. Het investeert veel energie om personeel te rekruteren.

De heer Etienne Allaeyls voegt eraan toe dat het ziekenhuis erin slaagt zonder uitzendkrachten te werken dankzij de dynamische aanpak van de directeur die verantwoordelijk is voor de verpleegkundige verzorging.

Mevrouw Gisèle Mandaila vraagt hoe het ziekenhuis erin slaagt om dubbel zoveel bevallingen te doen tussen 2008 en 2010 zonder uitbreiding van de infrastructuur. Wordt het ziekenhuisverblijf na de bevalling ingekort ? Is er een andere verklaring ?

De heer Philippe Close vraagt of de 1.000 bevallingen in 2008 enkel betrekking hebben op de kliniek Sint-Jan of dat

une grande ville comme Bruxelles. La clinique Saint-Jean a un service de lits A et K. Cela suffit-il pour répondre aux besoins ? Y a-t-il une augmentation des besoins dans ce domaine ?

M. Peter Vander Eeckt confirme que la clinique Saint-Jean comporte différents services de psychiatrie : pédopsychiatrie, psychiatrie aiguë, hôpital de jour psychiatrique. Sur le site Méridien, des travaux sont prévus pour l'hôpital de jour psychiatrique Helix. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire avec, entre autres, des soins à domicile. À terme, le nombre de patients psychiatriques augmentera effectivement.

Mme Bianca Debaets voudrait également savoir si la « gestion des sorties » se passe bien. Y a-t-il suffisamment de services de soins à domicile ou ambulatoires spécialisés en psychiatrie pour assurer un bon suivi des patients qui quittent l'hôpital ?

M. Peter Vander Eeckt souligne que, malgré la qualité des soins, de très nombreux patients doivent régulièrement être réhospitalisés. À l'avenir, ces services devront donc être renforcés.

M. Pierre Migisha aimerait savoir si la localisation de l'hôpital, au centre de Bruxelles, constitue un obstacle majeur à la réalisation des travaux et au respect des différentes phases prévues.

Le député demande également si la clinique Saint-Jean souffre de difficultés pour recruter du personnel médical notamment le personnel infirmier.

M. Peter Vander Eeckt explique que l'hôpital est limité en termes d'espace car il ne dispose pas de terrains libres à côté de ses infrastructures. De ce point de vue, cette localisation au centre de Bruxelles constitue un inconvénient. En revanche, cette position centrale offre un accès aisé, notamment en transports en commun, aux patients et au personnel de l'hôpital.

L'orateur confirme la difficulté de trouver du personnel infirmier. Cependant, l'hôpital ne connaît pas encore de pénurie. Il investit beaucoup d'énergie pour recruter du personnel.

M. Etienne Allaeyls ajoute que l'hôpital arrive à travailler sans personnel intérimaire grâce au dynamisme du directeur des soins infirmiers.

Mme Gisèle Mandaila aimerait savoir comment l'hôpital arrive à gérer le doublement du nombre d'accouchements entre 2008 et 2010 avec infrastructures identiques. Les délais de séjour à l'hôpital après un accouchement sont-ils raccourcis ? Y a-t-il une autre explication ?

M. Philippe Close demande si les 1.000 accouchements réalisés en 2008 concernent uniquement l'hôpital Saint-

de statistieken ook rekening houden met de kliniek Sint-Etienne.

De heer Etienne Allaeys antwoordt dat het gaat om het aantal bevallingen in 2008 in de kliniek Sint-Jan. Voor dat jaar bedraagt het aantal 2.100 volgens de gecumuleerde statistieken van de twee ziekenhuizen. Het aantal bevallingen is dus stabiel gebleven na de fusie van de twee ziekenhuizen. De dienst verloskunde werd echter volledig overgebracht naar de site Sint-Jan. Daartoe moest de dienst neonatologie voorlopig verhuizen om er lokalen in te richten waar vrouwen in arbeid zich op de bevalling kunnen voorbereiden.

De heer Jacques Morel vraagt naar de criteria waarop de strategieën voor de uitbouw van de diensten gebaseerd zijn. Waarom bouwt het ziekenhuis een bepaald type diensten uit en niet een ander type? Waarom doet het dat op de ene plaats en niet op de andere?

De volksvertegenwoordiger vraagt vervolgens welk volume activiteiten noodzakelijk is om rendabel te zijn in Brussel.

De heer Etienne Allaeys wijst erop dat de site Middaglijn een low care-centrum is geworden: revalidatie, psychiatrie (binnenkort), psychogeriatric, ambulante heelkunde (voorlopig).

De acute activiteiten bevinden zich op de site Kruidtuin.

Het ziekenhuis wordt geconfronteerd met een toename van de heelkundige activiteiten en met een inkorting van de opnameduur. Zoals alle ziekenhuizen van het land, heeft de kliniek Sint-Jan een overschot aan acute bedden en nemen de activiteiten van de diensten in verband met het levenseinde (Sp, geriatrie, enz.) toe.

33 % van de ziekenhuisopnames is afkomstig van de spoeddienst, die goed is voor 50 % van de financiering van het ziekenhuis. Het ziekenhuis doet aan neurochirurgie, is erkend voor B3 cardiologie en voor het B2. De moederkindpool van het ziekenhuis zal verder uitgebouwd worden na de fusie met het ziekenhuis Sint-Etienne. Wat de radiotherapie betreft, voldoet het ziekenhuis eveneens aan de criteria voor oncologie en senologie. De kliniek Sint-Jan blijft dus een algemeen acuut ziekenhuis met 503 erkende bedden dat zich in niche-activiteiten moet specialiseren, zoals bijvoorbeeld obesitas. Op dat ogenblik heeft het ziekenhuis nog steeds veel activiteiten op het vlak van orthopedie, oncologie, cardiologie en neurochirurgie.

De achterliggende strategie van de werken en de verschillende verhuizingen is de site Middaglijn te bestemmen voor de lange opnames en de site Kruidtuin voor de acute opnames. De spreker wijst erop dat in 2004 na een echte kruisweg een nieuwe vleugel op de site Kruidtuin werd geopend. Hij heeft de indruk dat de toekomstige werken

Jean ou si les statistiques englobent également l'hôpital Saint-Etienne.

M. Etienne Allaeys répond qu'il s'agit du nombre d'accouchements réalisés en 2008 à l'hôpital Saint-Jean. Pour cette année, les statistiques cumulées des deux hôpitaux se montent à 2.100. Le nombre d'accouchements est donc resté stable après la fusion des deux hôpitaux. Cependant, l'activité du bloc d'accouchement a été totalement déplacée sur le site de Saint-Jean. Pour ce faire, il a fallu déménager provisoirement le service de néonatalogie pour y installer des salles de préparation au travail d'accouchement.

M. Jacques Morel demande les critères qui orientent les stratégies de développement de services. Pourquoi l'hôpital développe-t-il un type de services plutôt qu'un autre? Pourquoi le fait-il à un endroit plutôt qu'à un autre?

Le député aimerait ensuite connaître le volume d'activités nécessaire pour être rentable à Bruxelles.

M. Etienne Allaeys indique que le site Méridien est devenu un centre « low care »: revalidation, psychiatrie (bientôt), psychogériatrie, activité chirurgicale ambulatoire (provisoirement).

Les activités aiguës se trouvent sur le site Botanique.

L'hôpital est confronté à une augmentation de l'activité chirurgicale avec une diminution de la durée des séjours. Comme tous les hôpitaux du pays, la clinique Saint-Jean se retrouve avec un excédent de lits aigus et une hausse de l'activité des services liés à la fin de vie (Sp, gériatrie, etc.).

33 % des hospitalisations proviennent des urgences, ce qui représente 50 % du financement de l'hôpital. La clinique fait de la neurochirurgie, est agréée pour le B3 cardiologie et le B2. Le pôle mère-enfant de l'hôpital a été renforcé du fait de l'arrivée de l'hôpital Saint-Étienne. En radiothérapie, l'hôpital satisfait également aux critères, tant en oncologie qu'en sénologie. La clinique Saint-Jean reste donc un hôpital général aigu de 503 lits agréés qui doit se spécialiser dans des activités de niche, par exemple l'obésité. Actuellement, l'hôpital continue d'avoir une activité lourde tant au niveau orthopédique qu'oncologique, cardiaque et neurochirurgical.

La stratégie qui sous-tend les travaux et les différents déménagements est de réserver le site Méridien aux longs séjours et le site Botanique à l'aigu. L'orateur rappelle que l'ouverture en 2004 d'une nouvelle aile sur le site Botanique fut l'aboutissement d'un véritable chemin de croix. Il a le sentiment que les futurs travaux devraient se dérouler de

harmonieuzer zouden moeten verlopen, want ze worden op dezelfde site uitgevoerd. Enkel de laatste fase van de werken heeft betrekking op een ander gebouw, dat van 1951, dat thans gebruikt wordt door het laboratorium, een deel van de raadplegingen en de verpleegstersschool.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt wat de gemiddelde opnameduur van de acute en de « low care »-patienten is.

De heer Etienne Allaëys antwoordt dat de gemiddelde opnameduur doorgaans acht dagen is. Dat gegeven is evenwel niet significant, want het ziekenhuis beschikt over acute, geriatrie en Sp-diensten. Van de 503 erkende bedden worden er 190 gebruikt voor lange opnames. Wat de acute diensten betreft, beantwoordt de kliniek Sint-Jan exact aan de in het kader van de MAHA-analyse vastgestelde normen : een gemiddelde opname duurt 6 dagen in C en D, 4,5 dagen in de materniteit, minder in de pediatrie (zoals in bijna alle ziekenhuizen van het land) die steeds meer thuis wordt verstrekt, en 26 dagen voor geriatrie.

Mevrouw Bianca Debaets wijst op het onterechte en overmatige gebruik van de spoeddienst. De reden daarvoor zijn onder andere dat de mensen geen vaste huisarts hebben of culturele verschillen (landen van herkomst werken zonder eerstelijngesondheidszorg maar met dispensarium) of financiële drempels. Wordt de kliniek Sint-Jan geconfronteerd met een dergelijke evolutie ? Zo ja, is er een oplossing daarvoor ? Is de huisartsenwachtpost een oplossing ?

De heer Peter Vander Eeckt antwoordt dat de kliniek met de wachtpost Terranova samenwerkt. Die laatste bevindt zich naast het ziekenhuis. Uit een analyse blijkt dat slechts 10 procent van het gebruik van de spoeddienst oneigenlijk is. Hij voegt eraan toe dat elke patiënt die zich in een ziekenhuis aanmeldt, ontvangen moet worden en dat er een verslag opgesteld moet worden.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux benadrukt dat het aantal neurodegeneratieve ziekten is toegenomen, onder meer de ziekte van Alzheimer. Het is niet gemakkelijk om ze te diagnosticeren. Daartoe kan het noodzakelijk zijn dat een patiënt enige tijd geobserveerd wordt. De volksvertegenwoordigster vraagt bijgevolg of de kliniek Sint-Jan over een daarin gespecialiseerde afdeling beschikt. Is dat niet het geval, is dat dan gepland in het kader van de komende bouwwerken ?

De heer Peter Vander Eeckt wijst erop dat er voor volgend jaar een geriatrie dagziekenhuis op stapel staat. Er worden eveneens besprekingen gevoerd met de gerieters om een geheugenkliniek op te richten.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux wenst het tijdschema van de werken te kennen.

façon plus harmonieuse car ils portent sur une même zone. Seule la dernière phase des travaux concernera un autre bâtiment, celui de 1951, actuellement occupé par le laboratoire, une partie des consultations et l'école d'infirmières.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait connaître la durée moyenne de séjour des patients en aigu et en « low care ».

M. Etienne Allaëys répond que la durée moyenne globale des séjours est d'environ huit jours. Cette donnée n'est cependant pas significative car l'hôpital dispose de services aigus, gériatriques et Sp. À titre d'information, sur 503 lits agréés, 190 sont consacrés au long séjour. Au niveau de l'aigu, la clinique Saint-Jean se trouve exactement dans les normes observées dans le cadre de l'analyse MAHA : une durée moyenne de séjour de 6 jours sur le C et le D, de 4,5 jours au niveau de la maternité, moins au niveau de la pédiatrie (à l'instar de pratiquement tous les hôpitaux du pays) qui se traite de plus en plus à domicile et de 26 jours pour la gériatrie.

Mme Bianca Debaets attire l'attention sur le recours injustifié et excessif au service des urgences. Il y a différentes raisons à cela : entre autres, le fait que les gens n'ont pas de médecin généraliste attiré, les différences culturelles (les soins de santé de première ligne n'existent pas dans les pays d'origine, qui fonctionnent avec des dispensaires) ou les seuils financiers. La clinique Saint-Jean connaît-elle une telle évolution ? Dans l'affirmative, y a-t-il une solution à ce problème ? Le poste de garde de médecine générale est-il une solution ?

M. Peter Vander Eeckt répond que la clinique collabore avec le poste de garde Terranova, qui se trouve à côté de l'hôpital. Une analyse révèle que seuls 10 % des consultations aux urgences sont abusives. Il ajoute que tout patient qui se rend dans un hôpital doit être reçu et qu'un rapport doit être rédigé.

Mme Jacqueline Rousseaux souligne l'augmentation du nombre de maladies neurodégénératives, notamment la maladie d'Alzheimer. Il n'est pas aisé de les diagnostiquer et cela peut nécessiter une mise en observation du patient pendant un certain temps. La députée se demande donc si la clinique Saint-Jean dispose d'une section spécialisée à cet effet. Si tel n'est pas le cas, est-ce prévu dans les travaux de construction à venir ?

M. Peter Vander Eeckt indique qu'un hôpital de jour gériatrique est en projet pour l'année prochaine. Des discussions sont également en cours avec les gériatres pour une création d'une clinique de la mémoire.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait connaître l'agenda des travaux.

De heer Peter Vander Eeckt antwoordt dat de opening van het geriatrie daghospitaal gepland is in 2012 (eerste of tweede kwartaal).

De heer Philippe Close vraagt of de werken gefinancierd worden met de subsidies van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

De heer Etienne Allaeyts antwoordt dat ze met eigen middelen gefinancierd worden.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt wat de capaciteit van het geriatrie daghospitaal zal zijn.

De heer Peter Vander Eeckt preciseert dat er een tiental patiënten zal kunnen worden opgevangen.

De heer Pierre Migisha vraagt wat het verschil is tussen de totale kostprijs van de werken en de subsidies van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Hoe zal dat verschil gefinancierd worden? Is de kliniek Sint-Jan van plan om nog andere zaken aan het Verenigd College te vragen?

De heer Etienne Allaeyts antwoordt dat de financiën van de kliniek Sint-Jan vrij gezond zijn. De eigen middelen zijn vrij omvangrijk, want de afgelopen twintig jaar werden de boekjaren met een evenwicht of een batig saldo afgesloten. Bovendien werd in de laatste tien jaar geen enkele zware investering gedaan. Tot slot zal een groot deel van de werken gefinancierd worden door het medisch korps, onder meer de polikliniek.

De geneeskunde evolueert snel. Het is dus waarschijnlijk dat er tegen het einde van dit meerjarig investeringsplan nieuwe vragen zullen opduiken. Het is dan zaak te weten of ze bij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie moeten worden ingediend dan wel zelf gefinancierd moeten worden.

De heer Peter Vander Eeckt maakt zich zorgen over de financiering van het ziekenhuis. In de huidige context zouden er negatieve gevolgen zijn voor de BFM van de kliniek.

De heer Philippe Close preciseert dat de financiering van de ziekenhuizen in grote mate zal afhangen van de BFM, aangezien het bedrag dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ter beschikking stelt, ongewijzigd zal blijven tot het einde van het plan in 2018.

I.3.a. Uiteenzetting van de heer Frédéric Deveen, gedelegeerd bestuurder bij het ziekenhuis VALIDA

Voor zijn uiteenzetting baseert de heer Frédéric Deveen zich op een reeks slides, die als bijlage bij het verslag zal worden gevoegd (*cf. bijlage 3*).

M. Peter Vander Eeckt répond que l'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique est prévue pour 2012 (premier ou deuxième trimestre).

M. Philippe Close demande si les travaux sont financés par les subsides de la Commission communautaire commune.

M. Etienne Allaeyts répond qu'ils sont effectués sur fonds propres.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait connaître la capacité de l'hôpital de jour gériatrique.

M. Peter Vander Eeckt précise qu'une dizaine de patients pourront être accueillis.

M. Pierre Migisha aimerait connaître le montant du différentiel existant entre le coût total des travaux et les subsides reçus de la Commission communautaire commune. Comment sera-t-il financé? La clinique Saint-Jean compte-t-elle adresser d'autres demandes au Collège réuni?

M. Etienne Allaeyts indique que les finances de la clinique Saint-Jean sont relativement saines. Les fonds propres sont assez importants car les exercices de ces vingt dernières années ont été en équilibre ou en boni. De plus, aucun investissement lourd n'a été réalisé au cours de ces dix dernières d'années. Enfin, le financement d'une partie importante des travaux sera à charge du corps médical, notamment la polyclinique.

La médecine évolue rapidement. Il est donc probable que de nouvelles demandes apparaîtront d'ici la fin de ce plan pluriannuel d'investissement. Il appartiendra alors de savoir s'il convient de les adresser à la Commission communautaire commune ou de les financer soi-même.

M. Peter Vander Eeckt exprime certaines craintes sur le financement de l'hôpital. Dans le contexte actuel, la clinique devrait connaître un impact négatif au niveau de son BFM.

M. Philippe Close précise que le financement des hôpitaux dépendra fortement du BFM puisque l'enveloppe de la Commission communautaire commune est fermée jusqu'à la fin du plan en 2018.

I.3.a. Exposé de M. Frédéric Deveen, Administrateur délégué, du Centre hospitalier VALIDA

La présentation de M. Frédéric Deveen s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 3*).

Het ziekenhuis VALIDA bevindt zich in Sint-Agatha-Berchem. Het ligt op twee sites (Josse Goffinlaan en de Selliers de Moranvilleaan).

VALIDA is begonnen met een ruim programma werken op de site van het voormalig Frans hospitaal. Fase 1 (nieuw centrum voor zelfdialyse) is onlangs afgerond en fase 2 (volledige herstructurering van het ziekenhuis) zal binnenkort worden aangevat.

Een kort historisch overzicht :

- 01/03/1977 : opname van de eerste patiënten in het ziekenhuis Albert Laurent;
- 01/04/2007 : partnerschap met het universitaire ziekenhuis Saint-Luc (111 bedden op de site de Selliers de Moranvilleaan) op initiatief van de gemeente en het OCMW van Sint-Agatha-Berchem;
- 01/07/2008 : na het faillissement van het Frans hospitaal, overname van 64 geriatrie en Sp-bedden; er komen twee nieuwe partners bij, de kliniek Sint-Jan en UZ Brussel;
- 25/08/2008 : heropening van de polikliniek op de site van het voormalig Frans hospitaal;
- 29/10/2008 : nieuwe naam voor het project (VALIDA);
- eind 2009 : transfer van de twee eenheden geriatrie van de site Moranville naar de site Goffin (voormalig Frans ziekenhuis);
- horizon 2014 : hergroepering van alle activiteiten op de site Goffin.

VALIDA is een revalidatieziekenhuis met 175 bedden. Het is in aantal bedden het grootste centrum voor neuro-locomotorische en geriatrie revalidatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het omvat zes zorgeenheden (85 Sp-bedden en 90 acute G-bedden). In 2014 waren er 1.241 intakes en bedroeg de gemiddelde bezetting 88 %. De gemiddelde opnameduur voor die periode was 50,1 dagen voor de fysieke geneeskunde (Sp) en 42,7 dagen voor geriatrie (G). Dat verschil is logisch, want ernstige patiënten moeten eerst hersteld zijn voordat ze hun revalidatie kunnen aanvatten.

De hoofdactiviteiten van VALIDA zijn revalidatie en geriatrie :

- reële revalidatie die niet mag worden verward met herstel;
- multidisciplinaire benadering (algemene geneeskunde, fysieke geneeskunde en geriatrie) in samenwerking met de zorgteams, de paramedici en de sociale assistenten;

L'hôpital VALIDA est situé dans la commune de Berchem-Sainte-Agathe; il comprend deux sites (avenue Josse Goffin et avenue de Selliers de Moranville).

VALIDA a entamé un vaste programme de travaux sur le site de l'ancien hôpital français. La phase 1 (nouveau centre d'autodialyse) vient d'être terminée et la phase 2 (restructuration complète du centre hospitalier) va bientôt débiter.

Bref historique :

- 01/03/1977 : admission des premiers patients au centre Albert Laurent;
- 01/04/2007 : partenariat à l'initiative de la commune et du CPAS de Berchem-Saint-Agathe avec les cliniques universitaires Saint-Luc (111 lits sur le site de l'avenue de Selliers de Moranville);
- 01/07/2008 : suite à la faillite de l'hôpital français, reprise de 64 lits gériatriques et de médecine physique (Sp); deux nouveaux partenaires arrivent, la clinique Saint-Jean et UZ Brussel;
- 25/08/2008 : réouverture de la polyclinique sur le site de l'ancien hôpital français;
- 29/10/2008 : nouveau nom au projet (VALIDA);
- fin 2009 : transfert des deux unités de gériatrie du site Moranville vers le site Goffin (ancien hôpital français);
- horizon 2014 : regroupement de toutes les activités sur le site Goffin.

VALIDA est un hôpital de réadaptation de 175 lits. Il s'agit, en nombre de lits, du plus grand centre de réadaptation neuro-locomoteur et gériatrique de la Région de Bruxelles-Capitale. Il comprend six unités de soins (85 lits Sp et 90 lits G aigus). En 2010, le nombre d'admissions était de 1241 et le taux d'occupation moyen de 88 %. La durée moyenne de séjour pour cette même période était de 50,1 jours en médecine physique (Sp) et de 42,7 jours en gériatrie (G); cette différence est logique car les patients gravement blessés doivent d'abord être rétablis avant de pouvoir commencer leur rééducation.

Les activités principales de VALIDA sont la réadaptation et la gériatrie :

- réel projet de réadaptation à ne pas confondre avec la convalescence;
- encadrement multidisciplinaire (médecine générale, médecine physique et gériatrie) en collaboration avec les équipes soignantes, paramédicales et les assistants sociaux;

- kwaliteit van de zorg als factor van vooruitgang, opdat de patiënten kunnen evolueren.

VALIDA is ook een polikliniek die buurtzorg aanbiedt in samenwerking met de huisartsen. In 2010 waren er 23.312 patiëntcontacten. De polikliniek is van essentieel belang voor de revalidatie. Naast de eenheden fysische geneeskunde en geriatrie zijn er immers andere specialisten nodig voor de follow-up van de verzorging van de patiënten (cardiologen, gynaecologen, neurologen, nefrologen enz.). Daardoor kan de gezondheidstoestand van bepaalde patiënten worden geëvalueerd zonder dat ze naar andere ziekenhuizen moeten worden overgebracht voor aanvullende analyses of raadplegingen. De polikliniek van het ziekenhuis staat open voor de buitenwereld, maar is tevens uiterst nuttig voor de eigen activiteiten van VALIDA.

VALIDA wenst in de toekomst een sleutelrol te spelen bij de opvang van bejaarden en chronisch zieken met een continuïteit van de zorg vanaf het begin, in samenwerking met alle andere actoren te velde. De meeste VALIDA-patiënten komen van acute ziekenhuizen. Zodra ze een zekere autonomie hebben teruggewonnen, hoopt men hen te kunnen begeleiden naar rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen en thuishulp van de eerste en tweede lijn.

De herstructurering van VALIDA wordt bestudeerd door een architectenbureau dat bekend is in ziekenhuisringen. VALIDA heeft het voormalig Frans hospitaal, dat zijn activiteiten in 2008 heeft stopgezet, overgenomen. Het nieuwe ziekenhuis zal drie zorgeenheden voor neurolocomotorische revalidatie, drie zorgeenheden voor geriatrische revalidatie en een polikliniek omvatten. De belangrijkste renovatie is de vernieuwing van de gevel : de wanden zullen aan de binnenkant geïsoleerd worden en de raamkozijnen zullen vervangen worden en zonnewering krijgen (op de zuidelijke en westelijke gevel) om energie te besparen.

De eerste fase van de werken betreft het nieuwe centrum voor zelfdialyse (dertien plaatsen). De werken zijn gestart op 14 februari 2011, beëindigd op 25 juni 2011 en het centrum zal in gebruik worden genomen op 12 oktober 2011. Het gaat om een oppervlakte van ongeveer 500 m² en de werken kosten 1.100.000 euro. Deze dienst wordt geleid door de kliniek Sint-Jan en UZ Brussel en is nuttig, want VALIDA zal dialysepatiënten kunnen opnemen voor revalidatie, waardoor die patiënten niet naar externe dialysecentra moeten worden overgebracht. Een van de dertien geplande plaatsen zal een speciaal geïsoleerde ruimte zijn om besmettelijke patiënten te kunnen opvangen.

De tweede fase van de werken betreft de volledige herstructurering van het ziekenhuis. Het gaat om een oppervlakte van 11.201 m². De start van de werken is gepland in november 2011 en het einde is gepland in december 2013. Ze zouden 18.400.000 euro kosten. Het ziekenhuis is ver-

- qualité des soins comme facteur de progrès afin que les patients puissent évoluer.

VALIDA est aussi une polyclinique offrant des soins de proximité en collaboration avec les médecins généralistes. En 2010, cela représente 23.312 contacts patients. Cette polyclinique est essentielle dans le projet d'hôpital de réadaptation. En effet, à côté des unités de médecine physique et de gériatrie, il est nécessaire d'avoir d'autres spécialistes pour assurer le suivi des soins des patients (cardiologues, gynécologues, neurologues, néphrologues, etc.). Cela permet ainsi d'effectuer le bilan de certains patients sans devoir les transférer vers d'autres hôpitaux pour des analyses complémentaires ou des consultations. Le projet de polyclinique de l'hôpital est donc ouvert vers l'extérieur mais il est également extrêmement utile à l'activité propre de VALIDA.

VALIDA souhaite à l'avenir devenir un acteur clé dans la prise en charge des personnes âgées et des malades chroniques, avec une continuité des soins depuis l'amont jusqu'à l'aval, en lien avec tous les autres acteurs de terrain. La plupart des patients de VALIDA proviennent d'hôpitaux aigus. Une fois qu'ils ont récupéré une certaine autonomie, l'espoir est de les accompagner au-delà de la sortie de l'hôpital vers des maisons de repos, des maisons de repos et de soins, des aides à domicile de première et de deuxième ligne.

La restructuration du centre hospitalier VALIDA a été étudiée par un bureau d'architectes bien connu dans le milieu hospitalier. Le centre hospitalier de revalidation VALIDA a repris le bâtiment anciennement nommé hôpital français dont les activités ont cessé en 2008. Le nouveau centre hospitalier comprendra trois unités de soins de réadaptation neurolocomotrice, trois unités de soins de réadaptation gériatrique et une polyclinique. La transformation la plus importante est la rénovation de la façade : les parois seront isolées par l'intérieur et les châssis remplacés et munis de protection solaire (sur les façades sud et ouest) afin de réaliser des économies d'énergie.

La première phase des travaux concerne le nouveau centre d'auto-dialyse (treize postes). Elle a démarré le 14 février 2011, s'est terminée le 25 juin 2011 et sera mise en exploitation le 12 octobre 2011. Cela représente environ 500 m² de surface et le coût des travaux est de 1.100.000 euros. Ce service est piloté par l'hôpital Saint-Jean et UZ Brussel. Il a un intérêt particulier car il permettra à VALIDA d'accueillir en revalidation des patients sous dialyse; cela permettra de ne pas devoir envoyer ces personnes dans des centres de dialyse extérieurs. Un des treize postes prévus sera isolé de façon à pouvoir accueillir des patients contagieux.

La deuxième phase des travaux concerne la restructuration complète du centre hospitalier. La surface concernée est de 11.201 m², le démarrage des travaux est prévu en novembre 2011 et la fin prévue en décembre 2013 pour un coût de 18.400.000 euros. L'hôpital a vieilli, il compte en-

ouderd, want het telt nog kamers met twee en vier bedden in de zorgeenheden. Het gaat om een voormalig acuut hospitaal waar de bijgebouwde kamers te klein zijn voor patiënten met een gemiddelde opnameduur van veertig tot vijftig dagen. Patiënten die zes dagen in een ziekenhuis worden opgenomen, hechten minder belang aan comfort dan degenen die zeven tot acht keer langer worden opgenomen.

Op de kelderverdieping zullen de keukens heringericht worden. Op dit ogenblik werkt het ziekenhuis in partnerschap met een acuut ziekenhuis : het verwarmt de maaltijden en verdeelt ze in porties. Om de twee weken komen dezelfde menu's terug. Dat doet geen problemen rijzen in een acuut ziekenhuis waar de patiënten zes dagen blijven. Dat is evenwel niet het geval voor de langere opnames (gemiddeld langer dan veertig dagen). De herinrichting van de kelderverdieping zal ervoor zorgen dat VALIDA op termijn zijn eigen keuken heeft en aldus meer afwisseling in de maaltijden van de patiënten kan brengen.

De onthaal en de cafetaria op de gelijkvloerse verdieping zullen heringericht worden. Naast het centrum voor zelfdialyse komt er een ruimte Solival, waar praktische tips worden gegeven om de woning vóór de terugkeer in te richten.

Op de eerste verdieping komt een grote open ruimte voor kines- en ergotherapie waarin de patiënten zich op hun gemak kunnen voelen tijdens hun oefeningen.

De tweede verdieping wordt ingenomen door de administratie, een zorgeenheid revalidatie, een auditorium en een niet-ingerichte ruimte waar andere projecten uitgevoerd zullen kunnen worden.

Op de derde verdieping bevindt zich een zorgeenheid voor revalidatie met 29 bedden. In het midden bevindt zich een kleiner ontspanningslokaal dan dat op de vijfde verdieping in de zorgeenheid geriatrie. Het voorste deel van het gebouw omvat een appartement voor therapie waar de patiënten een weekend in een reële situatie kunnen leven alvorens ze eventueel naar huis terugkeren. Het is altijd mogelijk om het verpleegkundig personeel op te roepen bij problemen. Het gebeurt dat een patiënt beseft dat hij het ziekenhuis niet kan verlaten, maar zijn partner niet. Samen een weekend doorbrengen in het appartement kan het oordeel van deze laatste veranderen.

Op de vijfde tot de achtste verdieping bevinden zich de zorgeenheden geriatrie met 23 bedden met een ontspanningslokaal. Deze eenheid bestaat op dit ogenblik uit 30 bedden, wat bijzonder ingewikkeld om te beheren is. De patiënten van deze eenheid zijn ouder dan 75 jaar en moeten vaak op deze verdieping blijven, want ze zijn verward en kunnen ontsnappen. Het ontspanningslokaal is dus tweemaal groter dan in de zorgeenheid revalidatie. Daarom bevinden de lokalen voor kinesitherapie en ergotherapie zich in deze eenheden op dezelfde verdieping.

core des chambres de deux et quatre lits dans les unités de soins. Il s'agit aussi d'un ancien hôpital aigu où les pièces annexes sont trop petites pour les personnes dont la durée moyenne de séjour est de quarante à cinquante jours. Les patients qui restent six jours dans un hôpital sont moins attentifs aux questions de confort que ceux qui y séjournent sept à huit fois plus longtemps.

Au sous-sol, les cuisines seront réaménagées. À l'heure actuelle, l'hôpital fonctionne en partenariat avec un hôpital aigu : il réchauffe la nourriture et la conditionne en portions. Les mêmes menus reviennent tous les quinze jours. Cela ne pose pas de problème dans un hôpital aigu où les personnes restent six jours. En revanche, il n'en va pas de même pour les séjours plus longs (en moyenne plus de quarante jours). Le réaménagement du sous-sol permettra à terme à VALIDA d'avoir sa propre cuisine et d'ainsi diversifier les plats fournis aux patients.

L'accueil et la cafétéria seront modifiés au rez-de-chaussée. À côté de l'espace dialyse déjà évoqué, il y a un espace Solival où des conseils pratiques sont fournis pour l'aménagement de la maison avant un retour au domicile.

Au premier étage, il est prévu de développer un grand espace ouvert kinésithérapie – ergothérapie dans lequel les patients se sentent à l'aise lors de leurs exercices.

Le deuxième étage est occupé par l'administration, une unité de soins de revalidation, un auditoire et un espace non aménagé où d'autres projets pourront être développés.

Au troisième étage se trouve une unité de soins de revalidation composée de 29 lits. Au centre, se trouve un local de détente plus petit que celui qui se trouve au cinquième étage dans l'unité de soins gériatriques. La partie avant du bâtiment comporte un appartement thérapeutique qui permet aux patients de vivre un week-end en situation réelle avant un éventuel retour à domicile; il est toujours possible d'appeler le personnel infirmier en cas de souci. Il n'est pas rare que le patient soit conscient de l'impossibilité de quitter l'hôpital dans son état mais pas son conjoint. Un week-end en couple dans l'appartement peut aider ce dernier à réviser son jugement.

Les étages cinq à huit hébergent les unités de soins gériatriques de 24 lits avec un local pour la détente. Actuellement cette unité est composée de 30 lits, ce qui est particulièrement compliqué à gérer. Les patients de cette unité ont plus de 75 ans et ils restent souvent cloisonnés à cet étage car ils sont désorientés et risquent de s'échapper des locaux. Le local de détente prévu est donc deux fois plus grand que celui de l'unité de soins de revalidation. C'est pour la même raison que dans ces unités, les locaux de kinésithérapie et d'ergothérapie se trouvent au même étage.

De werken omvatten eveneens :

- volledige renovatie en centralisatie van de productie van koud water, warm water, medische vloeistoffen en elektriciteit;
- ventilatie met dubbele stroom;
- volledige uitrusting van de kamers : verlichting, elektriciteit en medische vloeistoffen;
- klimaatregeling in de gemeenschappelijke lokalen via koude plafonds.

De kamers met twee bedden zijn anders ingericht dan in een acuut ziekenhuis : de bedden zijn per vijf gegroepeerd zodat elke patiënt een venster heeft, wat zeer belangrijk is bij lange opnames.

Er zijn vier types financieringsbronnen voor deze werken :

- directe subsidies van de GGC (32 % van het totaalbedrag van de werken);
- subsidies van de federale overheid via de Begroting van de Financiële Middelen (38 % van het totaalbedrag);
- diverse specifieke deelnemingen van partners (3 % van de werken) – dialyse-eenheid (kliniek Sint-Jan, UZ Brussel);
- VALIDA voor de niet-subsidieerbare werken (27 % van het totaalbedrag).

I.3.b. Gedachtewisseling

De heer Philippe Close vraagt naar het totaalbudget voor de werken.

De heer Frédéric Deveen antwoordt dat het om 18.400.000 euro gaat.

De heer Pierre Migisha vraagt of het testappartement voor de terugkeer naar de eigen woning gebaseerd is op een buitenlands voorbeeld. Zo ja, welk ?

Volgens de heer Frédéric Deveen is dat een idee van de ergotherapeuten van het ziekenhuis.

I.4.a. Uiteenzetting van de heren Bruno Lefébure, algemeen directeur, en Jacques de Toeuf, algemeen medisch directeur, van CHIREC (vergadering van 13 oktober 2011)

De toelichting van de heren Bruno Lefébure en Jacques de Toeuf werd geïllustreerd met slides die als bijlage bijgevoegd worden (*cf. bijlage 4*).

Les travaux prévoient aussi :

- la rénovation complète et la centralisation des productions d'eau glacée, d'eau chaude, des fluides médicaux et de l'électricité;
- une ventilation double flux;
- l'équipement complet des chambres : éclairage, électricité et fluides médicaux;
- la climatisation des locaux de vie communs par plafonds froids.

L'organisation d'une chambre de deux lits est différente que dans un hôpital aigu; les lits sont positionnés en quinconce de façon à ce que chaque patient dispose d'une fenêtre, ce qui est particulièrement important lors de longs séjours.

Les sources de financement de ces travaux sont de quatre types :

- subsides directs de la COCOM (32 % du montant total des travaux);
- subsides du Fédéral via le Budget des Moyens Financiers (38 % du montant total);
- participations ponctuelles diverses de partenaires (3 % des travaux) – unité de dialyse (hôpital St-Jean, UZ Brussel);
- VALIDA pour les travaux qui ne sont pas subsidiés (27 % du montant total).

I.3.b. Échange de vues

M. Philippe Close aimerait connaître le budget total des travaux.

M. Frédéric Deveen répond qu'il se monte à 18.400.000 euros.

M. Pierre Migisha aimerait savoir si l'appartement test destiné à préparer le retour à domicile est inspiré d'un exemple étranger. Si oui, lequel ?

M. Frédéric Deveen attribue la paternité de cette idée aux ergothérapeutes de l'hôpital.

I.4.a. Exposé de MM. Bruno Lefébure, Directeur général, et Jacques de Toeuf, Directeur général médical, du CHIREC (réunion du 13 octobre 2011)

La présentation de MM. Bruno Lefébure et Jacques de Toeuf s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 4*).

De heer Bruno Lefébure geeft een korte toelichting bij de filosofie van Chirec die aan de grondslag van het Delta-project ligt :

- gepersonaliseerde geneeskunde van hoge kwaliteit, gericht op de patiënt;
- de ambitie om geneeskunde te beoefenen die tegemoet komt aan de behoeften van 95 % van de patiënten (algemeen ziekenhuis);
- bijzondere aandacht voor de zorgkwaliteit, de veiligheid van de patiënten en het wetenschappelijke dynamisme van de teams.

Chirec telt 1.092 bedden verdeeld over vijf kleine sites (90 tot 250 bedden) : Park Leopold Ziekenhuis, Edith Cavell Ziekenhuis, Basiliek Ziekenhuis, Sint-Anna Sint-Remi Ziekenhuis en Braine-l'Alleud-Waterloo Ziekenhuis. Die zijn goed voor een omzet van 386 miljoen euro, 288.699 ziekenhuisdagen, 54.900 dagforfaits, een cash flow van 36,2 miljoen euro, 1.119 artsen, 2.439 medewerkers en een totale oppervlakte van 170.000 m².

Het project van Chirec is niet beperkt tot de bouw van een ziekenhuis van 500 bedden op de Deltasite. Het project zal ook de ziekenhuisactiviteit hergroeperen op drie sites met een minimumcapaciteit van 300 bedden (500 bedden in Delta en 300 bedden in het Sint-Anna Sint-Remi Ziekenhuis en het Braine-l'Alleud-Waterloo Ziekenhuis). Er zullen niet-ziekenhuisprojecten ontwikkeld worden op de andere sites, waar ook poliklinieken behouden zullen worden.

Het Delta-project spruit voort uit een dubbele vaststelling : enerzijds is de huidige infrastructuur, in het bijzonder het Edith Cavell Ziekenhuis, verouderd en is het onmogelijk om verder te werken in dergelijke oude gebouwen. Anderzijds worden de ziekenhuissites begrensd door het stadsweefsel en is het niet mogelijk om uit te breiden. Het is dus onmogelijk om de kosten te beperken door een site naar een andere bestaande site over te hevelen.

De oude infrastructuur is niet aangepast aan de comforteisen van de patiënten, de evolutie van de geneeskunde en de nieuwe normen (erkenningsnormen, brandveiligheidsnormen, milieunormen). De gebouwen uit 1938 of uit de jaren 60-70 gebruiken veel energie en zijn bijzonder moeilijk te isoleren.

Het is ook de bedoeling om de werking en de uitrustingen te rationaliseren. De overgang van vijf naar drie sites leidt bijvoorbeeld tot een vermindering van het aantal apotheken en het aantal loskaaien. De huidige sites zijn te klein om te kunnen beschikken over een voldoende kritische massa om een financieel evenwicht te vinden.

Bovendien kost de renovatie van gebouwen op termijn meer dan nieuwbouw. Enerzijds moet de renovatie van een

M. Bruno Lefébure présente brièvement la philosophie du Chirec, qui sous-tend le projet Delta :

- une médecine personnalisée de haute qualité, centrée sur le patient;
- l'ambition de développer une médecine qui réponde aux besoins de 95 % des patients (hôpital général);
- une attention particulière à la qualité des soins, à la sécurité des patients et au dynamisme scientifique des équipes.

Le Chirec compte 1.092 lits répartis sur cinq sites de petite taille (90 à 250 lits) : Clinique du Parc Léopold, Clinique Edith Cavell, Clinique de la Basilique, Clinique Ste-Anne St-Rémi et hôpital de Braine-l'Alleud-Waterloo. Cela représente un chiffre d'affaires de 386 millions d'euros, 288.699 journées hospitalières, 54.900 forfaits de jour, un cash-flow de 36,2 millions d'euros, 1.119 médecins, 2.439 collaborateurs et une superficie totale de 170.000 m².

Le projet du Chirec ne se limite pas à la construction d'un hôpital de cinq cents lits sur le site Delta. Il prévoit également de recentrer l'activité hospitalière sur trois sites d'une capacité minimum de trois cents lits (cinq cents lits à Delta et trois cents lits à la Clinique Ste-Anne St-Rémi et à l'hôpital de Braine-l'Alleud-Waterloo). Des projets non hospitaliers seront développés sur les autres sites, où des polycliniques seront également maintenues.

Le projet Delta est né d'un double constat : d'une part, les infrastructures actuelles, particulièrement la clinique Edith Cavell, sont vétustes et il est impossible de continuer à travailler dans des bâtiments aussi anciens. D'autre part, les sites hospitaliers sont enclavés dans le tissu urbain et ils ne disposent pas de capacités d'extension. Il est donc impossible de minimiser les coûts en rapatriant un site sur un autre site existant.

Les anciennes infrastructures ne sont pas adaptées aux exigences de confort des patients, aux évolutions de la médecine ainsi qu'aux nouvelles normes (normes d'agrément, normes incendie, normes environnementales). Les bâtiments construits en 1938 ou dans les années 60-70 sont énergivores et particulièrement difficiles à isoler.

L'objectif est également de rationaliser le fonctionnement et les équipements. Le passage de cinq à trois sites entraîne ainsi une diminution du nombre de pharmacies et du nombre de quais de déchargement. Les sites actuels sont trop petits pour disposer de la masse critique suffisante pour être financièrement à l'équilibre.

De plus, la rénovation de bâtiments coûte à terme plus cher qu'une construction. D'une part, la rénovation d'un bâ-

gebouw uit de jaren '70 na vijftien jaar worden uitgevoerd. Anderzijds is het onmogelijk om gebouwen die gedurende de werken in gebruik blijven volledig te renoveren.

Ondanks de huidige economische situatie heeft Chirec een financieel plan opgesteld dat zijn toekomst garandeert. Chirec krijgt de steun van de banken en de EIB en krijgt ook subsidies van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Er is een inventaris gemaakt van de behoeften aan uitrustingen en investeringen tot 2020. Alles is in het werk gesteld om extra kosten of verliezen te voorkomen. De levensduur van de medische uitrustingen van het Park Leopold Ziekenhuis en het Edith Cavell Ziekenhuis is bijvoorbeeld afgestemd op die van deze sites. Wanneer in 2017 de activiteit van deze sites overgeheveld zal worden naar de nieuwe installaties op de Deltasite, zullen deze uitrustingen aan het einde van hun levensduur gekomen zijn en zullen ze vervangen moeten worden. Ze zullen dus niet verplaatst moeten worden, wat zeer moeilijk geweest zou zijn.

De directie heeft ook aandacht besteed aan de leeftijdscurve van het personeel van de technische ploegen, in de hoop om te kunnen werken zonder sociaal plan tijdens de overheveling van de activiteiten naar de Deltasite. De profielen die gezocht worden in een nieuw en modern ziekenhuis zullen niet exact dezelfde zijn als die van vandaag.

De heer Jacques de Toeuf beschrijft het project van Chirec op de Deltasite :

- in het centrum wordt het ziekenhuis gebouwd te midden van deze site van 5,1 ha;
- rechts komt de logistiek, een parkeerterrein van duizend plaatsen en vrije ruimte voor een toekomstige uitbreiding van het ziekenhuis;
- links het technisch gebouw voor de energieproductie (wat het delen van de energieproductie mogelijk zou moeten maken met de bedrijven in de omgeving), een hotel en een parking voor de dialyse, waar eventueel een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis kan worden gebouwd.

Het concept van dit nieuwe complex zal gebaseerd zijn op het comfort en de veiligheid van de patiënt :

- een leefomgeving die genezing bevordert : lawaai, licht, warmte/koude, vochtigheid, trillingen, enz. (wetenschappers staan de architecten bij deze problemen bij);
- optimalisering van de verplaatsingen van de patiënten : compact gebouw van gemiddelde hoogte, schikking van de eenheden;
- planning voor een efficiënt ziekenhuiscentrum dat de middelen zo goed mogelijk beheert : warmtekrachtkoppeling, free cooling, thermische opslag in de bodem, warmtepompen;

timent des années 70 doit être recommencée après quinze ans. D'autre part, il est impossible de remettre totalement à neuf des bâtiments qui doivent continuer à fonctionner pendant les travaux.

En dépit de la situation économique actuelle, le Chirec a monté un plan financier qui garantit son avenir. Il peut compter sur le soutien des banques et de la BEI ainsi que sur des subsides de la Commission communautaire commune. Un inventaire des besoins en équipements et en investissements jusqu'en 2020 a été réalisé. Tout a été mis en œuvre pour éviter les surcoûts ou les pertes. La durée de vie des équipements médicaux des Cliniques du Parc Léopold et Edith Cavell a ainsi été mise en phase avec celle de ces sites. En 2017, lorsque l'activité de ces sites sera transférée vers les nouvelles installations du site Delta, ces équipements seront en fin de vie et devront être remplacés. Il ne faudra donc pas les déplacer, ce qui aurait été particulièrement difficile.

La direction a également travaillé sur la courbe des âges du personnel des équipes techniques, avec l'espoir de pouvoir travailler sans plan social lors du transfert des activités sur le site Delta. Les profils recherchés dans un hôpital moderne et neuf ne seront pas exactement les mêmes qu'actuellement.

M. Jacques de Toeuf décrit le projet du Chirec sur le site Delta :

- au centre, l'hôpital sera construit au milieu de ce site de 5,1 ha;
- à droite, la logistique, un parking de mille places et de l'espace libre pour une extension future de l'hôpital;
- à gauche, le bâtiment technique de production d'énergie (qui devrait permettre de partager la production d'énergie avec des entreprises situées à proximité), un hôtel et un parking pour la dialyse, sur lequel sera éventuellement construite une maison de repos ou une maison de repos et de soins.

La conception de ce nouveau complexe sera axée sur le confort et la sécurité du patient :

- création d'un milieu de vie propice à la guérison : bruit, lumière, chaleur/froid, humidité, vibrations, etc. (des scientifiques assistent les architectes sur ces questions);
- optimisation des circulations des patients : bâtiment compact et de moyenne hauteur, disposition des unités;
- planification d'un centre hospitalier efficient et apte à optimiser les ressources : cogénération, freecooling, stockage thermique dans le sol, pompes à chaleur;

- verduidelijking van de toegangen, gemakkelijke oriëntatie en hiërarchie in de verplaatsingen : ontvangstruimten, specifieke secretariaten, wachtzalen, enz.;
- afstemmen van de geprogrammeerde functies op de rijkdom van de architecturale ruimtes;
- valorisatie van de site om de aanwezigheid van Chirec in de stadsomgeving te promoten (banken, bomen en bloemen op de site).

De acht niveaus van het toekomstige complex worden als volgt georganiseerd :

- niveau –2 : logistiek plateau;
- niveau –1 : medico-technisch plateau;
- niveau 0 : administratie en andere functies (handelszaken, restaurants, enz.);
- niveau +1 : consultaties;
- niveau +2, +3, +4 : opnames (acht eenheden per verdieping) – tweehonderdveertig bedden;
- niveau +5 : technisch.

De voornaamste kenmerken van de organisatie van de zorgeenheden zijn de volgende :

- alle kamers met eerste daglicht;
- organisatie met een dubbele gang;
- patio's (lichtkoepel van het dak tot niveau –2) : een grote patio van 37m diameter en kleinere patio's van 24 m diameter;
- ondersteunende lokalen in het centrum;
- vier liftgroepen die elk twee zorgeenheden bedienen;
- aparte circulatie voor de bezoekers;
- symmetrische brandtrappen;
- mogelijkheid om de eenheden twee per twee te koppelen.

Het tijdschema van de werken wordt nageleefd. Het is over zeven jaar gespreid, van 2010 tot 2017 : tweeënveertig maanden studie en tweeënveertig maanden bouwwerken. De algemene programmering is uitgevoerd en de functionele programmering is bijna klaar. Chirec zal de aanvragen om stedenbouwkundige en milieuvergunning aan het einde van het jaar indienen bij het gewest- en gemeentebestuur.

- clarification des accès, facilité d'orientation et hiérarchie des circulations : espaces d'accueil, secrétariats dédiés, salles d'attente, etc.;
- alliance des fonctions programmées à la richesse des espaces architecturaux;
- mise en valeur du site afin de promouvoir la présence du Chirec dans le milieu urbain (bancs, arbres et fleurs sur le site).

Les huit niveaux du futur complexe seront organisés comme suit :

- niveau –2 : plateau logistique;
- niveau –1 : plateau médico-technique;
- niveau 0 : administration et fonctions annexes (commerces, restaurants, etc.);
- niveau +1 : consultations;
- niveaux +2, +3, +4 : hospitalisations (huit unités par étage) – deux cents quarante lits;
- niveau +5 : technique.

Les principales caractéristiques de l'organisation des unités de soins sont :

- toutes les chambres en première lumière du jour;
- organisation en double couloir;
- patios (puits de lumière du toit jusqu'au niveau –2) : un grand patio de 37m de diamètre et des plus petits de 24 m de diamètre;
- locaux de support situés au centre;
- quatre batteries d'ascenseurs desservant chacun deux unités de soins;
- circulation unique pour les visiteurs;
- escaliers de secours symétriques;
- possibilité de couplage des unités deux par deux.

Le calendrier des travaux est respecté. Il s'étend sur sept années, de 2010 à 2017 : quarante-deux mois d'études et quarante-deux mois pour construire les bâtiments. La programmation générale a été réalisée et la programmation fonctionnelle est presque terminée. Le Chirec déposera les demandes de permis d'urbanisme et d'environnement auprès des administrations régionale et communale à la fin de l'année.

De vier categorieën personen die betrokken zijn bij het beheer van het ziekenhuis, kregen inspraak bij het ontwerpen van het project : overheid en patiënten, management, artsen en verzorgend personeel. Deze groepen functioneren normaliter los van elkaar. Om ervoor te zorgen dat ze beter samenwerken, werden de barrières waardoor ze gewoonlijk worden gescheiden, evenwel weggenomen. Alle personeelsleden kregen aldus de kans om hun standpunt kenbaar te maken en hun ervaringen uit te wisselen op verschillende vergaderingen van het projectcomité.

I.4.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Bianca Debaets vraagt of de Chirec de verhouding Brusselse/niet-Brusselse patiënten kent. Zij heeft het gevoel dat het vooral Brusselaars zijn. Is dat zo ?

In het algemeen worden de ziekenhuizen duurder. Er zijn toch wat verschillen tussen ziekenhuizen. Het heeft te maken met de ruimte die ziekenhuizen aan artsen laten om supplementen op erelonen aan te rekenen. Er zijn opmerkelijke verschillen tussen een aantal ziekenhuizen binnen en buiten Brussel. Een studie toont aan dat de supplementen op erelonen voor een één- of meerpersoonskamer alsook de prijs van een aantal operaties bij Chirec boven het Belgische gemiddelde liggen. Hoe kunnen die verschillen verklaard worden ? Alle honoraria worden zeker volgens wettelijke basis aangerekend en geïnd. Hoe gaat het ziekenhuis om met artsen die de regels niet toepassen ?

De heer Jacques de Toeuf legt uit dat de activiteit van de ziekenhuizen Park Leopold en Edith Cavell overgebracht zal worden naar het nieuwe ziekenhuis op de Deltasite, terwijl de bedden van het Basiliek Ziekenhuis in 2013 zullen worden overgebracht naar de kliniek Sint-Anna Sint-Remi. Vijftig procent van de patiënten van het ziekenhuis Edith Cavell komen van de gemeenten Ukkel, Elsene en Oudergem. Tien procent van de patiënten die naar het Park Leopold Ziekenhuis gaan, woont in Etterbeek, waar dit ziekenhuis zich bevindt. Tien procent van de patiënten komt uit Limburg.

Er werd een enquête gehouden bij de patiënten om na te gaan of ze naar het nieuwe ziekenhuis zouden gaan. Tachtig procent van de respondenten heeft bevestigend geantwoord. De helft van de patiënten gaat naar Chirec voor de artsen, de andere helft voor het ziekenhuis.

De spreker is er ook van overtuigd dat de omwonenden van het nieuwe ziekenhuis er ook naartoe zullen gaan. Bovendien zal de site over een MUG beschikken die de slachtoffers van verkeersongevallen op de nabijgelegen E411-snelweg naar de spoeddienst zal brengen.

Op dit ogenblik wordt tachtig procent van de activiteit van Park Leopold en Edith Cavell geprogrammeerd. Om-

Les quatre catégories de personnes concernées par la gestion de l'hôpital ont été impliquées dans la conception de ce projet : autorité et patients, management, médecins et personnel soignant. Ces groupes fonctionnent normalement de façon cloisonnée. Toutefois, afin de leur permettre de mieux collaborer, les barrières qui les séparent habituellement ont été supprimées. Tout le personnel a ainsi eu l'occasion d'exprimer son point de vue et de partager son expérience lors de plusieurs réunions « comité de projet ».

I.4.b. Échange de vues

Mme Bianca Debaets demande si le Chirec connaît la proportion entre patients bruxellois et non bruxellois. Elle a le sentiment qu'il s'agit surtout de Bruxellois. Est-ce le cas ?

Globalement, les hôpitaux deviennent plus chers. Il y a néanmoins quelques différences entre les hôpitaux. Ces différences sont liées à la marge de manœuvre qu'ils laissent aux médecins pour facturer des suppléments d'honoraires. Il existe des différences notables entre un certain nombre d'hôpitaux à l'intérieur et à l'extérieur de Bruxelles. Une étude montre que les suppléments d'honoraires pour une chambre individuelle ou commune ainsi que le prix d'un certain nombre d'opérations au Chirec sont supérieurs à la moyenne belge. Comment peut-on expliquer ces différences ? Tous les honoraires sont certainement facturés et perçus dans le respect de la base légale. Comment l'hôpital s'y prend-il avec les médecins qui n'appliquent pas les règles ?

M. Jacques de Toeuf explique que l'activité des cliniques du Parc Léopold et Edith Cavell sera transférée vers le nouvel hôpital du site Delta tandis que les lits de la clinique de la Basilique iront à la clinique Ste-Anne St-Rémi en 2013. Cinquante pour cent des patients de la clinique Edith Cavell proviennent des communes d'Uccle, Ixelles et Auderghem. Dix pour cent des patients qui fréquentent la clinique du parc Léopold habitent la commune d'Etterbeek où se situe cet hôpital; dix pour cent de la patientèle est originaire du Limbourg.

Une enquête a été réalisée auprès des patients afin de déterminer s'ils continueraient à fréquenter le nouvel hôpital. Quarante-vingt pour cent des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative. La moitié des patients se rendent au Chirec pour les médecins, l'autre moitié pour l'hôpital.

L'orateur est aussi convaincu que les riverains du nouvel hôpital s'y rendront également. De plus, le site disposera d'un SMUR qui amènera aux urgences les personnes accidentées sur l'autoroute E 411 située à proximité.

A l'heure actuelle, quatre-vingts pour cent de l'activité des cliniques du Parc Léopold et Edith Cavell est program-

gekeerd komt vijfenveertig procent van de patiënten van het Braine-l'Alleud-Waterloo Ziekenhuis via de spoeddienst binnen.

Wat het ereloonbeleid betreft, volgt Chirec dezelfde regels als de universitaire ziekenhuizen. Bijna vijfennegentig procent van de artsen is niet geconventioneerd. Het staat hun dus vrij om hogere erelonen te vragen dan de tarieven van de overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen (maximum 300 % zoals in Erasmus, Saint-Luc en Iris-Zuid). Iets meer dan vijftien procent van de patiënten heeft het OMNIO- of VIPO-statuut. De supplementen worden berekend met naleving van de wetten.

Toen sommige artsen in 2004 in Chirec begonnen te werken, rekenden ze hogere erelonen aan dat wat de wet toestond. Soms gebeurde dat zelfs onder de tafel. Er werden maatregelen genomen, het reglement werd gewijzigd en een klein tiental artsen heeft het ziekenhuis verlaten.

Een privéziekenhuis moet dezelfde regels volgen als de andere ziekenhuizen. De gevraagde ereloonsupplementen vallen dus binnen het kader van de overeenkomst tussen de artsen en de ziekenfondsen en wijzen op een andere behandeling van de patiënten. De kwaliteit van de zorg en de technische installaties is dezelfde. Enkel de contacten en de hoteldienst verschillen. Alle ziekenhuizen hebben begrepen dat er andere inkomsten dan de erelonen moeten worden gevonden. Het Sint-Pietersziekenhuis beschikt bijvoorbeeld over een vip-afdeling.

Chirec is een vzw. Het positieve saldo moet dus opnieuw geïnvesteerd worden.

Mevrouw Catherine Moureaux vraagt wat er zal gebeuren met de sites Edith Cavell en Park Leopold. De verhuizing van de kliniek Edith Cavell, die 64 jaar geleden werd gebouwd, ook al waren er renovaties in 2001, kan weliswaar verantwoord worden, maar ze twijfelt aan de opportuniteit om de installaties van Park Leopold, die recenter zijn (32 jaar oud), te verlaten.

De volksvertegenwoordigster vraagt ook om toelichtingen over de polikliniek die op de site Basiliek zal worden gevestigd.

De heer Bruno Lefébure legt uit dat het hele vermogen van de historische vzw's werd overgebracht naar een stichting met vastgoeddoeleinden. Het gaat dus niet om een vastgoedvennootschap die aandeelhouders vergoedt. Chirec heeft geen aandeelhouders. Het bestaande vermogen zal dus volledig opnieuw geïnvesteerd worden in het project.

Het is inderdaad zo dat alle gebouwen van de site Edith Cavell dezelfde leeftijd hebben. Sommige dateren van 1938, maar het laatste werd gebouwd in de jaren '70. Ze hebben allemaal hetzelfde nadeel : ze tellen tien verdiepingen en meer, zoals in Park Leopold, om patiënten voor een gemiddelde duur van twintig dagen op te nemen zonder de mogelijkheid van daghospitalisatie.

mée. A l'inverse, quarante-cinq pour cent des patients de l'hôpital de Braine-l'Alleud-Waterloo rentrent par le service des urgences.

En ce qui concerne la politique des honoraires, le Chirec suit les mêmes règles que les hôpitaux universitaires. Presque nonante-cinq pour cent des médecins sont déconventionnés; ils sont donc libres de demander des honoraires supérieurs aux tarifs de la convention médico-mutualiste (maximum 300 % comme à Erasme, Saint-Luc et Iris-Sud). Un peu plus de quinze pour cent des patients ont le statut OMNIO ou VIPO. Les suppléments sont calculés dans le respect des lois.

Lors de son arrivée au Chirec en 2004, certains médecins demandaient des honoraires supérieurs à ce que la loi permettait, voire parfois des dessous de table. Des mesures ont été prises, le règlement a été changé et une petite dizaine de médecins ont quitté l'hôpital.

Un hôpital privé doit respecter les mêmes règles que les autres hôpitaux. Les suppléments d'honoraires demandés rentrent donc dans le cadre de la convention médico-mutualiste et reflètent une autre prise en charge des patients. La qualité des soins et des installations techniques est la même, seuls diffèrent les contacts et l'hôtellerie. Tous les hôpitaux ont compris la nécessité de trouver des sources de revenus extérieures aux honoraires. Par exemple, l'hôpital Saint-Pierre dispose d'un quartier VIP.

Le Chirec est organisé en ASBL. Le solde positif est donc réinvesti.

Mme Catherine Moureaux aimerait savoir ce qu'il adviendra des sites Edith Cavell et Parc Léopold. Si un déménagement peut se justifier pour la clinique Edith Cavell qui a été construite il y a 64 ans – même si des rénovations ont eu lieu en 2001 –, elle s'interroge toutefois sur l'opportunité d'abandonner les installations du Parc Léopold qui sont plus récentes (ancienneté de 32 ans).

La députée souhaite également recevoir des précisions sur la polyclinique qui sera installée sur le site de la Basilique.

M. Bruno Lefébure explique que l'entièreté du patrimoine des ASBL historiques a été transférée dans une fondation à vocation immobilière. Il ne s'agit donc pas d'une société immobilière qui rémunère des actionnaires; il n'y a aucun actionariat derrière le Chirec. La totalité du patrimoine existant sera donc réinvestie dans le projet.

Tous les bâtiments du site Edith Cavell n'ont effectivement pas le même âge. Si certains datent de 1938, le dernier a quant à lui été construit dans les années 70. Tous présentent un même inconvénient : ils ont été construits sur dix étages et plus, comme au Parc Léopold, pour accueillir des patients pour une durée moyenne de vingt jours, avec un fonctionnement hospitalier qui n'incluait pas l'hospitalisation de jour.

Het Park Leopold Ziekenhuis beschikt over drie liften voor de tien verdiepingen. De normen leggen evenwel een lift op voor het « vuile » circuit en een andere voor het « propere » circuit. Er blijft dus één lift voor de patiënten over. In geval van nood kan het gebeuren dat een patiënt de lift van het vuile circuit moet nemen om naar de spoed-dienst te gaan.

Bovendien kunnen de lokalen niet herbested worden wegens de evolutie van de brandnormen. De brandweer is van oordeel dat het ziekenhuis op de site Edith Cavell kan blijven werken op voorwaarde dat er een aantal werken, die op 20-30 miljoen euro worden geraamd, worden uitgevoerd.

Het gebouw van het Park Leopold Ziekenhuis is iets rationeler gebouwd. Er is echter geen ruimte beschikbaar voor de voorlopige huisvesting van de afdeling intensieve zorg tijdens de renovatie van deze eenheid. Is het wel redelijk dat een ziekenhuis functioneert zonder afdeling intensieve zorg? Moet het ziekenhuis tijdens de renovatie gesloten worden? Deze redenering over de intensieve zorg geldt ook voor alle kritieke diensten van het ziekenhuis. De ligging van een waterkolom zou bijvoorbeeld werken op alle verdiepingen impliceren. De bestaande gebouwen zijn niet ontworpen met het oog op flexibiliteit en renovatie na 30 jaar. De kosten voor een dergelijke renovatie overschrijden twee tot driemaal de beschikbare middelen.

De heer Jacques de Toeuf zegt dat het gebouw met 82 bedden van het Basiliek Ziekenhuis zal worden omgevormd tot een dienst raadplegingen, terwijl het gebouw van de dagkliniek en de raadplegingen zal worden verkocht. Het gebouw van Park Leopold wordt ook verkocht, maar een deel moet behouden blijven voor een polikliniek. De Edith Cavell site daarentegen werd geruild bij de maatschappij voor de verwerving van vastgoed tegen de Delta-site. Chirec blijft eigenaar van vier verdiepingen van het hoofdgebouw die niet gebruikt kunnen worden als huisvesting wegens de grote diepte ervan (geen daglicht). De vleugels daarentegen worden omgebouwd tot 150 appartementen, met 300 ondergrondse parkeerplaatsen. Dat project wordt uitgewerkt door de maatschappij voor de verwerving van vastgoed.

Mevrouw Cathérine Moureaux wenst opheldering over de stichting voor vastgoed.

De heer Bruno Lefébure licht toe dat een stichting geen aandeelhouders heeft, in tegenstelling tot een vastgoedmaatschappij. De kostprijs van het Delta-project wordt geraamd op 250 miljoen euro: 200 miljoen daarvan kan gesubsidieerd worden en Chirec krijgt 120 miljoen euro subsidies. De middelen worden aangevuld door de 40 miljoen euro uit de verkoop van Park Leopold en door heffingen op de medische honoraria.

Mevrouw Marion Lemesre vraagt of Chirec patiënten aanvaardt die niet in orde zijn met de ziekteverzekering.

L'hôpital du Parc Léopold dispose de trois ascenseurs pour desservir les dix étages. Or, des normes imposent d'avoir un ascenseur pour le circuit « sale » et un autre pour le circuit « propre ». Il reste donc uniquement un ascenseur pour les patients. En cas de nécessité, un patient peut devoir prendre l'ascenseur du circuit sale pour accéder au service des urgences.

De plus, l'évolution des normes incendie rend impossible une réaffectation des locaux. Les pompiers estiment ainsi que le maintien de l'exploitation hospitalière sur le site Edith Cavell est envisageable moyennant une série de travaux dont le coût est estimé à 20-30 millions d'euros.

Le bâtiment du Parc Léopold a été construit de manière un peu plus rationnelle. Toutefois, aucun espace n'est disponible pour accueillir de manière provisoire les soins intensifs pendant la rénovation de cette unité. Or, est-il raisonnable qu'un hôpital fonctionne sans soins intensifs? Faut-il fermer l'hôpital pendant cette rénovation? Ce raisonnement pour les soins intensifs peut être étendu à tous les services critiques de l'hôpital. L'emplacement d'une colonne d'eau impliquerait par exemple des travaux à tous les étages. Les bâtiments existants n'ont pas été prévus pour être flexibles et rénovés après 30 ans. Le coût d'une telle rénovation dépasse de deux à trois fois les budgets disponibles.

M. Jacques de Toeuf précise que le bâtiment de quarante-deux lits de la clinique de la Basilique sera transformé en service de consultations tandis que celui qui héberge l'hospitalisation de jour et les consultations sera vendu. Le bâtiment du Parc Léopold sera également vendu mais une partie devrait être conservée pour accueillir une polyclinique. Le site Edith Cavell a quant à lui été échangé à la société d'acquisition foncière contre le site Delta. Le Chirec reste propriétaire de quatre étages du bâtiment central qui ne sont pas utilisables pour de l'habitat à cause de leur trop grande profondeur (pas de lumière du jour). Les ailes seront quant à elles transformées en cent cinquante appartements, avec trois cents places de parking en sous-sol. Ce projet sera développé par la société d'acquisition foncière.

Mme Catherine Moureaux souhaite recevoir des éclaircissements sur la fondation à vocation immobilière.

M. Bruno Lefébure explique qu'une fondation n'a pas d'actionnaires, au contraire d'une société immobilière. Le coût du projet Delta est estimé à 250 millions d'euros: 200 millions d'euros sont subsidiés et le Chirec recevra 120 millions d'euros de subsides. Le budget sera complété par les 40 millions d'euros de la vente du Parc Léopold et par des prélèvements sur les honoraires médicaux.

Mme Marion Lemesre aimerait savoir si le Chirec admet des patients qui ne sont pas en ordre de mutuelle.

De heer Bruno Lefébure antwoordt bevestigend; dat gebeurt elke dag en dat is trouwens een wettelijke verplichting. De stappen die vervolgens bij het OCMW moeten worden gedaan, zijn echter niet altijd makkelijk.

De heer André du Bus de Warnaffe vraagt zich af wat de levensduur is van de gebouwen van de toekomstige Delta-site. De tot verdwijnen gedoemde gebouwen van Edith Cavell en Parc Léopold hebben beide renovaties ondergaan in 2002. Was toen al bekend dat ze een nieuwe bestemming zouden krijgen? Kan thans gezegd worden wanneer de toekomstige Delta-site op zijn beurt wordt afgebroken en een andere bestemming krijgt?

De heer Bruno Lefébure verduidelijkt dat niet het gehele gebouw werd gerenoveerd in 2002, maar slechts 15 % van de totale oppervlakte van het ziekenhuis. Dat was ook nodig, want het gebouw stond op instorten. Als het toen mogelijk was geweest subsidies te krijgen, zou een nieuw ziekenhuis gebouwd zijn, maar voor de bouw van ziekenhuizen geldt een planning.

Het gebouw op de Delta-site heeft een langere levensduur, want het zal dragende externe structuren hebben, en geen interne zuilen. Het gaat over plateaus die helemaal heringericht kunnen worden, met niet-dragende wanden. De klassieke zorgunits, waarin patiënten overnachten, kunnen makkelijk omgevormd worden tot dagunits. Ook de administratieve verdieping komt in een ruimte met de vorm van een zorgunit. Tevens is voorzien in de mogelijkheid om extra eenheden te bouwen op de bestaande betonnen structuren. Tot slot worden naast het geplande gebouw lege zones voorzien die toekomstige uitbreidingen mogelijk maken.

De levensduur van dit gebouw zou dus langer dan dertig jaar moeten zijn.

Mevrouw Gisèle Mandaila vraagt of Chirec moeite heeft met het aanwerven van verplegend personeel en, zo ja, welke strategie het daarvoor heeft.

De volksvertegenwoordigster vraagt ook welk deel van de activiteiten van het ziekenhuis op de toekomstige Delta-site in het dagziekenhuis zal plaatsvinden.

De heer Bruno Lefébure licht toe dat Chirec verplegend personeel moet aanwerven in het buitenland (Libanon, Marokko, Tunesië) wegens de schaarste in die sector (40 op 1.200 VTE, en dat cijfer dreigt te verdubbelen).

Chirec beheert zijn personeel volgens de leeftijd om te voorkomen dat er sociale plannen nodig zijn bij de overbrenging van de ziekenhuisactiviteit naar de Delta-site. Het technisch personeel bestaat voornamelijk uit elektromechanici, die worden vervangen door elektronici in het nieuwe gebouw op de Delta-site. Om die reden werft Chirec momenteel personen met een contract van bepaalde duur of

M. Bruno Lefébure répond par l'affirmative; cela se passe tous les jours. Il s'agit d'ailleurs d'une obligation légale. Le déroulement des démarches qui doivent avoir lieu par la suite avec les CPAS n'est cependant pas toujours aisé.

M. André du Bus de Warnaffe s'interroge sur la durée de vie des bâtiments du futur site de Delta. Les cliniques Edith Cavell et Parc Léopold amenées à disparaître ont toutes deux subi des rénovations en 2002. Savait-on déjà à cette époque qu'elles devraient être fermées et réaffectées? Peut-on dire à l'heure actuelle quand le futur site Delta sera à son tour démolé et réaffecté?

M. Bruno Lefébure précise que les rénovations effectuées en 2002 ne concernaient pas l'ensemble du bâti. Elles portaient sur 15 % de la surface totale de l'hôpital et elles étaient nécessaires car le bâtiment menaçait de s'écrouler. S'il avait été possible d'obtenir des subsides à l'époque, un nouvel hôpital aurait été reconstruit. Mais les hôpitaux dépendent d'un calendrier de construction.

La durée de vie du bâtiment du site Delta sera plus longue parce que les structures externes seront portantes et qu'il ne disposera pas de colonnes internes. Il s'agit de plateaux totalement réaménageables avec des cloisons non portantes. Les unités de soins classiques où des patients passent la nuit peuvent être facilement reconverties en unités de jour. De même, l'étage administratif est logé dans un espace qui a la forme d'une unité de soins. Il est également prévu de pouvoir construire des unités supplémentaires sur les structures béton existantes. Enfin, à côté du bâtiment prévu, des zones sont laissées vides pour permettre de futures extensions.

La durée de vie de ce bâtiment devrait donc dépasser les trente années.

Mme Gisèle Mandaila demande si le Chirec rencontre des difficultés pour recruter du personnel infirmier. Si tel est le cas, quelle stratégie développe-t-il pour remédier à ce problème?

La députée désire également connaître la proportion de l'activité hospitalière du futur site Delta qui se déroulera en clinique de jour.

M. Bruno Lefébure explique que le Chirec doit recruter du personnel infirmier à l'étranger (Liban, Maroc, Tunisie) pour faire face à la pénurie qui touche ce secteur (40 sur 1.200 ETP et ce chiffre risque de doubler).

Le Chirec gère la courbe des âges de son personnel afin d'éviter de devoir passer par des plans sociaux lors du transfert de l'activité hospitalière sur le site Delta. Ainsi, les électro-mécaniciens qui composent l'essentiel du personnel technique sont amenés à être remplacés par des électroniciens dans le nouveau bâtiment du site Delta. C'est la raison pour laquelle le Chirec engage actuellement les personnes

van onbepaalde duur als zij bijna de pensioenleeftijd hebben.

Chirec onthaalt evenveel personen in het dagziekenhuis als in het « klassieke ziekenhuis », 33.000 intakes in beide gevallen.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt of het bouwplan van Chirec voorziet in dagopvangplaatsen voor Alzheimerpatiënten en in structuren voor de diagnose van die ziekte. Het Gewest heeft een schrijnend gebrek aan dergelijke plaatsen.

De heer Jacques de Toeuf vermeldt dat de Edith Cavell site een Alzheimer-café heeft, met personeel (logopedisten, ergotherapeuten en psychologen) dat betaald wordt door Chirec. Mensen komen spontaan of op advies van hun huisdokter.

Voor de diagnose heeft Chirec onder leiding van professor Jean-Michel Guerit een departement neurologie tot stand gebracht, dat pluridisciplinair werkt met de dienst geriatrie om die problemen in verband met de kennis, het gedrag, verlies van evenwicht en geleidelijke aftakeling van het sociaal leven in te delen. Personen met die ziekte verblijven niet in specifieke behandelingsstructuren. Gepland wordt dat de Delta-site een rusthuis krijgt of een rust- en verzorgingshuis op het niveau van de parking. Er zijn contacten met een vereniging, Broeders van Liefde, die een huis wil bouwen voor psychogeriatrische zorgen op lange termijn. Dat project beoogt huisvesting en respijttherapie, die zou worden afgestemd op de diagnosefase die plaatsvindt in ambulante zorg.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt hoeveel personen die voorzieningen per dag kunnen opvangen.

De heer Jacques de Toeuf antwoordt dat het Alzheimer-café enkele mensen opvangt per dag. Het is nog niet mogelijk de opvangcapaciteit van de rusthuis/rust- en verzorgingshuizen te bepalen.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt wat nodig is opdat de opvang en de zorg voor dat soort patiënten wordt gefinancierd zoals voor andere ziekten.

Volgens de heer Jacques de Toeuf kan Chirec zijn projecten financieren met eigen middelen, omdat zij bescheiden blijven. Permanente voorzieningen voor voortdurende opvang zou externe financiering vergen, wat het risico inhoudt dat ze voorbehouden zijn voor rijke cliënten.

Mevrouw Béatrice Fraiteur vraagt of het nieuwe ziekenhuis op de Delta-site over diensten zal beschikken die niet bestaan in de instellingen die het moet vervangen (Edith Cavell en Park Leopold).

sous contrats à durée déterminée ou à durée indéterminée lorsqu'ils sont proches de l'âge de la pension.

Le Chirec accueille autant de patients en clinique de jour qu'en hospitalisation dite classique, 33.000 admissions dans les deux cas.

Mme Jacqueline Rousseaux demande si le plan de construction du Chirec prévoit des lieux d'accueil de jour pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ainsi que des structures pour diagnostiquer cette pathologie. La Région manque cruellement d'infrastructures de ce type.

M. Jacques de Toeuf indique que le site Edith Cavell abrite un café Alzheimer, avec du personnel (logopèdes, ergothérapeutes et psychologues) financé par le Chirec. Les personnes s'y rendent spontanément ou sur les conseils de leur médecin généraliste.

En ce qui concerne le diagnostic, le Chirec a développé sous la direction du professeur Jean-Michel Guerit un département de neurosciences qui effectue un travail multidisciplinaire avec le service gériatrie afin de catégoriser ces problèmes cognitifs et comportementaux de perte d'équilibre et de détérioration progressive de la vie sociale. Les personnes atteintes de cette pathologie ne séjournent pas dans des structures hospitalières aiguës. Il est prévu que le futur site de la Delta puisse accueillir une maison de repos ou une maison de repos et de soins au niveau du parking. Des contacts existent avec une association Broeders van liefde qui souhaite construire une maison d'accueil en psychogériatrie de longue durée. Ce projet, qui concerne l'hébergement et la thérapie de répit, se ferait en articulation avec la phase de diagnostic qui a lieu en ambulatoire.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait connaître le nombre de personnes que ces structures pourraient accueillir par jour.

M. Jacques de Toeuf répond que le café Alzheimer accueille quelques personnes par jour. Il est encore impossible de déterminer la capacité d'accueil des structures MR/MRS.

Mme Jacqueline Rousseaux demande ce qui manque pour que l'accueil et la prise en charge de ce type de maladies soient financés comme cela est le cas pour d'autres pathologies.

M. Jacques de Toeuf indique que le Chirec peut financer ses projets sur fonds propres parce qu'ils restent modestes. Des structures permanentes, 24 h/24 et 7j/7, nécessiteraient des financements extérieurs sous peine d'être réservées à une clientèle riche.

Mme Béatrice Fraiteur aimerait savoir si le nouvel hôpital sur le site Delta disposera de services qui n'existent pas dans les institutions qu'il doit remplacer (Edith Cavell et Parc Léopold).

Vandaag vormen de spoeddiensten geen belangrijk deel van de medische activiteit van Chirec. De volksvertegenwoordigster vraagt evenwel of die dienst niet uitgebreid zou moeten worden, omdat een ziekenwagen op enkele uitzonderingen na de patiënt moet vervoeren naar de spoeddienst van het snelst bereikbare ziekenhuis. Zij vraagt welk geografisch gebied de nieuwe Delta-site zal bedienen.

De heer Jacques de Toeuf legt uit dat de minister van Binnenlandse Zaken het geografisch gebied bediend door het toekomstige ziekenhuis op de Delta-site zal bepalen. Chirec wenst over een echte spoeddienst op deze dienst te beschikken, met inbegrip van een MUG.

Er komt ook een dienst traumatologie, een uitgebreide wachtdienst en het aantal bedden voor intensieve zorg wordt verdubbeld (18 bedden) om tegemoet te komen aan de wijziging van het publiek in het nieuwe ziekenhuis. Chirec past reeds zijn aanwervingsbeleid aan en werft artsen met een nieuw profiel aan.

Mevrouw Fatoumata Sidibe vraagt hoeveel kamers voorbehouden zullen worden voor mensen met een handicap op de nieuwe Delta-site. Zij vraagt ook of deze doelgroep gemakkelijk toegang zal hebben. De volksvertegenwoordigster geeft het voorbeeld van douchezalen die niet toegankelijk zijn voor mensen in een rolstoel.

De heer Bruno Lefébure antwoordt dat het hele nieuwe ziekenhuis, zowel wat betreft de intakes als de consultaties, toegankelijk zal zijn voor mensen in een rolstoel. Zo komen er douches zonder bord. Dit soort voorzieningen (liften, voldoende ruime gangen, enz.) brengen geen meerkosten mee wanneer men daar rekening mee houdt bij het ontwerpen van het gebouw.

Alle kamers zijn geschikt voor personen met een handicap. Zij hoeven zelfs niet aangepast worden (breedte van de deuren, ruimte tussen bed en muren).

De heer Jacques de Toeuf onderstreept dat het principe van de standaardisering een leidraad vormt voor de constructie van dit gebouw. Alle zorgenheden zijn identiek met dezelfde normen, wat de kostprijs verlaagt. Alle kamers kunnen ook naargelang de behoeften omgevormd worden in een individuele kamer of een kamer met twee bedden.

De heer Pierre Migisha wijst erop dat 95 % van de artsen van Chirec niet geconventioneerd is, met als gevolg dat zij extra erelonen kunnen aanrekenen. De heer Jacques de Toeuf heeft het gehad over 300 % terwijl in sommige onderzoeken gewag gemaakt wordt van 400 % extra erelonen.

Die bedragen worden grotendeels teruggestort aan de artsen, terwijl ze opnieuw geïnvesteerd zouden kunnen worden in de renovatie of de constructie van de gebouwen.

Actuellement, les urgences ne représentent pas une proportion importante de l'activité médicale du Chirec. La députée se demande toutefois si ce service ne devrait pas être développé, car une ambulance doit, sauf exceptions, transporter le patient vers le service des urgences de l'hôpital le plus rapidement accessible. Elle aimerait connaître l'aire géographique que le nouveau site Delta est censé desservir.

M. Jacques de Toeuf explique que l'aire géographique desservie par le futur hôpital sur le site Delta sera définie par le ministre de l'Intérieur. Le Chirec souhaite disposer d'un véritable service d'urgences sur ce site, avec un SMUR.

Il est prévu de créer un service de traumatologie, d'avoir un service étendu de garde et de doubler le nombre de lits de soins intensifs (18 lits) pour faire face au changement de patientèle qui affectera l'hôpital. Le Chirec adapte déjà sa politique de recrutement et engage des médecins avec un nouveau profil.

Mme Fatoumata Sidibe souhaite connaître le nombre de chambres qui seront réservées aux personnes en situation de handicap dans le nouveau complexe Delta. Elle se demande également si les lieux seront aisément accessibles à ce type de public. La députée cite l'exemple de salles de douche non accessibles aux patients en chaise roulante.

M. Bruno Lefébure répond que l'intégralité du nouvel hôpital, tant au niveau des hospitalisations que des consultations, sera accessible aux personnes en chaise roulante; par exemple, les douches sont prévues sans rebord. Ce type d'aménagements (ascenseurs, couloirs suffisamment larges, etc.) n'engendre aucun surcoût lorsqu'il est prévu lors de la conception du bâtiment.

Toutes les chambres conviennent aux personnes en situation de handicap. Elles ne doivent même pas être adaptées (largeur des portes, espace entre le lit et les murs, etc.).

M. Jacques de Toeuf souligne que le principe de standardisation guide la construction de ce bâtiment. Toutes les unités de soins sont identiques, avec les mêmes normes, ce qui permet de diminuer les coûts. Toutes les chambres peuvent également être transformées selon les besoins en chambre individuelle ou en chambre à deux lits.

M. Pierre Migisha relève que 95 % des médecins du Chirec sont non conventionnés, ce qui leur permet de facturer des suppléments d'honoraires. M. de Toeuf a parlé de 300 % alors que certaines études évoquent 400 % de suppléments d'honoraires.

Ces montants sont en grande partie reversés aux médecins alors qu'ils pourraient être réinvestis dans la rénovation ou la construction de bâtiments. Les citoyens sont en droit

De burgers hebben het recht zich vragen te stellen over de opportuniteit om overheidssubsidies te geven voor de bouw van ziekenhuizen waar supplementen aangerekend worden en waar de kamers onbetaalbaar zullen worden voor de meesten onder hen.

Tijdens de jongste jaren zijn de extra erelonen blijven stijgen. Men moet een einde maken aan deze spiraal die een bedreiging vormt voor de gezondheidszorg (moeilijke toegang voor bepaalde patiënten, verschuivingen van artsen en patiënten).

Wat is het standpunt van Chirec over deze kwestie? Wat doet Chirec op zijn niveau om een plafond op te leggen voor de supplementen?

De heer Bruno Lefébure zegt dat aangerekende supplementen de 300 % niet overschrijden. Bovendien is het onjuist te beweren dat er niets gedaan wordt om de stijging ervan te beperken. Sinds hij met dokter de Toeuf voor Chirec werkt, is het plafond gedaald van 500 % naar 300 %. Dat staat ingeschreven in het algemeen reglement van het ziekenhuis.

Chirec zal de extra erelonen verminderen wanneer Chirec evenveel subsidies zal krijgen als de andere Brusselse instellingen. Het is het Brusselse ziekenhuis dat de jongste 30 jaar de minste subsidies gekregen heeft. Het is echter financieel onmogelijk om een instelling te doen werken zonder subsidies. Chirec heeft trouwens een ernstige crisis gekend in 2002, omdat bijna alle werken met eigen middelen gefinancierd dienden te worden.

Het subsidieplafond voor het ziekenhuis op de Delta-site bedraagt 200 miljoen euro. Chirec zal slechts 120 miljoen euro krijgen. De resterende 80 miljoen zal gefinancierd worden door de verkoop van gebouwen (Edith Cavell en Park Leopold) en door de erelonen van de artsen (30 miljoen euro). Indien Chirec 30 miljoen euro extra subsidies krijgt, zal het mogelijk zijn om de vraag van de artsen om extra erelonen te beperken.

De spreker herinnert eraan dat alle winst van Chirec opnieuw geïnvesteerd wordt.

De heer Jacques de Toeuf legt uit dat de wet de ziekenhuizen verplicht om in hun algemeen reglement het toegestane maximum van extra erelonen te bepalen. Chirec leeft die wetgeving na. Het percentage van 400 % waarover de heer Migisha het heeft, komt uit oude gegevens. Die zijn nog altijd van toepassing voor de toezichtshonoraria, maar dat vormt slechts een zeer klein deel. Het maximum van de toegestane bijkomende honoraria voor alle technische handelingen is 300 % zoals in de meeste ziekenhuizen. Niet iedereen die bijkomende honoraria betaalt krijgt overigens het percentage van 300 % toegepast.

de s'interroger sur l'opportunité de distribuer des subsides publics pour construire des hôpitaux où des suppléments sont pratiqués et où les chambres deviendront impayables pour la plupart d'entre eux.

Au cours des dernières années, les suppléments d'honoraires ont augmenté de façon continue. Il faut endiguer cette spirale qui porte atteinte au système de santé (difficulté d'accès de certains patients, déplacements de médecins et de patientèle).

Quelle est la position du Chirec sur cette question? Que fait-il à son niveau pour plafonner les suppléments?

M. Bruno Lefébure indique que les suppléments d'honoraires pratiqués ne dépassent pas les 300 %. De plus, il est inexact d'affirmer que rien n'est fait pour freiner leur inflation. Depuis qu'il est arrivé au Chirec avec le docteur de Toeuf, le plafond est passé de 500 % à 300 %. C'est inscrit dans le règlement général de l'hôpital.

Le Chirec diminuera les suppléments d'honoraires le jour où il recevra autant de subsides que les autres institutions bruxelloises. Il s'agit de l'hôpital bruxellois qui a été le moins subsidié au cours de ces trente dernières années. Or, il est financièrement impossible de faire fonctionner une institution sans subsides. Le Chirec a d'ailleurs connu une grave crise en 2002 parce qu'il devait financer quasiment tous ses travaux sur fonds propres.

Le plafond de subsidiation de l'hôpital qui sera construit sur le site Delta est de 200 millions d'euros. Le Chirec ne recevra que 120 millions d'euros. Les 80 millions restants seront financés par la vente du patrimoine (Edith Cavell et Parc Léopold) et par les honoraires des médecins (30 millions d'euros). Si le Chirec reçoit 30 millions d'euros de subsides supplémentaires, il sera possible de limiter la possibilité pour les médecins de demander des suppléments d'honoraires.

L'orateur rappelle que tous les bénéfices dégagés par le Chirec sont réinvestis.

M. Jacques de Toeuf explique que la loi impose aux hôpitaux de définir dans leur réglementation générale le maximum de suppléments d'honoraires autorisé. Le Chirec respecte cette législation. Les 400 % cités par M. Migisha proviennent d'anciennes données. Ils sont toujours d'application sur des honoraires de surveillance mais cela représente très peu. Le maximum de suppléments d'honoraires autorisé pour tous les actes techniques est de 300 %, comme dans la plupart des hôpitaux bruxellois. Par ailleurs, toute personne susceptible de payer des honoraires supplémentaires ne se voit pas nécessairement appliquer le taux de 300 %.

Het gemiddelde van de extra honoraria die Chirec aanrekent aan het geheel van de patiënten die in de instelling verblijven, bedraagt 130 %. De wet verbiedt om extra honoraria te vragen in bepaalde gevallen : sociaal statuut van personen of situaties die de toegang tot het ziekenhuis motiveren (spoed, verblijf op intensieve zorg, kinderen begeleid door een ouder in de pediatrie, afzondering om medische redenen, eenpersoonskamer wanneer er geen tweepersoonskamer vrij is, enz.).

De spreker voegt eraan toe dat de patiënten een document ondertekenen wanneer zij opgenomen worden. Ze zijn dus op de hoogte van de voorwaarden voor bijkomende betalingen. Er zijn trouwens vrij weinig geschillen.

De extra honoraria vormen het verschil tussen de appreciatie die de arts over zijn prestatie heeft en wat volgens de ziekteverzekering een gegronde terugbetaling is. De omgekeerde redenering kan ook gevolgd worden : de appreciatie die de arts over zijn werk heeft vormt het ereloon en de terugbetaling is onvoldoende. Wanneer men spreekt over extra honoraria, is dit gewoon een kwestie van woordgebruik. Wanneer een geïnformeerd persoon een keuze maakt, moet die aanvaard worden.

I.5.a. Uiteenzetting van de heer Marc Van Campenhoudt, medisch directeur, en van mevrouw Myriam De Bie, algemeen directeur, van de Europa-ziekenhuizen

De toelichting van de heer Marc Van Campenhoudt en van mevrouw Myriam de Bie wordt geïllustreerd met een reeks slides die als bijlage bij het verslag zal worden gevoegd (*cf. bijlage 5*).

Het verheugt de heer Marc Van Campenhoudt dat de commissie belangstelling heeft voor het uitgevoerde werk. Hij maakt trouwens van de gelegenheid gebruik om het Brussels Gewest te bedanken dat aanzienlijke middelen vrijmaakt voor de heropbouw van de bicommunautaire ziekenhuisinstellingen. Brussel is in dat verband een voorbeeld voor de andere Gewesten van het land.

De spreker meent dat de bouw van een ziekenhuis niet toevertrouwd mag worden aan architecten, omdat zij niet weten hoe een ziekenhuis werkt. Zij zullen bijvoorbeeld niet denken aan het aantal stappen die een verpleegster moet zetten om een bepaalde handeling uit te voeren, terwijl dat toch belangrijk is omdat zij zoiets gedurende vijftig jaar zal moeten doen. Bovendien worden de architecten rijkelijk betaald voor de uitvoering van een voorontwerp en een ontwerp, maar ze hebben geen aandacht voor de afwerking.

De heer Marc Van Campenhoudt brengt hulde aan het werk van mevrouw De Bie dat aan de basis ligt van het project van de Europa-ziekenhuizen. In België zijn er maar weinig personen die over haar kennis beschikken op het vlak van ziekenhuisbouw. Niemand gaat graag naar een

La moyenne de suppléments d'honoraires demandés par le Chirec à l'ensemble des patients qui séjournent dans l'institution est de 130 %. La loi interdit de demander des suppléments d'honoraires dans certains cas : statut social des personnes ou situations qui motivent l'accès à l'hôpital (urgences, séjour aux soins intensifs, enfants accompagnés d'un parent en pédiatrie, isolement pour raison médicale, chambre seule quand il n'y a pas de chambre double libre, etc.).

L'orateur ajoute que les patients signent un document lors de leur admission. Ils sont donc au courant des conditions de paiement complémentaire. Le contentieux est d'ailleurs relativement limité.

Le supplément d'honoraires est la différence entre l'appréciation que le médecin a de sa prestation et ce que l'assurance-maladie estime légitime de rembourser. Le raisonnement inverse pourrait toutefois être tenu : l'estimation que le médecin fait de son travail étant l'honoraire et le remboursement étant insuffisant. C'est l'usage des mots qui fait que l'on parle de suppléments d'honoraires. Lorsqu'un choix est effectué par une personne informée, il faut l'accepter.

I.5.a. Exposé de M. Marc Van Campenhoudt, Directeur médical, et de Mme Myriam De Bie, Directeur général, des Cliniques de l'Europe

La présentation de M. Marc Van Campenhoudt et de Mme Myriam De Bie s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 5*).

M. Marc Van Campenhoudt se réjouit de l'intérêt que la commission témoigne pour le travail effectué. Il profite d'ailleurs de l'occasion pour remercier la Région de Bruxelles-Capitale qui dégage d'importants moyens pour reconstruire les institutions hospitalières bicommunautaires. A cet égard, Bruxelles est exemplaire par rapport aux autres Régions du pays.

L'orateur estime que la construction d'une clinique ne doit pas être confiée aux architectes car ils ne connaissent pas la manière dont fonctionne un hôpital. Ils ne penseront par exemple pas à calculer le nombre de pas qu'une infirmière doit effectuer pour réaliser un certain acte alors que c'est essentiel vu qu'elle devra faire cela pendant cinquante ans. De plus, les architectes sont grassement payés pour réaliser un avant-projet et un projet mais ils se désintéressent des travaux de parachèvement.

M. Marc Van Campenhoudt rend hommage au travail de Mme De Bie qui est à l'origine du projet des Cliniques de l'Europe. En Belgique, il existe peu de personnes qui disposent de sa compétence en matière de constructions hospitalières. Personne ne se rend dans une clinique par plaisir.

ziekenhuis. Het is dus belangrijk om dat verblijf zo aange-naam mogelijk te maken. Het is in die geest dat de renovatie van de Europa-ziekenhuizen uitgevoerd is.

Mevrouw Myriam De Bie onderstreept dat de Europa-ziekenhuizen misschien de enige Brusselse ziekenhuizen zullen zijn die geen enkele subsidie zullen aanvragen aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie op het ogenblik van het volgende meerjarenplan voor de ziekenhuisbouw, omdat de laatste fase van de werken dit jaar plaatsvindt.

De spreekster zal een evaluatie van het verleden maken alsook van de huidige situatie van de instelling. Tot slot zal zij enkele voorstellen doen aan de subsidiërende overheden. Zij overloopt de situatie van de Brusselse ziekenhuizen :

- 2.500 universitaire bedden (AZ VUB, Erasmus en Sint-Lucas);
- 2.500 openbare bedden (IRIS);
- 2.500 private bedden (50 % CBI en 50 % Cobéprivé) : Chirec, Sint-Jan, Sint-Etienne, Europa-ziekenhuizen (Saint-Michel, Sint-Elisabeth en 2 Alice).

De Europa-ziekenhuizen beschikken over 716 bedden verdeeld over drie sites : Sint-Elisabeth, 2 Alice (fusie in 1998) en Saint-Michel (fusie in 1999).

Voor 2010 beschikt men over de volgende gegevens :

- 188.410 opnamedagen;
- 20.960 intakes;
- 244.555 consultaties (978 patiënten per werkdag);
- 30.697 One Day;
- 46.619 spoedopnames (128 patiënten/24uur);
- 4.637 MUG-interventies : het gaat om het enig niet-universitaire privéziekenhuis dat over een medische ziekenwagen beschikt; er staan twee teams permanent ter beschikking (een vertrek « brandweer » en een vertrek « private ziekenwagen »);
- 2.543 bevallingen;
- 243.094.342 euro omzet;
- 1.868 personeelsleden.

Het medisch team telt 275 personen. De artsen zijn exclusief aan het ziekenhuis verbonden en kunnen enkel onder bepaalde voorwaarden een externe ambulante activiteit uitoefenen. De Europa-ziekenhuizen vertegenwoordigen dus 7,62 % van het geheel van het personeel van de Brusselse ziekenhuissector.

Il donc essentiel de rendre ce passage le plus agréable possible. C'est dans c'est esprit que la rénovation des cliniques de l'Europe a été envisagée et réalisée.

Mme Myriam De Bie souligne que les Cliniques de l'Europe seront peut-être les seules institutions bruxelloises qui ne demanderont aucun subside à la Commission communautaire commune lors du prochain plan pluriannuel de construction car la dernière phase des travaux aura lieu cette année.

L'oratrice présentera une évaluation du passé et de la situation actuelle de l'institution et elle formulera en conclusion certaines suggestions à l'attention des pouvoirs subsidiaires. Elle se penche sur la carte des hôpitaux bruxellois :

- 2.500 lits universitaires (AZ VUB, Erasme et Saint-Luc);
- 2.500 lits publics (IRIS);
- 2.500 lits privés (50 % CBI et 50 % Cobéprivé) : Chirec, Saint-Jean, Saint-Etienne, Cliniques de l'Europe (St-Michel, Ste-Elisabeth et 2 Alice).

Les Cliniques de l'Europe disposent de 716 lits répartis sur trois sites : Ste-Elisabeth, 2 Alice (fusion en 1998) et St-Michel (fusion en 1999).

En 2010, elles comptabilisaient :

- 188.410 journées d'hospitalisation;
- 20.960 admissions;
- 244.555 consultations (978 patients par jour ouvrable);
- 30.697 One Day;
- 46.619 urgences (128 patients/24h);
- 4.637 interventions SMUR : il s'agit du seul hôpital privé non universitaire qui dispose d'une ambulance médicalisée; deux équipes sont disponibles en permanence (un départ « pompier » et un départ « ambulance privée »);
- 2.543 accouchements;
- 243.094.342 euros de chiffre d'affaires;
- 1.868 membres du personnel.

Le staff médical compte 275 personnes. Les médecins ont un statut mono-hospitalier et ils peuvent uniquement pratiquer une activité ambulatoire extérieure sous certaines conditions. Les Cliniques de l'Europe représentent donc 7,62 % de l'ensemble du personnel du secteur hospitalier bruxellois.

Fase 1 van de werken aan de site van Saint-Michel (radiologie en zorgeenheden) was reeds uitgevoerd bij de overname van het ziekenhuis in 1999. De subsidies voor de twee fasen waren echter uitgeput door deze eerste fase.

De heer Marc Van Campenhoudt voegt eraan toe dat de vorige eigenaars, de Christelijke Mutualiteiten, dat hebben kunnen doen, omdat het bestuur het gebruik van de subsidies niet controleerde. De volledige tweede fase van de werken werd dus gefinancierd met eigen middelen.

Mevrouw Myriam De Bie legt uit dat deze tweede fase van de werken noodzakelijk was om consultatieruimtes in te richten waarin niet voorzien was tijdens de eerste fase. In afwachting van de voltooiing van die werken, heeft men een noodoplossing voor de consultaties moeten vinden in de kelders van het gebouw.

De heer Marc Van Campenhoudt voegt eraan toe dat 150 bedden met patiënten in ernstige toestand zich in de ongezonde gebouwen van de Maria-Louizasquare bevonden. Er zijn voorlopige werken uitgevoerd om die mensen op te vangen op de Saint-Michel-site en aldus de inrichting aan de Maria-Louizasquare te kunnen sluiten.

Het gebouw aan de Maria-Louizasquare behoorde toe aan zusters die het gebouw verkocht hebben aan de vastgoedmaatschappij Lixon die er appartementen zal bouwen. De Europa-ziekenhuizen hebben 400 m² overgekocht op de gelijkvloerse verdieping om er een polikliniek in te richten.

Mevrouw Myriam De Bie geeft enkele redenen die deze tweede fase van de werken verantwoord hebben : de dienst radiologie was moeilijk toegankelijk en de bedden konden niet door de deuren van de kamers van de afdeling geriatrie (hoewel het gebouw in 1999 gerenoveerd werd), en de technische dienst was enkel toegankelijk via een ladder, enz.

Fase 2 van de werken op de site Saint-Michel werd dus met eigen middelen gefinancierd. Aangezien de beschikbare middelen beperkt waren, is het project voorgesteld door de Christelijke Mutualiteiten die over een bouwvergunning beschikten, overgenomen en gesaneerd om binnen de middelen te blijven die uitgetrokken waren zonder te raken aan de kwaliteit van de zorg; de niet-vervanging van de vloeren en de lambrisering heeft het mogelijk gemaakt om 451.000 euro te besparen. Het oorspronkelijke project bevatte heel wat ongerijmdheden. Het is nochtans uitgevoerd door een bekend Brussels architect, die gespecialiseerd is in ziekenhuisbouw en professor is aan de UCL. Zo waren de deuren van het ziekenhuis allemaal verschillend, in massief hout, met een bescherming in volkern (150 euro/m² voor een totale oppervlakte van 4.000 m²). Alle deuren hadden een eigen sleutel, de vloerbedekking was versierd met tekeningen, een deur gaf toegang tot een leiding, enz.

De heer Marc Van Campenhoudt zegt dat dit soort deur alleen maar tot doel heeft de erelonen van de architect te

La phase 1 des travaux du site de St-Michel (radiologie et unités de soins) était déjà réalisée lors de la reprise de l'hôpital en 1999. Cependant, les subsides prévus pour deux phases étaient épuisés par cette 1^{re} phase.

M. Marc Van Campenhoudt ajoute que les précédents propriétaires, les Mutualités chrétiennes, ont pu agir de la sorte parce que l'administration ne contrôlait pas l'utilisation des subsides. Toute la seconde phase des travaux a donc dû être financée sur fonds propres.

Mme Myriam De Bie explique que cette seconde phase de travaux était nécessaire pour aménager des espaces de consultations qui n'avaient pas été prévus dans la 1^{re} phase. En attendant que ces travaux soient réalisés, il a fallu installer en catastrophe les consultations dans les caves du bâtiment.

M. Marc Van Campenhoudt ajoute que 150 lits avec des patients dans un état grave se trouvaient dans les bâtiments insalubres du square Marie-Louise. Des travaux provisoires ont été effectués pour accueillir ces personnes sur le site St-Michel et ainsi pouvoir fermer les installations du square Marie-Louise.

Le bâtiment du square Marie-Louise appartenait à des religieuses qui l'ont vendu à la société immobilière Lixon qui y construira des appartements. Les Cliniques de l'Europe ont racheté 400 m² au rez-de-chaussée de ce bâtiment pour y installer une polyclinique.

Mme Myriam De Bie énumère quelques-unes des autres raisons qui ont justifié cette phase 2 des travaux : le service de radiologie était difficilement accessible, les lits ne pouvaient pas passer les portes des chambres du service de gériatrie (alors que le bâtiment avait été refait en 1999), le service technique était uniquement accessible par une échelle, etc.

La phase 2 des travaux du site St-Michel a donc été financée sur fonds propres. Comme les moyens disponibles étaient limités, le projet, déposé par les Mutualités chrétiennes, et qui disposait d'un permis de bâtir, a été repris et assaini afin de rester dans les budgets prévus sans toucher à la qualité des soins; le non-remplacement des sols et des lambris a par exemple permis d'économiser 451.000 euros. Le projet initial contenait de nombreuses aberrations. Il a pourtant été réalisé par un grand architecte bruxellois, spécialisé dans la construction d'hôpitaux, professeur d'université à l'UCL. Ainsi, les portes de l'hôpital étaient toutes différentes, en bois massif, avec une protection en volkern (150 euros/m², pour une superficie totale de 4.000 m²), elles disposaient toutes d'une clé spécifique, des dessins décoraient le revêtement de sol, une porte permettait d'accéder à un tuyau, etc.

M. Marc Van Campenhoudt indique que ce type de porte a pour unique but d'augmenter les honoraires de l'architecte

verhogen : dat kost veel geld en de architecten worden betaald op basis van de kostprijs van de werken.

Mevrouw Myriam De Bie voegt eraan toe dat de plaatsing van een brandblusapparaat 100 euro gekost heeft aan Sint-Elisabeth tegenover 1.600 euro tijdens de werken van fase 1 van Saint-Michel.

De besparingen die gedaan werden hebben het mogelijk gemaakt om te investeren in de inkomhal van Saint-Michel.

De tweede fase van Saint-Michel en Sint-Elisabeth wordt afgerond met het door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie toegekende budget.

Voor de site Sint-Elisabeth – 2 Alice was zes jaar nodig om de bouwvergunning te krijgen van de gemeente Ukkel. De mensen die aan de achterzijde van de site wonen, beweerden dat hun tuin niet langer zon zou krijgen door het nieuwe gebouw. Een studie van 150.000 euro is nodig geweest om het tegendeel te bewijzen en te ontdekken dat de schaduw te wijten was aan de gemeenschappelijke muur tussen elke tuin.

Bij de werken is gebruikgemaakt van medische en niet-medische spitstechnologie, met aandacht voor het comfort van het personeel en de patiënten en het bouw- en exploitatiebudget. Dankzij de medische honoraria kon bijvoorbeeld de aankoop van een Da Vinci-robot worden gefinancierd (2 miljoen euro), waarmee veel minder invasieve chirurgie mogelijk is, met name voor prostaatkanker. Dat is een deficitaire verrichting, want het honorarium voor de operatie blijft ongewijzigd en het apparaat is zelf-gefinancierd. De centrale inning van de honoraria heeft die aankoop mogelijk gemaakt.

De Europa-ziekenhuizen verzorgen mensen uit alle sociale klassen. Zij beschikken over gemeenschappelijke kamers en ziekenhuissuites, maar elke patiënt krijgt dezelfde medische zorg. Het verschil betreft de hoteldiensten. De suites zijn voorzien van decoratie en nemen een dubbele oppervlakte in beslag : een module met een badkamer, kitchenette en salon, en een andere module met een grote badkamer (ligbad) en een bed. Zij kunnen worden omgevormd tot twee individuele kamers.

Het plan van de architect voor een dubbele kamer in de materniteit werd opgegeven ten voordele van een veel praktischer plan.

De heer Marc Van Campenhoudt licht toe dat de kamers twee deuren hebben : de ene voor de kamer en de andere om de verpleegsters 's nachts rechtstreeks toegang te geven tot de nursery.

Volgens mevrouw Elke Roex is dat niet noodzakelijk geruimtelijk voor de moeders, die zouden kunnen vrezen dat iemand via de nurserydeur binnenkomt om hun baby te stelen.

te : cela coûte cher et les architectes sont payés en fonction du coût des travaux.

Mme Myriam De Bie ajoute que le placement d'un extincteur a coûté 100 euros à Ste-Elisabeth pour 1.600 euros dans les travaux de la phase 1 de St-Michel.

Les économies réalisées ont permis d'investir dans le hall d'entrée de Saint-Michel.

La phase 2 de St-Michel et Ste-Elisabeth sera clôturée dans le budget alloué par la Commission communautaire commune.

En ce qui concerne le site Ste-Elisabeth – 2 Alice, six années ont été nécessaires pour obtenir le permis de bâtir de la commune d'Uccle. Les riverains à l'arrière du site prétendaient que le nouveau bâtiment allait priver les jardins de soleil. Il a fallu réaliser une étude de 150.000 euros pour prouver que ce n'était pas le cas et découvrir qu'en réalité cela était dû au mur mitoyen entre chaque jardin.

Les travaux ont allié technologie de pointe (non médicale et médicale), confort pour le personnel et le patient et budget de construction et d'exploitation. Les honoraires médicaux ont par exemple permis de financer l'achat d'un robot da Vinci (2 millions d'euros) qui permet une chirurgie beaucoup moins invasive, notamment pour le cancer de la prostate. La démarche est déficitaire car l'honoraire de l'opération ne change pas et l'appareil est autofinancé. Cet achat est rendu possible par la perception centrale des honoraires.

Les Cliniques de l'Europe soignent des personnes de toutes les classes sociales. Elles disposent de chambres communes et de suites hospitalières mais, où qu'il soit, chaque patient bénéficie des mêmes soins médicaux. La différence se marque au niveau des services hôteliers. Les suites sont décorées et occupent une double surface : un module avec salle de bain, kitchenette et salon, et un autre module avec une grande salle de bain (baignoire) et un lit. Elles peuvent se transformer en deux chambres individuelles.

Le projet de l'architecte pour une chambre double de maternité a été abandonné au profit d'un projet beaucoup plus pratique.

M. Marc Van Campenhoudt explique que les chambres disposent de deux portes : une pour la chambre et une pour permettre aux infirmières d'accéder directement à la nursery la nuit.

Mme Elke Roex pense que cette disposition des lieux n'est pas nécessairement de nature à rassurer les mères, qui pourraient craindre que quelqu'un s'introduise par la porte de la nursery pour voler leur bébé.

Mevrouw Myriam De Bie preciseert dat enkel de verpleegsters een badge hebben voor die deur.

Zij geeft een korte beschrijving van de inkomhal van het Sint-Elisabeth Ziekenhuis :

- een 28 m lange en 6 m hoge akoestische muur aan de ingang, die eruit ziet als een oude muur;
- verscheidene wachtzalen met koepellampen met een diameter van 4 meter;
- consultaties;
- winkels;
- een restaurant;
- een onthaalbalie;
- een kunstwerk dat de vrijheid van onderzoek van de wetenschappers belichaamt : Galilei die naar de zon kijkt en het heliocentrisme verdedigt tegen de Kerk.

De heer Marc Van Campenhoudt merkt op dat de Europa-Ziekenhuizen deel uitmaakten van de groep katholieke ziekenhuizen. Toch werden alle kruisbeelden 25 jaar geleden weggehaald. Volgens hem kan een ziekenhuis zijn overtuigingen niet opleggen aan de bezoekers, vooral als het gedeeltelijk gefinancierd wordt door de overheid.

Mevrouw Myriam de Bie zegt dat het mogelijk was om binnen de begrotingsenveloppe van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie te blijven dankzij de goede financiële resultaten van het ziekenhuis, hoewel een fase van de werken met eigen middelen moest worden gefinancierd.

Uit de statistieken blijkt een gecumuleerd negatief resultaat in 1999, ten gevolge van de overname van Saint-Michel. Dat negatief saldo werd een jaar na jaar ingehaald dankzij de positieve resultaten om opnieuw een positief gecumuleerd resultaat te bereiken. Het ziekenhuis cumuleert elk jaar reserves om zijn plannen te kunnen uitvoeren.

De heer Marc van Campenhoudt preciseert dat al die gegevens beschikbaar zijn in het Staatsblad. Na 25 jaar onder zijn leiding bedraagt de gecumuleerde winst 2,5 miljard Belgische frank, waarvan 600 miljoen Belgische frank afkomstig is van de verkoop van een gebouw (400 miljoen Belgische frank voor 2 Alice en 200 miljoen voor Sint-Elisabeth).

Volgens mevrouw Myriam de Bie zijn die reserves niet opgenomen in het gecumuleerd resultaat.

Ter afsluiting van haar betoog bevestigt zij dat een goede financiële gezondheid absoluut noodzakelijk is voor elk groot project voor de bouw van een ziekenhuis (uitbating met winst en reserves, rechtstreekse subsidies en steun van

Mme Myriam De Bie précise que seules les infirmières peuvent ouvrir cette porte, à l'aide d'un badge.

Elle décrit brièvement le hall d'entrée de l'hôpital Ste-Elisabeth :

- un mur acoustique à l'entrée de 28 m de longueur et 6 m de hauteur, qui donne l'impression de vieux murs;
- plusieurs salons d'attente avec des lampes coupoles de 4 mètres de diamètre;
- des consultations;
- des magasins;
- un restaurant;
- un comptoir d'accueil;
- une œuvre d'art qui représente le libre esprit de recherche des scientifiques : Galilée qui regarde le soleil et qui défend l'héliocentrisme contre l'Eglise.

M. Marc Van Campenhoudt signale que les Cliniques de l'Europe faisaient partie de la sphère des hôpitaux catholiques. Tous les crucifix présents dans les bâtiments ont cependant été enlevés il y a 25 ans. Il estime qu'un hôpital ne peut imposer ses convictions aux personnes qui le fréquentent, en particulier quand il est partiellement financé par les pouvoirs publics.

Mme Myriam De Bie indique que les bons résultats financiers de l'hôpital ont permis de rester dans l'enveloppe budgétaire allouée par la Commission communautaire commune, et ce bien qu'une phase des travaux ait dû être financée sur fonds propres.

Les statistiques montrent un résultat cumulé négatif en 1999 suite à la reprise de St-Michel. Ce solde négatif a été rattrapé, année après année, grâce aux résultats positifs pour parvenir à nouveau à un résultat cumulé positif. Chaque année, l'hôpital accumule des réserves pour pouvoir réaliser ses projets.

M. Marc Van Campenhoudt précise que toutes ces données sont disponibles au Moniteur. Après vingt-cinq années de direction, le bénéfice cumulé est de 2,5 milliards de francs belges, dont 600 millions de francs belges proviennent de la vente de bâtiments (400 millions de francs belges pour les 2 Alice et 200 millions pour Ste-Elisabeth).

Mme Myriam De Bie indique que ces réserves ne sont pas dans le résultat cumulé.

En conclusion de son intervention, elle affirme qu'une bonne santé financière est un préalable indispensable à chaque grand projet de construction hospitalière (exploitation bénéficiaire et réserves, subsidiation directe et soutien de

de administratie, alsook strikte bewaking van het budget voor de bouw). Zelfs met een streng beheer van het bouw-budget moet het ziekenhuis immers minimum 20 % zelf financieren om te kunnen starten met een project.

De spreekster vindt dat elk ziekenhuis dus moet voldoen aan drie voorwaarden om overheidsfinanciering te krijgen :

- een goede financiële gezondheid, bevestigd door een revisor;
- kwalitatief hoogstaande geneeskunde verstrekken;
- met name te Brussel correcte financiële voorwaarden bieden, met correcte informatie van de patiënten.

I.5.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt welke mogelijkheden er bestaan voor dagopvang en diagnose ter plekke voor Alzheimer patiënten. Ingeval dergelijke structuren niet bestaan, welke hinderpalen beletten de verwezenlijking ervan ? Het commissielid herinnert eraan dat het heel moeilijk is een geschikte plaats te vinden voor personen die lijden aan alzheimer.

De volksvertegenwoordigster begrijpt niet waarom België geen statistieken heeft inzake het aantal personen die lijden aan alzheimer of aan andere vergelijkbare ziektes die het zenuwstelsel aantasten. Sedert jaren vraagt zij het Verenigd College te zorgen voor het verzamelen van de gegevens bij de thematische publicaties van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Gewest. Er bestaan statistieken over drugsverslaving, andere verslavingen, zelfmoord, enz. en het is spijtig dat de mentale gezondheid niet evenveel aandacht krijgt. Welke problemen zouden het medisch korps kunnen beletten om het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn statistieken te verschaffen, zonder het beroepsgeheim te schenden ? Zonder precieze gegevens kunnen de overheden die ziekte, alsook de nood aan opvangplaatsen en specifieke steun voor de mensen die eraan lijden, verder negeren.

Mevrouw Myriam de Bie licht toe dat het aantal alzheimerpatiënten stijgt wegens de veroudering van de bevolking. Nochtans blijft er te weinig kennis en diagnose ter zake : wanneer het onmogelijk is te bepalen aan welke ziekte iemand lijdt en de diagnose gesteld wordt door eliminatie en niet op een positieve wijze, kan alles de ziekte van Alzheimer genoemd worden. De Europa-Ziekenhuizen beschikken over een dienst neurologie die uitgerust is om dat type diagnose te stellen.

De spreekster is bereid om samen te werken met elke Brusselse, Belgische of internationale instelling die dat

l'administration, ainsi que rigueur du budget de construction). En effet, même avec une gestion rigoureuse du budget de construction, il faut toujours au minimum 20 % d'autofinancement par la clinique pour pouvoir se lancer dans un projet.

L'oratrice estime que tout hôpital doit donc remplir trois conditions pour recevoir un financement public :

- avoir une bonne santé financière attestée par un réviseur;
- dispenser une médecine de qualité;
- particulièrement à Bruxelles, offrir des conditions financières correctes avec une information correcte des patients.

I.5.b. Échange de vues

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait connaître les possibilités d'accueil de jour et de diagnostic en résidence pour les malades d'Alzheimer. Si de telles structures n'existent pas, quels sont les obstacles qui empêchent leur réalisation ? La commissaire rappelle qu'il est très difficile de trouver un endroit adéquat pour placer les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

La députée ne comprend pas pourquoi la Belgique ne dispose pas de statistiques sur le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou par d'autres maladies neurodégénératives similaires. Depuis des années, elle demande au Collège réuni de prévoir le recueil de ces données dans les cahiers thématiques de l'Observatoire du Social et de la Santé de la Région bruxelloise. Des statistiques existent sur la toxicomanie, les assuétudes, les décès par suicide, etc. Il est regrettable que les questions de santé mentale ne suscitent pas le même intérêt. Quelles sont les éventuelles difficultés qui pourraient empêcher le corps médical de fournir, sans trahir le secret professionnel, des statistiques à l'Observatoire de la Santé et du Social ? Sans données précises, les pouvoirs publics pourront continuer à ignorer cette maladie et la nécessité de prévoir des lieux d'accueil et de soutien spécifiques pour les personnes qui en souffrent.

Mme Myriam De Bie explique que la fréquence de la maladie d'Alzheimer augmente suite au vieillissement de la population. Cette pathologie reste toutefois méconnue et mal diagnostiquée : elle sert de fourre-tout lorsqu'on est incapable de déterminer la maladie dont souffre une personne et il s'agit d'un diagnostic par élimination et non d'un diagnostic positif. Les Cliniques de l'Europe disposent d'un service de neurologie équipé pour réaliser ce type de diagnostic.

L'oratrice est prête à collaborer avec toute institution, bruxelloise, belge ou internationale, qui le souhaite et à lui

wenst en alle nodige statistieken door te geven. Zij ziet dus geen hinderpalen voor meewerking aan het verzamelen van de statistische gegevens, met naleving van het beroepsgeheim.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux voegt daaraan toe dat die ziekte niet alleen de oudere bevolking treft, maar ook mensen jonger dan 50.

De heer Marc van Campenhoudt licht toe dat het Saint-Michel Ziekenhuis beschikte over 13 bedden in de psychiatrie bij de overname in 1999; 10 dagverblijven voor de psychiatrie werden toegevoegd in het Sint-Elisabeth Ziekenhuis, waar een dienst psychiatrie eveneens werd opgericht voor mensen die een zelfmoordpoging achter de rug hebben. De zorg voor dit type patiënt is echter niet de roeping van de Europa-Ziekenhuizen; dat is de taak van de psychiatrische ziekenhuizen.

De spreker dringt aan op enige zelfreflectie bij justitie, zo niet moeten alzheimerpatiënten geweigerd worden. De Europa-Ziekenhuizen werden herhaaldelijk veroordeeld wegens zelfmoord. Zo werd het ziekenhuis voor de helft aansprakelijk verklaard voor het overlijden van een alzheimerpatiënte die uit het raam van de dienst interne geneeskunde was gesprongen. Hij heeft beroep ingesteld tegen de beslissing en het hof van beroep heeft de aansprakelijkheid van de kliniek verhoogd tot 90 %.

De Europa-ziekenhuizen zijn bereid alzheimerpatiënten en drugsverslaafden op te nemen, maar de families moeten ophouden hen gerechtelijk te vervolgen bij een probleem.

De 10 bedden in het dagziekenhuis zijn voorbehouden aan alzheimerpatiënten en aan drugsverslaafden. Verslavingen worden behandeld in Saint-Michel, maar de plaatsen zijn voorbehouden voor heel wanhopige mensen die binnenkomen via de spoeddiensten. De grondige behandeling gebeurt in de psychiatrische ziekenhuizen : La Ramée, Fond Roy en Titeca.

Mevrouw Bianca Debaets vindt dat de Europa-Ziekenhuizen aantonen hoe een ziekenhuis met een goed beheer en zonder torenhoge supplementen op erelonen er toch kan in slagen om een performant beleid te voeren, een budget in evenwicht te houden en het belang van de patiënten centraal te stellen.

Zij wil het debat over religieuze symbolen niet openen. Iedere zorginstelling heeft haar eigen verleden en identiteit en daar is niks mis mee.

In het verleden hadden de Europa-Ziekenhuizen een grote aantrekkingskracht in de rand. Blijft het zo of is er een verschuiving? Is de verhouding Brusselse – niet-Brusselse patiënten stabiel?

transmettre toutes les statistiques nécessaires. Elle ne voit donc pas d'obstacle à participer à la récolte de données statistiques, tout en veillant à respecter le secret professionnel.

Mme Jacqueline Rousseaux ajoute que cette maladie ne frappe pas uniquement les populations âgées. Elle touche également des personnes de moins de 50 ans.

M. Marc Van Campenhoudt explique que l'hôpital St-Michel disposait de 30 lits de psychiatrie lors de sa reprise en 1999; 10 lits d'hôpital de jour psychiatriques ont été ajoutés dans la Clinique Ste-Elisabeth où un service de psychiatrie a également été créé pour prendre en charge les tentatives de suicide. Les Cliniques de l'Europe n'ont toutefois pas vocation à s'occuper de ce type de patients; cette tâche incombe aux hôpitaux psychiatriques.

L'orateur insiste pour que la justice se remette en question sous peine de devoir refuser les malades d'Alzheimer. Les Cliniques de l'Europe ont été condamnées à plusieurs reprises pour des suicides. L'hôpital avait ainsi été déclaré responsable à 50 % du décès d'une patiente souffrant de la maladie d'Alzheimer et qui s'était jetée par la fenêtre du service de médecine interne. Il a interjeté appel de cette décision et la cour d'appel a porté sa responsabilité de la clinique à 90 %.

Les Cliniques de l'Europe sont disposées à accueillir les malades d'Alzheimer et les drogués mais il faut que les familles cessent de les poursuivre en justice lorsqu'il y a un problème.

Les dix lits d'hôpital de jour sont réservés aux malades d'Alzheimer et aux drogués. Les assuétudes sont traitées sur le site St-Michel. Ces places sont toutefois réservées aux personnes en période de désarroi total qui arrivent par les urgences. Le traitement de fond s'effectue dans des hôpitaux psychiatriques : La Ramée, Fond Roy et Titeca.

Mme Bianca Debaets estime que les Cliniques de l'Europe apportent la preuve qu'un hôpital bien géré et sans suppléments d'honoraires faramineux peut néanmoins parvenir à mettre en œuvre une politique performante, à tenir un budget en équilibre et à veiller avant tout à l'intérêt des patients.

Elle ne souhaite pas ouvrir le débat sur les symboles religieux. Chaque établissement de soins a son histoire et son identité propres, et il n'y a aucun mal à cela.

Dans le passé, les Cliniques de l'Europe exerçaient un fort pouvoir d'attraction dans la périphérie. Est-ce toujours le cas, ou observe-t-on une évolution? La proportion entre patients bruxellois et non bruxellois est-elle stable?

De volksvertegenwoordigster verheugt zich over het feit dat de Europa-Ziekenhuizen heel veel belang hechten aan een goede tweetaligheid van hun medisch en verzorgend personeel.

Het blijft moeilijk voor de ziekenhuizen om personeel, vooral tweetalig personeel, te vinden. Hoe moeilijk is het om bepaalde specialisten (kinderpsychiater, geriater) aan te werven? Wat zijn de mogelijke oplossingen om ervoor te zorgen dat Brusselse ziekenhuizen toch genoeg verpleeg- en zorgkundigen kunnen blijven aantrekken?

De heer Marc Van Campenhoudt onderstreept het feit dat tweetaligheid van het personeel heel belangrijk is. Bijna alle artsen zijn drietalig. Taalcursussen worden georganiseerd voor de verpleegsters. Degenen die voor een examen slagen krijgen een GSM met een abonnement van 25 euro per maand.

De spreker voegt daaraan toe dat de Vlamingen verdraagzame mensen zijn. Hij geeft al een klacht ontvangen omdat er enkel Nederlandstalige magazines in de wachtzalen lagen. Bij het inwinnen van inlichtingen bleek dat drie vierde van de magazines Franstalig en een vierde Nederlandstalig was. Het probleem is dat de magazines in het Frans verdwijnen.

De heer Marc van Campenhoudt is er trots op dat het personeel van de Europa-Ziekenhuizen tweetalig en zelfs drietalig is, en de patiënten in hun eigen taal kan verwelkomen. Het is echter niet te Brussel dat er problemen zijn met tweetaligheid en de openbare ziekenhuizen mogen daarmee niet verveeld worden, want ze hebben heel weinig Vlaamse patiënten. Er rijzen daarentegen problemen in de universitaire ziekenhuizen van de Franstalige Gemeenschap (Erasmus en Saint-Luc), waar het personeel geen Nederlands spreekt en waar de Vlamingen van de Brusselse rand in spoedgevallen worden gebracht per ziekenwagen. Men kan echter niet eisen dat het personeel van de ziekenhuizen van de gemeenschappen tweetalig is.

Mevrouw Myriam De Bie voegt eraan toe dat het tekort aan verpleegkundigen voor alle ziekenhuizen dramatisch is. De Europa-Ziekenhuizen hebben permanent ongeveer 40 vacatures die niet ingevuld geraken. Ze gaan naar alle opendagen, brengen bezoeken aan scholen, maar dat lost niet veel op, want de andere ziekenhuizen doen dat ook. De directie nursing gaat regelmatig naar het buitenland, de laatste tijd in Libanon, waar verpleegkundigen een goede vorming krijgen en één van onze landstalen spreken. Het is een grote investering om die mensen naar België te lokken; een extern bureau zorgt ervoor dat alle nodige vergunningen in orde zijn. Het zijn maar druppeltjes op een hete plaat. Wat nog dramatischer is dan het aantal verpleegkundigen is hun niveau wanneer ze hun studies beëindigen. Daarom wordt nu een inscholingsprogramma gegeven aan iedere verpleegkundige die in het ziekenhuis toekomt (algemene opvoeding, cultuur, taal, omgang met de patiënten, elementaire beleefdheid, opleiding in functie van de dienst

La députée se félicite que les Cliniques de l'Europe attachent une très grande importance à un bilinguisme correct de leur personnel médical et soignant.

Il reste difficile pour les hôpitaux de trouver du personnel – surtout du personnel bilingue. Dans quelle mesure est-il difficile de recruter certains spécialistes (pédopsychiatre, gériatre)? Quelles sont les solutions possibles pour faire en sorte que les hôpitaux bruxellois continuent d'attirer suffisamment de personnel infirmier et soignant?

M. Marc Van Campenhoudt souligne le fait que le bilinguisme du personnel est très important. Presque tous les médecins sont trilingues. Des cours de langues sont organisés pour les infirmières. Celles qui réussissent un examen reçoivent un GSM et un abonnement de 25 euros par mois.

L'orateur ajoute que les Flamands sont des gens tolérants. Il a déjà reçu une plainte parce que les revues dans les salles d'attente étaient uniquement en néerlandais. Renseignements pris, la proportion de revues est de $\frac{3}{4}$ en français et $\frac{1}{4}$ en néerlandais. Le problème est que les revues en français disparaissent.

M. Marc Van Campenhoudt est fier que le personnel des Cliniques de l'Europe soit bilingue voire trilingue et sache accueillir les patients dans leur langue. Ce n'est toutefois pas à Bruxelles que les problèmes de bilinguisme existent. Il ne faut pas ennuyer les hôpitaux publics avec cette question car ils ont très peu de patients flamands. En revanche, les difficultés se posent dans les hôpitaux communautaires universitaires francophones (Erasmus et Saint-Luc) où le personnel ne parle pas le néerlandais et où des Flamands de la périphérie bruxelloise sont amenés en urgence par le SMUR. On ne peut toutefois exiger que le personnel des hôpitaux communautaires soit bilingue.

Mme Myriam De Bie ajoute que la pénurie de personnel infirmier est dramatique pour tous les hôpitaux. Les Cliniques de l'Europe ont en permanence quelque 40 postes qu'elles ne parviennent pas à pourvoir. Elles se rendent à toutes les journées portes ouvertes, visitent les écoles, ... mais cela ne résout pas grand-chose, car les autres hôpitaux en font de même. La direction Soins infirmiers se rend régulièrement à l'étranger – ces derniers temps au Liban –, où les infirmières bénéficient d'une bonne formation et parlent une de nos langues nationales. Attirer ces personnes en Belgique représente un investissement important; un bureau externe veille à obtenir toutes les autorisations nécessaires. Mais ce n'est qu'une goutte d'eau dans la mer. Plus dramatique encore que le nombre d'infirmières est leur niveau au sortir des études. C'est pourquoi chaque infirmière qui arrive à l'hôpital suit à présent un cursus d'insertion (éducation générale, culture, langue, contact avec les patients, politesse élémentaire, formation en fonction

waar hij/zij gaat terechtkomen, peter of meter gedurende 6 maanden om ze te begeleiden).

De heer Marc van Campenhoudt licht toe dat de Brusselse scholen voor verpleegkundigen 50 % Afrikaanse studenten hebben die geen Nederlands kennen. Het gaat over uitstekende verpleegkundigen, maar het is moeilijk te eisen dat zij tweetalig zijn.

De spreker vindt dat de federale wetgeving moet worden gewijzigd en dat we moeten teruggaan naar een structuur met drie niveaus : A1, A2 en hulpverzorgsters. Zo zou tweetalig personeel kunnen aangeworven worden voor de eenvoudigste taken (medicatie geven, zieken wassen, enz.) waarvoor geen diploma vereist is en waardoor de aanwerving van verpleegkundigen moeilijker is.

Mevrouw Bianca Debaets vindt het verontrustend te horen dat het opleidingsniveau van de verpleegkundigen daalt. Is dat specifiek voor Brussel ?

Mevrouw Myriam De Bie zegt dat het een algemeen verschijnsel is. De Europa-Ziekenhuizen rekruteren in het hele land.

Mevrouw Cathérine Moureaux wenst de toekomstvisie te kennen die de directie voor het ziekenhuis heeft : aantal bedden per instelling, hergroepering of opsplitsing van de structuren, geplande schaalbesparingen, enz.

De volksvertegenwoordigster is eveneens bezorgd over de levensduur van de gebouwen, aangezien de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voornamelijk zorgt voor de financiering ervan. Wat is de levensduur van de huidige en toekomstige gebouwen ?

Tot slot is de spreker verbaasd te horen dat patiënten uit het raam van een ziekenhuis springen. Zij dacht dat de ramen van ziekenhuizen niet open kunnen.

De heer Marc van Campenhoudt zegt dat die norm enkel geldt voor de psychiatrie.

Mevrouw Cathérine Moureaux merkt op dat de ramen van het Erasmus Ziekenhuis enkel 10 cm kunnen geopend worden.

Mevrouw Myriam de Bie geeft een kort historisch overzicht van de Europa-Ziekenhuizen :

- Sint Elisabeth te Ukkel (275 bedden) is het langst bestaande ziekenhuis;
- groepering en daarna fusie met 2 Alice (fusie in 1998);
- overname en fusie met Saint-Michel (fusie in 1999).

De eerste fase van Sint-Elisabeth werd afgerond in 1994 en heeft een levensduur van 30 jaar. De verhuis van de tweede fase zal plaatsvinden voor 1 januari 2012.

du service d'affectation de l'intéressé(e), désignation d'un parrain/d'une marraine qui l'encadre durant 6 mois).

M. Marc Van Campenhoudt explique que les écoles d'infirmières bruxelloises sont composées à 50 % d'étudiantes africaines qui ne maîtrisent pas le néerlandais. Il s'agit d'excellentes infirmières mais il est difficile d'exiger qu'elles soient bilingues.

L'orateur pense qu'il faut modifier la législation fédérale et revenir à une structure des études d'infirmière en trois niveaux : A1, A2 et aide-soignante. Du personnel bilingue pourrait ainsi être engagé pour effectuer des tâches plus simples (distribuer les médicaments, laver les malades, etc.) qui ne nécessitent pas un diplôme A1 et qui rendent plus difficile le recrutement d'infirmières.

Mme Bianca Debaets juge inquiétante la baisse du niveau de qualification du personnel infirmier. Est-elle spécifique à Bruxelles ?

Mme Myriam De Bie affirme que ce phénomène est généralisé. Les Cliniques de l'Europe recrutent dans tout le pays.

Mme Catherine Moureaux souhaite connaître la vision de l'avenir que la direction a de son hôpital : nombre de lits par institution, regroupement ou éclatement des structures prévu dans le futur, économies d'échelles envisagées, etc.

La députée est également préoccupée par la durée de vie des bâtiments puisque la Commission communautaire commune agit essentiellement sur le financement de ceux-ci. Quelle est la durée de vie des bâtiments actuels et futurs ?

Enfin, l'oratrice est étonnée d'entendre que des patients arrivent à se jeter par les fenêtres de l'hôpital. Elle pensait que les fenêtres des hôpitaux ne s'ouvraient pas.

M. Marc Van Campenhoudt indique que les normes le prévoient uniquement en psychiatrie.

Mme Catherine Moureaux précise que les fenêtres de l'hôpital Erasme peuvent uniquement être ouvertes de 10 cm.

Mme Myriam De Bie retrace brièvement l'historique des Cliniques de l'Europe :

- Ste-Elisabeth à Uccle (275 lits) est l'hôpital historique;
- groupement puis fusion avec les 2 Alice (fusion en 1998);
- reprise et fusion avec St-Michel (fusion en 1999).

La 1^{re} phase de Ste-Elisabeth a été terminée en 1994 et elle a une durée de vie de 30 ans. Le déménagement de la phase 2 aura lieu avant le 1^{er} janvier 2012.

Het eerste gebouw van Saint-Michel werd gerenoveerd en de verhuis naar het tweede gebeurde ongeveer vijf jaar geleden.

De architecturale situatie van de Europa-Ziekenhuizen is dus bevredigend.

De heer Marc Van Campenhoudt zegt dat het 2 Alice Ziekenhuis in 1973 gebouwd werd, toen de kwaliteit te wensen overliet (gebruik van asbest met name). De nieuwe promotoren moeten de site dus saneren, wat hen 250 miljoen BF zal kosten.

Thans worden er betrouwbaardere technieken gebruikt om ziekenhuizen te bouwen en hij denkt dat de levensduur van de gebouwen 50 jaar kan bereiken.

Mevrouw Myriam de Bie geeft aan dat de gebouwen op 30 jaar afgeschreven zijn.

De Europa-Ziekenhuizen hebben twee schaalbesparingen verricht. Enerzijds werd het aantal bedden met 25 % verlaagd om te voldoen aan een federale wetgeving (in 1986, toen de federale overheid haar principe-akkoord gaf voor de uitvoering van de werken, eiste ze daarnaast dat die wetgeving zou worden nageleefd). Anderzijds werden de diensten van 2 Alice verplaatst naar St-Elisabeth (een enkele telefoondienst, einde van de verplaatsingen tussen de twee sites, enz.).

Er zullen altijd twee sites behouden blijven, omdat St-Michel en St-Elisabeth aan weerskanten van het Terkamenbos gelegen zijn en dus gericht zijn op een verschillend publiek (patiënten en huisartsen).

De heer Philippe Close vraagt wat er gaat gebeuren met de huidige site van 2 Alice, zodra de diensten ondergebracht zijn bij Sint-Elisabeth.

De heer Marc Van Campenhoudt licht toe dat het in een dergelijke buurt financieel gezien voordeliger is die gebouwen om te vormen tot appartementen. De site werd dus verkocht aan een bouwpromotor voor 412 miljoen Belgische frank.

Mevrouw Myriam De Bie voegt daaraan toe dat de verhuis absoluut vóór 1 januari 2012 moet plaatsvinden, zo niet moet huur betaald worden.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt zich af hoe de Europa-Ziekenhuizen gerieters aanwerven indien er, zoals een vorige spreker bevestigde, jaarlijks slechts één of twee gerieters afstuderen in heel België.

De volksvertegenwoordigster zou ook willen weten wat de gemiddelde verblijfsduur van de patiënten is.

Tot slot heeft zij vragen over de verschillen tussen de twee Ukkelse ziekenhuizen, Sint-Elisabeth en Edith Cavell,

Le 1^{er} bâtiment de St-Michel est rénové et le déménagement dans le second a été effectué il y a environ 5 ans.

La situation des Cliniques de l'Europe est donc satisfaisante d'un point de vue architectural.

M. Marc Van Campenhoudt précise que l'hôpital des 2 Alice a été construit en 1973, à une époque la qualité laissait à désirer (utilisation d'amiante notamment). Les nouveaux promoteurs vont donc devoir nettoyer le site, ce qui leur coûtera 250 millions de BF.

Les techniques utilisées actuellement pour construire les cliniques sont plus fiables et il estime que la durée de vie des bâtiments pourra atteindre 50 ans.

Mme Myriam De Bie indique que les bâtiments sont amortis sur 30 ans.

Les Cliniques de l'Europe ont réalisé deux types d'économies d'échelle. D'une part, en diminuant de 25 % le nombre de lits pour satisfaire à une législation fédérale : en 1986, lorsque l'État fédéral donna son accord de principe pour l'exécution des travaux, il exigea parallèlement le respect de cette législation. D'autre part, en déplaçant les services des 2 Alice vers le site de Ste-Élisabeth (un seul service téléphonique, fin des navettes entre les deux sites, etc.).

Deux sites seront toujours maintenus car St-Michel et Ste-Elisabeth se trouvent de part et d'autre du Bois de la Cambre et touchent donc des publics différents (patients et généralistes).

M. Philippe Close demande ce qui adviendra du site actuel des 2 Alice une fois les services intégrés à Ste-Elisabeth.

M. Marc Van Campenhoudt explique que dans ce type de quartier, il est financièrement plus avantageux de transformer ces bâtiments en appartements. Le site a donc été vendu à un promoteur immobilier pour 412 millions de francs belges.

Mme Myriam De Bie ajoute que le déménagement doit absolument être effectué avant le 1^{er} janvier 2012, sous peine de devoir payer un loyer.

Mme Jacqueline Rousseaux se demande comment les Cliniques de l'Europe recrutent des gériatres si, comme l'a affirmé un précédent intervenant, il n'y a qu'un à deux gériatres diplômés par an sur l'ensemble du territoire belge.

La députée aimerait aussi connaître la durée moyenne de séjour des patients.

Elle s'interroge enfin sur les différences entre les deux cliniques ucloises, Ste-Elisabeth et Edith Cavell, ainsi que

en over de weerslag van de verhuis van Chirec naar Delta. Heeft Sint-Elisabeth kunnen anticiperen op een eventuele toevloed van patiënten ingevolge dat vertrek? De sprekerster vraagt hetzelfde over de Saint-Michel site.

De heer Marc Van Campenhoudt bevestigt dat het moeilijk is geriater te vinden; dat beroep brengt minder op dan de andere specialisaties, want het vereist geen technische handelingen en weinig raadplegingen. De honoraria van de geriater vertegenwoordigen een deel van de dagprijs. Om dat te verhelpen, vormen de Europa-Ziekenhuizen pools voor de honoraria. Het is immers absurd de dokters een vast bedrag te betalen, want dat systeem moedigt hen niet aan om te werken. Bijgevolg is de wachttijd voor een NMR in de Europa-Ziekenhuizen acht dagen, tegen drie een halve maand bij het Erasmus Ziekenhuis.

De gemiddelde verblijfsduur daalt in alle ziekenhuizen. Voor de Europa-Ziekenhuizen ligt dat gemiddelde aan de lage kant (± 5 dagen naar gelang van de specialisatie). Het ingestelde systeem is pervers, want het verplicht de ziekenhuizen onder het nationale gemiddelde te liggen, wat ertoe leidt dat het gemiddelde voortdurend omlaag wordt getrokken.

De spreker is niet ongerust over de verhuis van het Edith Cavell Ziekenhuis, want de twee ziekenhuizen beoefenen niet dezelfde geneeskunde. Naar zijn mening is er geen kloof tussen de ziekenhuizen van de private en de openbare sector. De Europa-Ziekenhuizen zijn de enige in Brussel die werken met centrale betaling van de honoraria voor de interne en externe dokters en die hun personeel opleggen voor één ziekenhuis te werken. Eén van de oorzaken van het permanent tekort van de openbare ziekenhuizen is dat hun dokters de rijke patiënten behandelen bij Edith Cavell.

De heer Marc Van Campenhoudt stelt vast dat sommige huisartsen hun patiënten naar de Europa-Ziekenhuizen sturen voor interne geneeskunde, cardiologie en gastro-enterologie. Voor heelkunde daarentegen verwijzen zij hen naar Edith Cavell, omdat zij daarvoor geld krijgen. Het is onaanvaardbaar dat dat ziekenhuis zoveel mogelijk artsen aanwerft die een cliënteel hebben bij een ander ziekenhuis. Chirec slaagt erin zoveel dokters aan te trekken (1.100 tegen 270 bij de Europa-Ziekenhuizen), omdat het werkt met geld onder tafel, zodat belastingen kunnen worden ontdoken.

Toen hij voorzitter was van de ziekenhuiscommissie, heeft de spreker dankzij de steun van de openbare ziekenhuizen een amendement doen aannemen dat de centrale betaling van de honoraria verplicht maakt, zoals bij wet bepaald is. Naar zijn mening is het nodig dat het Gewest de ziekenhuizen waarvan het de infrastructuur financiert verplicht sommige voorwaarden na te leven: centrale inname van de honoraria, onmogelijkheid tot frauderen voor de externe dokters en één enkel ziekenhuis.

sur l'impact du déménagement du Chirec vers Delta? La Clinique Ste-Elisabeth a-t-elle pu anticiper un éventuel afflux de patients suite à ce départ? L'oratrice pose la même question pour le site St-Michel.

M. Marc Van Campenhoudt confirme qu'il est difficile de trouver des gériatres; cette profession est moins rémunératrice que les autres spécialisations car elle ne comporte pas d'actes techniques et qu'il y a peu de consultations. Les honoraires des gériatres représentent une partie du prix de journée. Pour pallier cette difficulté, les Cliniques de l'Europe constituent des pools d'honoraires. Il est en effet absurde de payer les médecins au forfait car ce système ne les encourage pas à travailler; ainsi, le délai d'attente pour passer une RMN aux Cliniques de l'Europe est de huit jours contre trois mois et demi à Erasme.

La durée moyenne de séjour baisse dans tous les hôpitaux. Les Cliniques de l'Europe sont dans la moyenne basse (± 5 jours selon les spécialités). Le système instauré est pervers car il oblige les hôpitaux à être en-dessous de la moyenne nationale, ce qui a pour conséquence de tirer continuellement cette moyenne vers le bas.

L'orateur ne se préoccupe pas du déménagement de la Clinique Edith Cavell car les deux institutions ne pratiquent pas la même médecine. A son avis, le clivage au sein des hôpitaux n'est pas entre le secteur privé et le secteur public. Les Cliniques de l'Europe sont le seul établissement bruxellois qui fonctionne avec une perception centrale des honoraires pour les médecins internes et externes et qui impose le mono-clinisme à son personnel. Une des causes du déficit permanent des hôpitaux publics est que leurs médecins traitent les patients riches à Edith Cavell.

M. Marc Van Campenhoudt constate que certains généralistes envoient leurs patients aux Cliniques de l'Europe pour la médecine interne, la cardiologie et la gastro-entérologie. En revanche, quand il s'agit de chirurgie, ils les orientent vers Edith Cavell car ils reçoivent de l'argent en échange. Il est inacceptable que cet hôpital engage un maximum de médecins qui se sont constitués une clientèle dans une autre clinique. Si le Chirec arrive à attirer autant de médecins (1.100 contre 270 aux cliniques de l'Europe) c'est parce qu'il fonctionne avec des dessous de tables qui permettent ainsi de frauder le fisc.

Lorsqu'il présidait la commission hospitalière, l'orateur a fait passer, grâce au soutien des hôpitaux publics, un amendement imposant, comme la loi le prévoit, la perception centrale des honoraires pour les médecins internes. A son avis, il est nécessaire que la Région impose le respect de certaines conditions aux hôpitaux dont elle finance les infrastructures: la perception centrale des honoraires, l'impossibilité de fraude sur les médecins externes et le mono-clinisme.

I.6.a. Uiteenzetting van de heer Guillebert de Fauconval, gedelegeerd bestuurder van de kliniek St-Anna/St-Remi

De heer Guillebert de Fauconval geeft een presentatie met behulp van een reeks slides, die als bijlage bij het verslag zal worden gevoegd (*cf. bijlage 6*).

De kliniek St.-Anna Sint-Remi is een algemeen ziekenhuis op de grens tussen Anderlecht en Sint-Jans-Molenbeek, een plaats met heel goed openbaar vervoer. Het bevindt zich in de buurt van het Weststation en de metrostations Jacques Brel en Delacroix, zodat het makkelijk bereikbaar is voor de patiënten, het verzorgend personeel en de artsen.

Het is een ziekenhuis van gemiddelde grootte, dat erkend is voor 318 bedden (waarvan 54 thans op de site van het Basiliek Ziekenhuis in het kader van een akkoord met Chirec) :

- 166 C + D (heelkunde en geneeskunde);
- 48 G (geriatrie);
- 15 E (pediatrie);
- 26 M (materniteit);
- 26 Sp (revalidatie);
- 37 A + A1 (psychiatrie) – waarvan 7 in dagpsychiatrie.

Het ziekenhuis is uitgerust met uitstekend materieel voor medische beeldvorming (64 lijnen scanner, RMN) en scintigrafie (gamma camera's voor het opsporen van kankerverwekkende ziektes). Het bezit een hybride machine dat een gamma camera combineert met een 64 lijnen scanner waarmee veel nauwkeurigere niet invasieve diagnoses kunnen worden gesteld, vooral in cardiologie.

Sint-Anna Sint-Remi heeft akkoorden met andere ziekenhuizen op gebieden waarvoor zijn gemiddelde omvang een handicap vormt :

- St.-Jansziekenhuis voor biologie (gemeenschappelijk laboratorium binnen de vzw CEBIODI);
- St.-Jean en St.-Pierre Ziekenhuis te Ottignies voor cardiologie : de vzw Brussels Heart Center werd opgericht toen de federale minister van volksgezondheid quota's wilde opleggen inzake angioplastiek en hartchirurgie. Het plan is in het water gevallen, maar komt wellicht terug op de agenda : Sint-Anna Sint-Remi is dus uitgerust om het hoofd te bieden aan de verplichte quota's op die vlakken;
- Chirec voor oncologie;

I.6.a. Exposé de M. Guillebert de Fauconval, administrateur délégué de la Clinique Ste-Anne St-Rémi

La présentation de M. Guillebert de Fauconval s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 6*).

La Clinique Ste-Anne St-Rémi est un hôpital général situé à la frontière entre Anderlecht et Molenbeek-Saint-Jean. Elle est très bien desservie par les transports en commun; elle est située à proximité de la gare de l'Ouest et des stations de métro Jacques Brel et Delacroix. Les patients, le personnel soignant et les médecins peuvent ainsi se rendre aisément à l'hôpital.

Ste-Anne St-Rémi est un hôpital de taille moyenne agréé pour 318 lits (dont 54 se trouvent actuellement sur le site de la clinique de la Basilique dans le cadre d'un accord avec le Chirec) :

- 166 C+D (chirurgie et médecine);
- 48 G (gériatrie);
- 15 E (pédiatrie);
- 26 M (maternité);
- 26 Sp (revalidation);
- 37 A+A1 (psychiatrie) – dont 7 de psychiatrie de jour.

La clinique est dotée d'un matériel très performant en matière d'imagerie médicale (scanner 64 barrettes, RMN) et de scintigraphie (gamma camera qui permet de déceler des pathologies cancérigènes). Elle possède une machine hybride combinant une gamma camera avec un scanner 64 barrettes qui permet de poser des diagnostics non invasifs de manière beaucoup plus précise, particulièrement en cardiologie.

Ste-Anne St-Rémi a des accords avec d'autres hôpitaux dans les domaines où sa taille moyenne est un handicap :

- Clinique Saint-Jean pour la biologie (laboratoire commun logé au sein de l'ASBL CEBIODI);
- Cliniques Saint-Jean et Saint-Pierre d'Ottignies pour la cardiologie; ASBL Brussels Heart Center fondée à l'époque où le ministre fédéral de la Santé voulait imposer des quotas en matière d'angioplastie et de chirurgie cardiaque. Le projet est tombé à l'eau mais il va probablement revenir à l'ordre du jour; Ste-Anne St-Rémi est donc équipé pour faire face à l'imposition de quotas dans ces domaines;
- le Chirec pour l'oncologie;

- het laboratorium IPG voor genetica en moleculaire biologie.

Sint-Anna Sint-Remi bevindt zich in het hart van de Brusselse gemeenten met de hoogste demografische groei, in de zone met de minste ziekenhuizen (de grote ziekenhuizen bevinden zich voornamelijk in het zuid-oosten van Brussel).

De Brusselse bevolking zou met 17 % toenemen tegen 2020, d.w.z. met 170.000 inwoners, en is al toegenomen met 130.000 eenheden tussen 1989 en 2009, met name in de gemeenten in het noord-westen van Brussel : Sint-Jans-Molenbeek (30 %), Jette en Koekelberg (20 à 28 %), Anderlecht (17 à 20 %). Dat deel van Brussel moet dus het best uitgerust zijn om te voldoen aan de toenemende behoeften van zijn bevolking, met name inzake materniteiten en pediatrische zorgen.

De kaart met de Brusselse ziekenhuizen toont dat de meeste private ziekenhuizen zich in het zuid-oosten van het gewest bevinden, met uitzondering van Sint-Anna Sint-Remi en het Basiliëk Ziekenhuis. Het was dus nodig de activiteit van die twee ziekenhuizen samen te brengen op eenzelfde site, want de infrastructuur van het Basiliëk Ziekenhuis (76 bedden) bood niet de mogelijkheid tegemoet te komen aan de huidige medische behoeften.

Dat is de doelstelling van het akkoord met Chirec, die zo bijdraagt tot de rationalisering van het Brusselse ziekenhuisaanbod dat voor het ogenblik een capaciteitsoverschot heeft.

Joseph Bracops (240 bedden) en Sint-Pieter zijn de twee openbare ziekenhuizen in de onmiddellijke buurt van de zone die door Sint-Anna Sint-Remi bediend wordt. Als men dus een rationalisering van het ziekenhuisaanbod zou overwegen met de afschaffing van de instellingen die te klein zijn, zou de toekomst van het ziekenhuis Bracops opnieuw in vraag gesteld kunnen worden. In deze hypothese zou Sint-Anna Sint-Remi onontbeerlijk zijn om te voldoen aan de sanitaire behoeften van de zone.

De drie universitaire ziekenhuizen zitten in de rand van het Gewest om patiënten aan te trekken van de Brusselse agglomeratie en de andere landsgedeelten. De rest van het land beschikt echter over ziekenhuizen van kwaliteit en de mensen zijn niet geneigd om naar Brussel te reizen om zich daar te laten verzorgen. Bovendien loopt het verkeer vast in Brussel en in de rand en deze instellingen lijden onder hun slechte geografische ligging – zij bevinden zich niet in het centrum van de dichtbevolkste gemeenten.

De nabijheid tussen ziekenhuis en woonplaats van de patiënt is zeer belangrijk, vooral voor de personen die geen huisarts hebben.

De heer Philippe Close preciseert dat de openbare en private ziekenhuizen patiënten aantrekken binnen een straal van drie kilometer.

- le laboratoire IPG pour la génétique et la biologie moléculaire.

Ste-Anne St-Rémi est situé au cœur des communes bruxelloises qui connaissent la croissance démographique la plus forte, dans la zone où la présence des hôpitaux est la plus faible (les grands hôpitaux sont essentiellement localisés au sud-est de Bruxelles).

La population bruxelloise devrait ainsi croître de 17 % d'ici à 2020, c'est-à-dire de 170.000 habitants, alors qu'elle a déjà progressé de 130.000 unités entre 1989 et 2009, particulièrement dans les communes du nord-ouest de Bruxelles : Molenbeek-Saint-Jean (30 %), Jette et Koekelberg (de 20 à 28 %), Anderlecht (de 17 à 20 %). Cette partie de la Région doit donc être équipée pour répondre aux besoins sanitaires croissants de sa population, notamment en termes de maternités et de soins pédiatriques.

La carte des hôpitaux bruxellois montre que la plupart des hôpitaux privés se trouvent au sud-est de la Région, sauf Ste-Anne St-Rémi et la Clinique de la Basilique. Un regroupement de l'activité de ces deux hôpitaux sur un même site s'imposait car l'infrastructure de la Clinique de la Basilique (76 lits) ne lui permettait pas de faire face aux besoins médicaux actuels.

C'est l'objectif de l'accord passé avec le Chirec, qui contribue à rationaliser l'offre hospitalière bruxelloise, qui souffre actuellement d'un excédent de capacité.

Joseph Bracops (240 lits) et St-Pierre sont les deux hôpitaux publics à proximité immédiate de la zone desservie par Ste-Anne St-Rémi. Ainsi, si une rationalisation de l'offre hospitalière, avec suppression des établissements de taille insuffisante, devait être envisagée, l'avenir de l'hôpital Bracops pourrait être remis en question. Dans cette hypothèse, Ste-Anne St-Rémi serait indispensable pour répondre aux besoins sanitaires de la zone.

Les trois hôpitaux universitaires se sont quant à eux installés en périphérie de la Région pour attirer des patients de l'agglomération bruxelloise et des autres provinces. Le reste du pays dispose toutefois d'hôpitaux de qualité et les personnes sont peu enclines à faire le trajet jusqu'à Bruxelles pour s'y faire soigner. De plus, Bruxelles et sa périphérie sont engorgés et ces établissements souffrent de leur mauvaise situation géographique – ils ne se trouvent pas au cœur des communes les plus densément peuplées.

La proximité entre l'hôpital et le domicile du patient est extrêmement importante, particulièrement pour les personnes qui n'ont pas de médecin généraliste.

M. Philippe Close précise que les hôpitaux, publics et privés, attirent des patients dans un rayon de trois kilomètres.

Mevrouw Elke Roex vindt dat er te veel ziekenhuizen zijn in Brussel voor zo'n kleine oppervlakte. Het probleem is dat veel Brusselaars geen huisarts hebben. Op dat vlak zijn de statistieken van het Gewest slecht. Dat mag toch niet gebruikt worden als argument om meer ziekenhuizen te hebben. Integendeel, het is het percentage van Brusselaars met een huisarts dat verhoogd moet worden.

Het parlementslid voegt eraan toe dat de afstand tussen Erasmus en Bracops of Erasmus en SARE maar drie tot vier metrohaltes is.

De heer Guillebert de Fauconval onderstreept dat het aantal artsen die in Sint-Anna Sint-Remi werken bijna verdubbeld is tussen 2000 en 2011. Over dezelfde periode is het aantal VTE's ook aanzienlijk gestegen (+ 100 VTE's tot een totaal van bijna 400 VTE's).

De spreker preciseert de context waarbinnen het strategisch plan en het bouwplan van het ziekenhuis Sint-Anna Sint-Remi passen :

- de veroudering van de bevolking leidt tot een stijging van de behoeften in de geriatrie, orthopedie en revalidatie;
- de ziekenhuisnormen worden steeds strenger en vereisen grote investeringen : afscheiding van de circuits (volwassenen, kinderen, ambulante patiënten, opgenomen patiënten) en uitbreiding van de dagopnames (chirurgie, oncologie, geriatrie en psychiatrie);
- het tekort aan artsen en verplegend personeel en daarnaast de verplichting om de aantrekkelijkheid van het ziekenhuis te verhogen door interessante arbeidsvoorwaarden aan te bieden (hoogtechnologisch materieel, aangename werkruimte, enz.);
- de hogere eisen die de patiënten stellen inzake informatie over hun pathologieën, comfort (individuele kamers, parking, televisie/internet, voeding, airco, enz.) en de snelheid (afspraak, interventies, enz.);
- het steeds toenemend aantal patiënten op de spoeddiensten (30.000 gevallen per jaar in Sint-Anna Sint-Remi tegen 65.000 in Sint-Lucas, dat driemaal groter is); de spoeddiensten spelen steeds meer een rol als consultatiedienst, want veel Brusselaars hebben geen huisarts;
- de snelle vermindering van de duur van verblijf;
- de uitrustingen worden steeds duurder (de Da Vinci-robot kost twee miljoen euro en het onderhoud 200.000 euro per jaar) waarbij de technologische veroudering steeds sneller gaat;

Mme Elke Roex estime qu'il y a trop d'hôpitaux à Bruxelles, pour une si petite superficie. Le problème est que de nombreux Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste. Sur ce plan, les statistiques régionales sont mauvaises. Il ne faut toutefois pas utiliser cela comme argument pour multiplier les hôpitaux. Au contraire, c'est le pourcentage de Bruxellois ayant un médecin généraliste qu'il convient d'augmenter.

La députée ajoute que la distance entre Erasme et Bracops ou entre Erasme et SARE n'est que de trois ou quatre arrêts de métro.

M. Guillebert de Fauconval souligne que le nombre de médecins pratiquant à Ste-Anne St-Rémi a pratiquement doublé entre 2000 et 2011. Sur la même période, le nombre d'ETP a également augmenté de manière significative (+ 100 ETP pour arriver à près de 400 ETP).

L'orateur précise le contexte dans lequel s'inscrivent le plan stratégique et le plan de construction de la Clinique Ste-Anne St-Rémi :

- le vieillissement de la population entraîne une augmentation des besoins en gériatrie, en orthopédie et en réhabilitation;
- les normes hospitalières sont de plus en plus exigeantes et nécessitent de lourds investissements : séparation des circuits (adultes/enfants, patients ambulants/patients hospitalisés) et développement de l'hospitalisation de jour (chirurgicale, oncologique, gériatrique et psychiatrique);
- la pénurie de médecins et d'infirmières et l'obligation concomitante d'augmenter l'attractivité de la clinique en offrant des conditions de travail satisfaisantes (matériel à la pointe de la technologie, espace de travail agréable, etc.);
- les exigences accrues des patients en matière d'information sur leurs pathologies, de confort (chambres individuelles, parking, télévision/internet, alimentation, climatisation, etc.) et de rapidité (rendez-vous, interventions, etc.);
- la fréquentation de plus en plus élevée des urgences (30.000 passages/an à Ste-Anne St-Rémi contre 65.000 à Saint-Luc, qui est trois fois plus grand); les urgences jouent de plus en plus le rôle de dispensaire car beaucoup de Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste;
- la diminution rapide des durées de séjour;
- les équipements sont de plus en plus onéreux (robot Da Vinci coûte deux millions d'euros et son entretien 200.000 euros par an) avec une obsolescence technologique de plus en plus rapide;

- de noodzaak om voldoende gewicht in de schaal te leggen tegenover steeds machtigere leveranciers;
- de huidige crisis impliceert dat men constant naar besparingen moet zoeken.

Sinds 2007 blijft het aantal klassieke intakes in Sint-Anna Sint-Remi stijgen. Dat is een van de redenen waarom de gestarte werken noodzakelijk waren. Het aantal dagopnames stijgt eveneens sinds enkele jaren (5.500 opnames per jaar). Het aantal gevallen in de spoeddiensten is verdubbeld tussen 2004 en 2011. Er gebeuren 1.200 bevallingen per jaar en de doelstelling is 1.500, wat overeenstemt met de toenemende behoeften van de bevolking op dat vlak. De activiteit van het operatiekwartier (6 zalen) stijgt tot slot ook (8.000 interventies in 2010 en nog meer in 2011).

Op nationaal vlak is de gemiddelde verblijfsduur gedaald van negen dagen tot iets minder dan zes dagen (tussen 1995 en 2010). Sint-Anna Sint-Remi heeft deze tendens met een kleine vertraging gevolgd, maar de curve keert de jongste twee jaar om; deze stijging is misschien het gevolg van ernstiger pathologieën die behandeld worden of van het feit dat de verblijfsduur maximaal verminderd is.

De doelstellingen in het strategisch plan zijn de volgende :

- de minimumgrootte halen die een ziekenhuissite op lange termijn levensvatbaar maakt, met andere woorden 300 verantwoorde bedden (de deskundigen menen dat de ideale grootte van een ziekenhuis tussen 300 en 500 bedden is). Dat is een van de redenen van het akkoord met Chirec want Sint-Anna Sint-Remi beschikt thans over 258 bedden, wat onvoldoende is om met een gerust hart naar de toekomst te kijken;
- het comfort van de patiënten verbeteren : ruimere kamers en meer individuele kamers (de bouw van een nieuwe vleugel van 10.000 m², terwijl het ziekenhuis thans 20.000 m² bestrijkt, impliceert een verbetering van het comfort en geen stijging van het aantal bedden met 50 %);
- betere arbeidsvoorwaarden bieden aan de artsen en het verzorgend personeel : meer consultatielokalen, grotere werkruimtes, enz.;
- de zorgeenheden die samenwerken dicht bij elkaar brengen (orthopedie en revalidatie, materniteit en pediatrie);
- de dagopnames uitbreiden en het operatiekwartier diensgevolge aanpassen (het tempo van de interventies is hoog omdat de operaties minder lang duren, wat een grote beschikbaarheid van de operatiezalen vereist).

De heer Guillebert de Fauconval besluit zijn uiteenzetting met een korte becijferde toelichting van het bouwplan, dat 40 miljoen euro kost :

- la nécessité d'avoir un poids suffisant vis-à-vis des fournisseurs de plus en plus puissants;
- la période d'austérité actuelle implique la recherche constante d'économies.

Depuis 2007, le nombre d'admissions classiques à Ste-Anne St-Rémi ne cesse d'augmenter. C'est une des raisons pour lesquelles les travaux entamés étaient nécessaires. L'hospitalisation de jour est également en hausse depuis plusieurs années (5.500 admissions/an). Le nombre de passages aux urgences a quant à lui doublé entre 2004 et 2011. 1.200 accouchements sont réalisés par an, et l'objectif est d'atteindre le chiffre de 1.500, ce qui correspond aux besoins croissants de la population dans ce domaine. Enfin, l'activité du quartier opératoire (6 salles) croît aussi (8.000 interventions en 2010, et encore plus en 2011).

Au niveau national, la durée moyenne de séjour est passée de neuf jours à un peu moins de six jours entre 1995 et 2010. Ste-Anne St-Rémi a suivi ce mouvement avec un léger retard mais la courbe s'inverse ces deux dernières années; cette augmentation traduit peut-être un alourdissement des pathologies traitées ou le fait que la durée des séjours a été réduite au maximum.

Les objectifs poursuivis par le plan stratégique sont les suivants :

- atteindre la taille minimum pour qu'un site hospitalier soit viable à long terme, soit 300 lits justifiés (les experts estiment que la taille idéale d'un hôpital se situe entre 300 et 500 lits). C'est une des raisons de l'accord avec le Chirec car Ste-Anne St-Rémi dispose actuellement de 258 lits, ce qui est insuffisant pour envisager l'avenir de manière sereine;
- améliorer le confort des patients : chambres plus spacieuses et plus de chambres individuelles (la construction d'une nouvelle aile de 10.000 m², alors que l'hôpital couvre actuellement 20.000 m², implique une amélioration du confort et pas une augmentation de 50 % du nombre de lits);
- offrir de meilleures conditions de travail pour les médecins et le personnel soignant : plus de locaux de consultation, des espaces de travail plus grands, etc.;
- rapprocher des unités de soins qui collaborent ensemble (orthopédie et revalidation, maternité et pédiatrie);
- développer l'hospitalisation de jour et adapter le quartier opératoire en conséquence (le rythme des interventions est élevé car les opérations durent moins longtemps, ce qui nécessite une grande disponibilité des salles d'opération).

M. Guillebert de Fauconval conclut son exposé par une brève présentation chiffrée du plan de construction qui s'élève à 40 millions d'euros :

- renovatie van de pediatrie (de werken zijn onlangs voltooid) : 1.046.524 euro gefinancierd door de FOD Volksgezondheid;
- bouw van 264 parkeerplaatsen, grotendeels onder de grond, voor het personeel, de patiënten en de bezoekers (einde werken gepland voor november 2011) : 5.718.620 euro met eigen middelen;
- bouw van een nieuwe vleugel van 10.000 m² (gebouw 500) die het mogelijk zal maken de medische activiteit van de site van de Basiliek (30 bedden chirurgie-geneeskunde en 24 bedden geriatrie) over te hevelen en de zorgeenheden binnen het ziekenhuis te verhuizen om een beter comfort en betere arbeidsomstandigheden te creëren : 21.707.269 euro waaronder 10.463.000 euro gesubsidieerd door het meerjarenplan. Er zal een aanvraag ingediend worden bij de administratie om de subsidies te herbestemmen voor de bouw van dit gebouw, zonder de toegekende begrotingsenveloppe te overschrijden. Overigens wordt het akkoord van de collegeleden die bevoegd zijn voor het beleid inzake Gezondheid gevraagd om te kunnen anticiperen op sommige verbintenissen, zodat sommige werken sneller kunnen worden uitgevoerd, desnoods door ze te prefinancieren;
- herinrichting van de bestaande oppervlaktes (zodra het gebouw 500 opgetrokken is);
- uitbreiding van het gebouw voor de spoedgevallen na 2015.

I.6.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Elke Roex wijst erop dat Sint-Anna Sint-Remi door de mensen eerder als een sociaal en openbaar ziekenhuis dan als een privéziekenhuis wordt gepercipieerd. SARE heeft niet hetzelfde imago als bijvoorbeeld Edith Cavell. In welke context werkt SARE : in een privécontext of wordt rekening gehouden met de Anderlechtse en Molenbeekse realiteit ?

Wat de materniteit en de pediatrie betreft, zorgt SARE voor een aanvullend zorgaanbod met het andere Anderlechtse ziekenhuis Joseph Bracops, dat geen van beide diensten heeft. Integendeel, er is volgens de spreker een mogelijke concurrentie tussen de toekomstige geriatrische pool van SARE en degene die volgens de plannen van Iris-Zuid in Bracops zou moeten worden uitgebouwd. Profileert SARE zich als concurrent of complement van Bracops ?

De heer Guillebert de Fauconval licht toe dat St-Anna St-Remi (SARE) een privéziekenhuis is en blijft. Het huidige probleem in de Brusselse agglomeratie is zijn te hoge capaciteit aan ziekenhuizen : zij beschikt over 7.500 bedden, terwijl volgens de internationale normen 5.000 bedden zouden volstaan voor de behoeften van de Brusselse bevolking (4 à 4,5 bedden per 1.000 inwoners). Het is dus

- rénovation de la pédiatrie (travaux terminés récemment) : 1.046.524 euros financés par le SPF Santé publique;
- construction de 264 emplacements de parking, en grande partie souterrains, pour le personnel, les patients et les visiteurs (fin des travaux prévue en novembre 2011) : 5.718.620 euros sur fonds propres;
- construction d'une nouvelle aile de 10.000 m² (bâtiment 500) qui permettra de transférer l'activité médicale qui se trouve sur le site de la Basilique (30 lits de chirurgie-médecine et 24 lits de gériatrie) et de déménager des unités de soins à l'intérieur de la clinique de façon à offrir de meilleures conditions de confort et de travail : 21.707.269 euros dont 10.463.000 euros subsidiés par le plan pluriannuel. Une demande sera introduite auprès de l'administration pour réaffecter des subsides à la construction de ce bâtiment, sans dépasser l'enveloppe budgétaire allouée. Par ailleurs, l'accord des membres du Collège compétents pour la politique de la Santé sera sollicité afin de pouvoir anticiper certains engagements de façon à accélérer la réalisation de certains travaux, quitte à devoir les préfinancer;
- réaménagement de surfaces existantes (une fois le bâtiment 500 construit);
- extension du bâtiment des urgences après 2015.

I.6.b. Échange de vues

Mme Elke Roex signale que les gens perçoivent davantage Ste-Anne St-Rémi comme un hôpital social et public que comme une clinique privée. SARE n'a pas la même image que, par exemple, Edith Cavell. Dans quel contexte la clinique SARE opère-t-elle : opère-t-elle dans un contexte privé ou tient-elle compte de la réalité d'Anderlecht et de Molenbeek ?

En ce qui concerne la maternité et la pédiatrie, SARE assure une offre complémentaire à celle de l'autre hôpital anderlechtois, Joseph Bracops, qui ne possède aucun de ces deux services. En revanche, il y a, selon l'oratrice, un risque de concurrence entre le futur pôle gériatrique de SARE et celui qui, d'après les plans d'Iris-Sud, devrait être développé à Bracops. La clinique SARE se profile-t-elle en concurrent ou en complément de Bracops ?

M. Guillebert de Fauconval explique que Ste-Anne St-Rémi est et restera un hôpital privé. Le problème actuel de l'agglomération bruxelloise est sa capacité hospitalière excédentaire : elle dispose de 7.500 lits alors que, selon les normes internationales, 5.000 lits seraient suffisants pour satisfaire les besoins de la population bruxelloise (4 à 4,5 lits par 1.000 habitants). Une rationalisation de l'offre

nodig het aanbod te rationaliseren en dat is wat SARE beoogt door een akkoord te sluiten met Chirec.

De spreker verduidelijkt dat Chirec niet beperkt is tot het Edith Cavell Ziekenhuis en dat de privéziekenhuizen alle soorten patiënten verzorgen. Het akkoord met Chirec zal niets veranderen aan de manier van werken en de patiënten op te vangen en te verzorgen.

Inzake geriatrie zijn de behoeften zo groot dat er geen sprake is van concurrentie op dat vlak. Het is essentieel dat alle ziekenhuizen zich uitrusten om het hoofd te bieden aan de veroudering van de bevolking, waardoor die diensten meer zullen worden gebruikt. Momenteel beschikt St-Anna St-Remi over 24 geriatische bedden op een totaal van 258. Bij de overheveling van de activiteit van het Basiliek Ziekenhuis wordt dat aantal verdubbeld (48 op 318), wat bescheiden blijft. Die verhoging is echter nodig om hoogstaand werk te verrichten. Het is moeilijk geriaters aan te werven en zonder een minimale omvang wordt dat nageoeg onmogelijk.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt of de raming van 5.000 bedden om te voldoen aan de noden van de Brusselse bevolking rekening houdt met de demografische boom in het Gewest.

Het instellen van een numerus clausus voor studies geneeskunde heeft geleid tot een tekort aan artsen en de beslissing moest herzien worden. Dat soort vergissing mag niet opnieuw worden gemaakt bij een eventuele herstructurering van het ziekenhuisaanbod; het aantal bedden verlagen om er vervolgens nieuwe te creëren.

De volksvertegenwoordiger wenst verduidelijkingen over de uitrusting voor medische beeldvorming; zij vraagt met name wat bedoeld wordt met « lijntjes ». De federale overheid heeft beslist slechts een beperkt aantal PET-scans te erkennen voor het gehele grondgebied. Sommige Brusselse ziekenhuizen die een PET-scan bezaten, kunnen hem niet langer gebruiken, wat de wachttijd aanzienlijk verhoogt voor de patiënten (soms tot 3 maanden). Hoe staat het met die kwestie, die ressorteert onder het federale beleid, maar essentieel is voor het zorgaanbod aan de Brusselse bevolking die naar de ziekenhuizen van het Gewest gaat)? En wat met de federale planning inzake NMR?

Tot slot vraagt mevrouw Jacqueline Rousseaux of het bouwplan voorziet in plaatsen voor dagopvang van Alzheimerpatiënten en in structuren voor de diagnose van die ziekte.

De heer Guillebert de Fauconval zegt dat een eventueel masterplan met het oog op de reorganisatie van het aanbod aan ziekenhuizen en het Gewest moet voorzien in een opvangcapaciteit die gebaseerd is op de geraamde Brusselse bevolkingscijfers voor 2020-2030. Het Gewest is momen-

est donc nécessaire et c'est ce à quoi s'attelle SARE en passant un accord avec le Chirec.

L'orateur précise que le Chirec ne se limite pas à la Clinique Edith Cavell et que les hôpitaux privés soignent tous les types de patients. L'accord passé avec le Chirec ne changera en rien la manière de fonctionner, d'accueillir et de soigner les patients.

Les besoins en matière de gériatrie sont tels que la question d'une éventuelle concurrence entre institutions dans ce domaine ne se posera pas. Il est essentiel que tous les hôpitaux s'équipent pour faire face au vieillissement de la population, qui engendrera une augmentation de la consommation de ces services. A l'heure actuelle, Ste-Anne St-Rémi dispose de 24 lits gériatriques sur un total de 258. Avec le transfert de l'activité de la Clinique de la Basilique, ce chiffre sera doublé (48 sur 318), ce qui reste modeste. Cette augmentation est toutefois nécessaire pour atteindre une échelle suffisante pour effectuer du travail de qualité. Il est difficile de recruter des gériatres et sans une taille minimum cela devient quasiment impossible.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait savoir si l'estimation de 5.000 lits nécessaires pour répondre aux besoins de la population bruxelloise tient compte du boom démographique que connaît la Région.

L'instauration d'un numerus clausus pour les études de médecine a conduit à une pénurie de médecins et il a fallu revenir sur cette décision. Il ne faut pas reproduire ce type d'erreur lors d'une éventuelle restructuration de l'offre hospitalière : réduire le nombre de lits pour ensuite devoir en créer de nouveaux.

La députée souhaite recevoir des précisions sur les équipements en imagerie médicale; elle se demande notamment ce qu'on entend par « barrette ». L'autorité fédérale a décidé de ne plus agréer qu'un nombre limité de PET scan sur l'ensemble du territoire, dont 4 à Bruxelles. Certains hôpitaux bruxellois qui possédaient un PET scan ne peuvent plus l'utiliser ce qui accroît sensiblement le délai d'attente des patients (parfois jusqu'à 3 mois). Quel est l'état de cette question qui relève de la politique fédérale mais qui est essentielle pour l'offre de soins à la population bruxelloise (et non bruxelloise qui fréquente les hôpitaux de la Région)? De même, qu'en est-il de la programmation fédérale des RMN?

Mme Jacqueline Rousseaux demande enfin si le plan de construction prévoit des lieux d'accueil de jour pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ainsi que des structures pour diagnostiquer cette pathologie.

M. Guillebert de Fauconval indique qu'un éventuel plan directeur visant à réorganiser l'offre sanitaire dans la Région devra prévoir une capacité d'accueil hospitalière basée sur les chiffres estimés de la population bruxelloise en 2020-2030. La Région est actuellement équipée pour faire

teel uitgerust om het hoofd te bieden aan de toename van de bevolking. Bovendien impliceert een verkorting van de gemiddelde duur van het verblijf van de patiënten een verhoging van de opvangcapaciteit.

De lijntjes zijn receptoren waarmee foto's kunnen worden genomen van het lichaam; zoveel te meer er zijn, zoveel te beter is de kwaliteit van het beeld.

De NMR van SARE is niet meer erkend in het kader van de federale planning omdat het ziekenhuis niet beschikt over het nodige aantal opnamen. Het apparaat wordt echter getolereerd. Volgens de studies van het Federaal Expertisecentrum voor Gezondheidszorg (KCE) zou NMR echter kunnen gebruikt worden in meer situaties dan thans het geval is. Een uitbreiding van de toepassingsgebieden van de NMR kan leiden tot een verhoging in de federale planning en tot een erkenning voor het apparaat van SARE.

De dienst neurologie is in staat tot diagnose van de ziekte van Alzheimer. Het bouwplan voorziet in een geriatrie-dagkliniek waar oudere patiënten met die ziekte beter kunnen worden opgevangen. Bovendien biedt de hybride machine die het ziekenhuis onlangs heeft aangekocht de mogelijkheid niet-invasieve onderzoeken van de hersenen te verrichten en het onderscheid te maken tussen een ziekte die de zenuwen aantast zoals Alzheimer en slechte bloedsomloop in een deel van de hersenen.

Mevrouw Catherine Moureaux wenst te weten hoe oud de gebouwen zijn en wat hun geraamde levensduur is.

De volksvertegenwoordigster stelt vast dat SARE midden in de stad ligt en vraagt zich af hoe het zijn installaties zou kunnen uitbreiden ?

Zij komt terug op het akkoord met Chirec en zegt verbaasd te zijn dat in de door Chirec bezorgde documenten sprake is van fusie, terwijl de heer de Fauconval de zaken anders voorstelt. SARE neemt bedden over van Chirec, maar wat biedt het aan in ruil daarvoor ?

De spreekster wenst te weten welk deel van de artsen al dan niet onder tariefafspraken werkt en vraagt zich tot slot af hoe het ziekenhuis kan overleven op financieel vlak met een niet erkende NMR en dure hoogtechnologische machines ?

De heer Guillebert de Fauconval licht toe dat de gebouwen relatief recent zijn : het oudste gedeelte werd in dienst genomen in 1994 en andere delen werden gebouwd in 2000 en in 2006. Dat is een voordeel ten opzichte van andere ziekenhuizen in de Brusselse agglomeratie.

Het huidige bouwplan is niet gemaakt omdat de gebouwen oud zijn, maar omdat er plaatsgebrek heerst. SARE is een van de enige Brusselse ziekenhuizen die de norm van 70 m² per erkend bed in acht hebben genomen bij de bouw (voortaan is dat 110 m² per erkend bed).

face à l'augmentation de la population. De plus, une diminution de la durée moyenne de séjour des patients implique une augmentation de la capacité d'accueil.

Les barrettes sont des capteurs qui permettent de prendre des photographies du corps; plus grand est leur nombre, meilleure est la qualité de l'image.

La RMN de Ste-Anne St-Rémi n'est plus agréée dans le cadre de la programmation fédérale car l'hôpital ne dispose pas du nombre d'admissions nécessaires; cet appareil est toutefois toléré. Selon des études du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) le recours à la RMN pourrait cependant se faire dans un plus grand nombre de situations qu'à l'heure actuelle. Un élargissement des domaines d'application des RMN pourrait entraîner une augmentation de la programmation fédérale et une reconnaissance de l'appareil de SARE.

Le service de neurologie est en mesure de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer. Le plan de construction prévoit un hôpital de jour gériatrique qui permettra de mieux accueillir les patients âgés qui souffrent de cette maladie. De plus, la machine hybride acquise récemment par la clinique permet de réaliser des examens non invasifs du cerveau et de distinguer une maladie neurodégénérative comme Alzheimer, d'une mauvaise circulation du sang dans une partie du cerveau.

Mme Catherine Moureaux aimerait connaître l'ancienneté des bâtiments et leur durée de vie estimée.

La députée constate que la Clinique Ste-Anne St-Rémi est enclavée dans le tissu urbain. Comment envisager d'éventuelles futures extensions de ses installations ?

Elle revient sur l'accord passé avec le Chirec. Elle est surprise que les documents transmis par le Chirec parlent de fusion alors que M. de Fauconval présente les choses autrement. SARE reprend des lits au Chirec mais que lui offre-il en échange ?

L'oratrice souhaite connaître la proportion de médecins conventionnés/non conventionnés. Elle se demande enfin comment l'hôpital arrive à s'en sortir financièrement avec une RMN non agréée et des machines de pointe coûteuses ?

M. Guillebert de Fauconval explique que les bâtiments sont relativement récents : la partie la plus ancienne a été mise en service en 1994, d'autres parties ont été construites en 2000 et 2006. Il s'agit d'un avantage par rapport à d'autres hôpitaux de l'agglomération bruxelloise.

Le plan de construction actuel n'est pas lié à la vétusté des bâtiments mais au manque de place. Ste-Anne St-Rémi est un des seuls hôpitaux bruxellois à avoir respecté la norme de 70 m² par lit agréé lors de sa construction (cette norme est désormais de 110 m² par lit agréé).

Wat de leeftijd van de installaties betreft, moet een onderscheid worden gemaakt tussen de structuur en het interieur van het gebouw. Een gezonde structuur heeft een levensduur van 30 à 50 jaar, maar het interieur takelt sneller af (bezoek, intense activiteit, enz.) en moet na 20 jaar gerenoveerd worden. Renovatie van het interieur is ook nodig om te voldoen aan de evoluerende normen (grotere kamers, afschaffing van kamers met 4 bedden, enz.).

De spreker heeft zijn presentatie voorbereid voor de akkoorden inzake de fusie met Chirec ondertekend werden, en wilde ze niet bekend maken voor ze bekrachtigd waren. Zodra de bouwwerken gedaan zijn, wordt de activiteit van het Basiliek Ziekenhuis overgebracht naar SARE. Daarvoor is geen enkele tegenprestatie nodig, want SARE wordt geheel opgenomen bij Chirec vanaf 1 november 2011.

De fusie met Chirec werd niet ingegeven door financiële overwegingen; de rekeningen zijn al jaren positief (behalve in 2007 wegens vertraging bij de facturering door computerproblemen). Die fusie heeft geen invloed op de kwaliteit van de dienstverlening aan de patiënten (zelfde zorgen en zelfde honoraria). Het is veeleer een administratieve operatie met het oog op schaalbesparingen en op een verbetering van de financiële situatie van het ziekenhuis.

SARE heeft zich geassocieerd met andere ziekenhuizen om de minimumgrens te bereiken voor de erkenning van NMR (en dus voor terugbetaling door volksgezondheid); dat heeft dus geen invloed gehad op de financiën van het ziekenhuis. De aankoop van een dure hybride machine moet het medisch team de mogelijkheid bieden bij te blijven op technologisch vlak en te streven naar te best mogelijke niet-invasieve diagnose. Toch blijft het niet minder waar dat een klein ziekenhuis zoals SARE moet aanleunen bij een grote groep voor toegang tot alle nodige uitrusting voor moderne en doeltreffende geneeskunde.

De heer Guillebert de Fauconval zegt tot slot dat de meeste artsen niet onder de tariefafspraken vallen.

Mevrouw Fatoumata Sidibe wil graag weten of de gebouwen toegankelijk en aangepast zijn voor mensen met een handicap.

De heer Guillebert de Fauconval antwoordt dat bijzondere aandacht wordt verschaft aan personen met beperkte mobiliteit (ingangen, gangen en kamers zijn aangepast aan hun behoeften).

Mevrouw Fatoumata Sidibe vraagt of sommige kamers specifiek voorbehouden zijn aan personen met een handicap.

De heer Guillebert de Fauconval zegt dat de kamers bestemd zijn voor alle patiënten en allen aangepast zijn aan personen met een handicap (douches zonder randen, voldoende brede deuren).

En ce qui concerne l'âge des installations, il convient de distinguer la structure et l'intérieur du bâtiment. Une structure saine a une durée de vie de trente à cinquante ans. En revanche, l'intérieur décrépite plus rapidement (passage, activité intense, etc.) et doit être rénové après vingt ans. Il faut donc renouveler l'intérieur de l'hôpital, également pour répondre à l'évolution des normes (chambres plus grandes, suppression des chambres à 4 lits, etc.).

L'orateur a préparé sa présentation avant que les accords de fusion avec le Chirec ne soient signés et il ne tenait pas à les dévoiler avant qu'ils ne soient entérinés. Dès que les travaux de construction seront terminés, l'activité de la Clinique de la Basilique sera transférée à Ste-Anne St-Rémi. Ce transfert de lits ne nécessitera aucune contrepartie car SARE fera partie intégrante du Chirec à partir du 1^{er} novembre 2011.

La fusion avec le Chirec n'est pas dictée par des considérations financières. Les comptes sont en positif depuis de nombreuses années (sauf en 2007 à cause de retards dans la facturation dus à des problèmes informatiques). Cette fusion n'influencera pas la qualité du service fourni aux patients (mêmes soins et mêmes honoraires). Il s'agit plus d'une opération administrative pour réaliser des économies d'échelle et consolider la situation financière de la clinique.

Ste-Anne St-Rémi s'est associée à d'autres hôpitaux pour atteindre le seuil minimum à partir duquel une RMN est reconnue, et donc remboursée, par la santé publique; les finances de la clinique n'ont par conséquent pas été affectées. L'achat d'une machine hybride onéreuse vise à permettre à l'équipe médicale de rester à la pointe de la technologie et de continuer à rechercher l'excellence en matière de diagnostic non invasif. Il n'en reste pas moins qu'un petit hôpital comme SARE doit s'adosser à un grand groupe pour avoir accès à tous les équipements nécessaires à la pratique d'une médecine moderne et efficace.

M. Guillebert de Fauconval précise enfin que la majorité des médecins ne sont pas conventionnés.

Mme Fatoumata Sidibe aimerait savoir si les bâtiments sont accessibles et adaptés aux personnes en situation de handicap.

M. Guillebert de Fauconval indique qu'une attention particulière est portée aux personnes à mobilité réduite (entrées, couloirs et chambres adaptés à leurs besoins).

Mme Fatoumata Sidibe demande si certaines chambres sont spécifiquement réservées aux personnes en situation de handicap.

M. Guillebert de Fauconval précise que les chambres sont destinées à tous les patients. Elles sont toutes adaptées pour accueillir des personnes en situation de handicap (douches sans rebords, portes suffisamment larges).

I.7.a. Uiteenzetting van mevrouw Faouzia Hariche, Voorzitter, de heer Etienne Wéry, gedelegeerd bestuurder, en de heer Dirk Thielens, adjunct-gedelegeerd bestuurder, van de Iriskoepelstructuur (vergadering van 22 december 2011)

Voor hun presentatie maken mevrouw Faouzia Hariche en de heren Dirk Thielens en Etienne Wéry gebruik van een reeks slides die als bijlage bij het verslag zal worden gevoegd (cf. bijlage 7).

Mevrouw Faouzia Hariche verstrekt aan de hand van enkele belangrijke datums een kort historisch overzicht van de Iriskoepelstructuur :

- voor 1996 waren de openbare ziekenhuizen departementen van de OCMW's van zes gemeenten (Anderlecht, Brussel, Etterbeek, Elsene, Sint-Gillis en Schaarbeek);
- de ordonnantie van 22 december 1995; oprichting van de Iriskoepelstructuur (hoofdstuk XII bis van de OCMW-wet);
- 01.01.1996 : verzelfstandiging van de negen ziekenhuizen (hoofdstuk XII);
- 1996-2001 : uitwerking van het eerste strategische plan dat voorrang geeft aan de financiële sanering van de ziekenhuizen. Het benadrukt ook dat de ziekenhuizen performant, toegankelijk voor de hele bevolking en dicht bij de Brusselaars moeten blijven en kwaliteitsvolle zorg en opvang moeten aanbieden; al die elementen worden overgenomen in de opeenvolgende strategische plannen;
- 1999 : fusies, overgang van negen naar vijf entiteiten : drie algemene ziekenhuizen (IZZ, Brugmann en Sint-Pieter) en twee monogespecialiseerde ziekenhuizen (Huderf en Bordet);
- 2002-2006 : uitwerking van het tweede strategische plan dat voorrang verleent aan de consolidatie van de ziekenhuizen; de consolidatie was enkel mogelijk uitgaande van het principe dat de strategie en het te voeren beleid moeten worden beslist door het netwerk en niet meer door de lokale entiteiten;
- de ordonnantie van 20 december 2002 : uitbreiding van de bevoegdheid en het maatschappelijk doel van de koepelstructuur en meer mogelijkheden voor Iris om instellingen voor het beheer van gemeenschappelijke aangelegenheden op te richten;
- 2002 : oprichting van Iris-Aankopen (op grond van de ordonnantie van 20 december 2002), een orgaan dat belast wordt met de aankoop van de producten en diensten voor de verschillende ziekenhuizen van het netwerk; sinds 2002 zorgden de gegroepeerde aankopen voor aanzienlijke besparingen (meer dan 30 miljoen euro); deze

I.7.a. Exposé de Mme Faouzia Hariche, Présidente, de M. Etienne Wéry, Administrateur délégué, et de M. Dirk Thielens, Administrateur délégué adjoint, de la structure faïtière Iris (réunion du 22 décembre 2011)

La présentation de Mme Faouzia Hariche, MM. Dirk Thielens et Etienne Wéry s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (cf. annexe 7).

Mme Faouzia Hariche retrace brièvement, en quelques dates-clés, l'historique de la structure faïtière Iris :

- avant 1996, les hôpitaux publics sont des départements des CPAS de six communes (Anderlecht, Bruxelles, Etterbeek, Ixelles, Saint-Gilles, Schaerbeek);
- ordonnance du 22 décembre 1995 : création de la structure faïtière Iris (chapitre XII bis de la loi sur les CPAS);
- 01.01.1996 : autonomisation des neuf hôpitaux (chapitre XII);
- 1996-2001 : élaboration d'un premier plan stratégique qui met la priorité sur l'assainissement financier des hôpitaux. Il souligne également la nécessité pour les hôpitaux de rester performants, accessibles à toute la population, proches des Bruxellois, et d'offrir des soins et un accueil de qualité; tous ces éléments se retrouveront dans les différents plans stratégiques successifs;
- 1999 : fusions → passage de neuf à cinq entités : trois hôpitaux généraux (HIS, Brugmann et Saint-Pierre) et deux hôpitaux mono-spécialisés (Huderf et Bordet);
- 2002-2006 : élaboration d'un deuxième plan stratégique qui accorde la priorité à la consolidation des hôpitaux; cette consolidation n'a été possible qu'en partant du principe que la stratégie et la politique à mener doivent être décidées à l'échelle du réseau et non plus au niveau des entités locales;
- ordonnance du 20 décembre 2002 : extension de la compétence et de l'objet social de la structure faïtière et renforcement de la possibilité laissée à Iris de créer des organismes pour gérer des matières d'intérêt commun;
- 2002 : création d'Iris-Achats (sur la base de l'ordonnance du 20 décembre 2002), organe chargé d'acheter les produits et les services utilisés dans les différents hôpitaux du réseau; depuis 2002, le recours aux achats groupés a permis de réaliser des économies substantielles (plus de 30 millions d'euros); cette association fonctionne avec

vereniging werkt met teams van professionals (comité van aankopers, apothekers, gebruikers, multidisciplinaire experts);

- 2005 : kaderovereenkomst Iris-Brussel-ULB met de bouw van het nieuwe Bordet-ziekenhuis op de Erasmus-site te Anderlecht;
- 2007-2011 : derde strategisch plan dat voorrang geeft aan de uitbouw van het netwerk;
- 2007 : oprichting van Iris-Research om onderzoek te ondersteunen (beurzen, aankoop van materieel, aanwerving van personeel) en te bevorderen (publicaties, colloquia, conferenties) : een kostbaar instrument dat het mogelijk maakt om de kwaliteit van het werk in de ziekenhuizen van het netwerk onder de aandacht te brengen;
- 2011 : oprichting van Iris-Lab.

Het Gewest heeft verschillende keren ingegrepen om de « ziekenhuisgemeenten » financieel te steunen :

- 06.06.1996 : overeenkomsten met het Brussels Gewestelijk Fonds voor de Herfinanciering van de Gemeentelijke Thesaurieën – leningen aan de gemeenten om de tekorten van de ziekenhuizen die van vóór de oprichting van Iris dateren, te dekken;
- 21.03.2003 : overeenkomsten met het Brussels Gewestelijk Fonds voor de Herfinanciering van de Gemeentelijke Thesaurieën – leningen aan de gemeenten om de tussen 1996 en 2002 gecumuleerde tekorten van de ziekenhuizen te dekken;
- 13.02.2003 : gewestelijke ordonnantie – bijzondere subsidies voor de gemeenten om de uitvoering van taken van gemeentelijk belang te financieren (toegekend vanaf 2003).

Het Irisnetwerk streeft bepaalde ambities na. Het wil een ziekenhuisnetwerk zijn dat :

- voor iedereen openstaat en dicht bij de patiënten staat, ook al komen ze van ver;
- innoveert en een ruime waaier van referentieactiviteiten met nationale en internationale uitstraling en van buurtactiviteiten realiseert;
- binnen zijn structuur en met andere partners veelvoudige synergieën opzet;
- ruime academische opdrachten inzake klinisch onderwijs en onderzoek vervult;
- gemeenschappelijke prioriteiten vastlegt ten gunste van elk van zijn componenten.

des équipes de professionnels (comité d'acheteurs, de pharmaciens, d'utilisateurs, d'experts mutidisciplinaires);

- 2005 : convention-cadre Iris-Bruxelles-ULB, avec la construction du new Bordet sur le site d'Erasmus à Anderlecht;
- 2007-2011 : troisième plan stratégique qui donne la priorité au redéploiement du réseau;
- 2007 : création d'Iris-Recherche qui vise à soutenir (bourses, achat de matériel, engagement de personnel) et à promouvoir (publications, colloques, conférences) la recherche ; outil précieux qui permet de montrer la qualité du travail effectué au sein des hôpitaux du réseau;
- 2011 : création d'Iris-Lab.

La Région est intervenue à plusieurs reprises pour soutenir financièrement les communes « hospitalières » :

- 06.06.1996 : conventions avec le Fonds Régional bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales – prêts aux communes pour couvrir les déficits hospitaliers antérieurs à la création d'Iris;
- 21.03.2003 : conventions avec le Fonds Régional bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales – prêts aux communes pour couvrir les déficits hospitaliers accumulés entre 1996 et 2002;
- 13.02.2003 : ordonnance régionale – subventions spéciales aux communes pour financer la réalisation de tâches d'intérêt communal (octroyées à partir de 2003).

Le réseau Iris poursuit certaines ambitions. Il veut être un réseau hospitalier :

- accessible à tous, proche du patient même s'il vient de loin;
- innovant, doté d'activités de référence à rayonnement national et international et d'activités de proximité dans une large gamme;
- qui développe, en son sein et avec d'autres partenaires, de multiples synergies;
- qui assume de larges missions universitaires d'enseignement et de recherche cliniques;
- qui définit des priorités communes, au profit de chacune de ses composantes.

Het Irisnetwerk verdedigt bepaalde waarden :

- de patiënt staat centraal;
- het streeft naar uitmuntendheid;
- het is trots op zijn statuut als openbaar en academisch ziekenhuis;
- de kwaliteit van de samenwerking tussen de personen en instellingen van het netwerk is een prioriteit;
- draagt bij tot het (de) project(en) inzake volksgezondheid in het Brussels Gewest.

Het strategisch plan van het netwerk volgt vier krachtlijnen : algemene krachtlijnen (het zorgaanbod uitbouwen volgens de behoeften van de Brusselse bevolking – efficiëntie van de praktijken – toegankelijkheid voor iedereen met inbegrip van de achtergestelde bevolkingsgroepen), de medische krachtlijnen (fasering van de zorgverstrekking – samenwerking (kwalitatieve verbetering)), de verpleegkundige krachtlijnen (aantrekkelijkheid & binding – aanpassing aan de financiering) en de « supportfuncties » (harmonisering van de reglementen, statuten, praktijken en middelen – homogeen beleid HR & IT).

De heer Dirk Thielens benadrukt dat de activiteiten van het Irisnetwerk constant toenemen, zowel wat de intakes, de One Day Clinic, de ziekenhuisopnamedagen of de bevallingen betreft.

Het Irisnetwerk is :

- de eerste spoeddienst van het land (11 % van de spoedgevallen in België);
- de eerste materniteit van het land (7 % van de geboorten in België, 50 % in Brussel);
- het eerste geïntegreerde ziekenhuisnetwerk van het land (5 % van de algemene ziekenhuisbedden in België).

Tussen 1997 en 2010 :

- is het aantal consultaties verdubbeld;
- is het aantal erkende bedden stabiel gebleven en werden twee ziekenhuizen (Cesar de Paepe en Heizel) overgenomen;
- is het personeel toegenomen met 25 % : het netwerk is een belangrijke werkgever in het Brussels Gewest (meer dan 9.000 werknemers, wat overeenkomt met ongeveer 7.000 VTE's, waarvan 50 % in Brussel woont).

De financiële plannen 2011-2013 tonen een positief brut exploitatieresultaat, wat beantwoordt aan een specifieke eis van het Gewest. Het jaarlijkse omzetcijfer en het jaar-

Le réseau Iris est porteur de certaines valeurs :

- le patient est au cœur des préoccupations;
- la recherche de l'excellence;
- le statut de service hospitalier public et universitaire est une fierté;
- la qualité de la collaboration entre les personnes et les institutions du réseau est une priorité;
- la contribution au(x) projet(s) de santé publique en Région bruxelloise.

Le plan stratégique du réseau définit quatre lignes directrices : générales (développer l'offre de soins en fonction des besoins de la population bruxelloise – efficacité des pratiques – assurer l'accessibilité à tous, y compris aux populations fragilisées), médicales (échelonnement des soins – mises en commun (amélioration qualitative)), infirmières (attractivité & fidélisation – adéquation au financement) et fonctions « supports » (harmonisation des règlements, statuts, pratiques et moyens – politiques homogènes RH & IT).

M. Dirk Thielens souligne la croissance constante de l'activité du réseau Iris, que ce soit au niveau des admissions, des « One Day », des journées d'hospitalisation ou des accouchements.

Le réseau Iris est :

- le 1^{er} service d'urgences du pays (11 % des urgences en Belgique);
- la 1^{re} maternité du pays (7 % des naissances en Belgique, 50 % à Bruxelles);
- le 1^{er} réseau hospitalier intégré du pays (5 % des lits des hôpitaux généraux belges).

Entre 1997 et 2010 :

- le nombre de passages en consultation a doublé;
- le nombre de lits agréés est resté stable et deux hôpitaux ont été repris (César de Paepe et Heysel);
- le personnel a augmenté de 25 % : rôle important d'employeur en Région bruxelloise (plus de 9.000 collaborateurs, ce qui correspond à environ 7.000 ETP, dont 50 % habitent à Bruxelles).

Les plans financiers 2011-2013 montrent un résultat d'exploitation brut positif, ce qui répond à une exigence spécifique de la Région. Le chiffre d'affaires annuel et le

lijkse algemene resultaat bedragen respectievelijk 800 miljoen euro en – 10 miljoen euro.

De gewestelijke subsidie van 10 miljoen euro maakt het dus mogelijk om het evenwicht te bereiken. Het is belangrijk te weten dat het geconsolideerde resultaat de kosten omvat die specifiek zijn voor de taken van gemeentelijk belang die aan de Irisziekenhuizen werden toevertrouwd en waarvan de kosten op 36 miljoen euro per jaar worden geraamd. Indien het Irisnetwerk de integrale financiering van die taken zou verkrijgen, zou het geconsolideerde resultaat 26 miljoen euro bedragen.

De resultatenrekeningen evolueren positief. In 2012 en 2013 zouden de ziekenhuisgemeenten zelfs geen geld meer moeten toestoppen om het tekort van het netwerk te dekken.

De heer Etienne Wéry presenteert bepaalde elementen van de gewestelijke context die de plannen voor de heropbouw van de ziekenhuizen van het Irisnetwerk steunen.

Het Brussels Gewest heeft het grootste armoedecijfer van het land (mediaan inkomen, aantal leefloontrekkers, ...) met een toenemend aandeel (over de laatste tien jaar), dat groter is dan in de overige Gewesten, van de uitgestelde « zorg » en van de directe gevolgen voor de morbiditeits- en mortaliteitsrisico's.

De vijf ziekenhuizen van het Irisnetwerk zijn verdeeld over elf sites die over het hele Brusselse grondgebied liggen. De ziekenhuisgemeenten hebben voor een netwerk met meerdere sites gekozen. Die keuze werd bevestigd door het Verenigd College en de Gewestregering en komt tegemoet aan de eis om zich dicht bij de patiënten te bevinden. De sites liggen :

- in de dichtstbevolkte wijken;
- in de wijken met de laagste inkomens per personenbelastingaangifte (een deel van de patiënten bevindt zich dus in een precaire financiële situatie).

Bepaalde zorgsectoren zouden verder uitgebouwd moeten worden om beter te voorzien in de behoeften van de Brusselse bevolking, in het bijzonder wat de verzorging van bepaalde pathologieën betreft.

Het Irisnetwerk beheert de helft van de erkende bedden in de bicommunautaire algemene ziekenhuizen (45 %). Het heeft zijn zorgaanbod aanzienlijk aangepast om tegemoet te komen aan de behoeften van de Brusselse bevolking. Tussen 1996 en 2001 werd 27 % van de bedden in de heilkunde en chirurgie gesloten, terwijl er andere bedden bijkwamen in de afdelingen revalidatie (+ 72 %), psychiatrie (+ 21 %), neonatologie (+ 17 %), geriatrie (+ 11 %) en materniteit (+ 7 %).

Volgens de demografische prognoses van het BISA zou de Brusselse bevolking tegen 2020 aangroeien met 13 %

résultat global annuel tourment respectivement autour des 800 millions d'euros et – 10 millions d'euros.

La subvention régionale de 10 millions d'euros permet donc d'atteindre l'équilibre. Il est important de savoir que le résultat consolidé inclut les coûts spécifiques aux tâches d'intérêt communal confiées aux hôpitaux Iris estimés à 36 millions d'euros par an. Si le réseau Iris obtenait le financement intégral de ces tâches, le résultat consolidé serait de 26 millions d'euros.

Les résultats des comptes évoluent de manière positive. En 2012 et 2013, les communes hospitalières ne devraient même plus intervenir pour combler le déficit du réseau.

M. Etienne Wéry présente certains éléments du contexte régional qui appuient les projets de reconstruction des hôpitaux du réseau Iris.

La Région bruxelloise présente le plus haut taux de pauvreté du pays (revenu médian, nombre d'allocataires sociaux, ...) avec une proportion croissante (sur les dix dernières années), et plus importante que dans les autres Régions, de soins « postposés » et des conséquences directes en termes de risques de morbidité et de mortalité.

Les cinq hôpitaux du réseau Iris sont répartis en onze sites qui couvrent l'ensemble du territoire bruxellois. Ce choix d'un réseau multi-sites a été souhaité par les communes hospitalières et il a été confirmé par le Collège réuni et le Gouvernement régional; il répond à une exigence de proximité. Ces sites sont situés :

- dans les quartiers les plus peuplés;
- dans les quartiers avec les plus faibles revenus par déclaration IPP (une partie des patients se trouve donc en situation financière précaire).

Certains secteurs de soins doivent être renforcés pour mieux répondre aux besoins de la population bruxelloise, en particulier pour la prise en charge de certaines pathologies.

Le réseau Iris gère la moitié des lits agréés dans les hôpitaux généraux bicommunautaires (54 %). Il a adapté sensiblement son offre de soins pour rencontrer les besoins de la population bruxelloise; entre 1996 et 2011, 27 % des lits de médecine et de chirurgie ont été fermés tandis que d'autres ont été créés en revalidation (+ 72 %), en psychiatrie (+ 21 %), en néonatalogie (+ 17 %), en gériatrie (+ 11 %) et en maternité (+ 7 %).

Selon les projections démographiques de l'IBSA, la population bruxelloise devrait globalement croître de 13 %

(+ 20 % voor de categorie 0-14 jaar en + 9 % voor de categorie 65+). De zorginstellingen moeten zich voorbereiden om die uitdaging aan te nemen door de opnameduur te beheren en de onroerende structuren aan te passen. De bevolking zal vooral in het noordwesten van het Gewest toenemen. De verzorgingsbehoeften van dit gebied zouden moeten worden gedekt met de verdere uitbouw van de ziekenhuizen van het Irisnetwerk tegen 2020, in het bijzonder door de bouw van het nieuwe Bordet-ziekenhuis op de Erasmuscampus.

Na 15 jaar bestaan kan het Irisnetwerk prat gaan op een evenwichtige en stabiele financiële situatie tot het einde van het financieel plan (met inbegrip van de lopende investeringen). De activiteiten van het netwerk zijn in zeer grote mate toegenomen sinds de oprichting en in het bijzonder tijdens de afgelopen jaren. Dat vereist een reflectie over de aanpassing van de infrastructuur en diensten. Elk ziekenhuis van het netwerk heeft zijn bouwproject ontwikkeld. De lopende strategische plannen vereisen aanpassingen van de infrastructuur en de huidige gebouwen op bepaalde sites zijn sterk verouderd. De uitdaging voor de werkgelegenheid in de gezondheidssector en in het Irisnet is van cruciaal belang voor het Gewest. De sociale, ecologische, demografische en epidemiologische uitdagingen vereisen adequate antwoorden van alle actoren van de Brusselse zorgsector, in het bijzonder van de openbare structuren. De projecten van het tijdschema voor de bouwwerken beantwoorden aan een globale logica volgens welke die uitdagingen moeten worden aangenomen en er een adequaat volksgezondheidsbeleid moet worden uitgebouwd.

Om al die redenen is de uitvoering van het bouwschema van vitaal belang voor de voortzetting van de openbare dienstopdrachten waarmee de Irisziekenhuizen zijn belast.

I.7.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Catherine Moureaux vraagt hoe de actieradius van een ziekenhuis wordt berekend.

De heer Etienne Wéry legt uit dat de actieradius van een ziekenhuis wordt bepaald met de adressen waarnaar de facturen voor de zorgverstrekking worden gestuurd.

Mevrouw Viviane Teitelbaum vraagt of het niet beter zou zijn om enkele modelprojecten uit te bouwen in plaats van een derde strategisch Irisplan uit te werken, terwijl de eerste twee nooit echt werden uitgevoerd.

Mevrouw Faouzia Hariche is het daarmee niet eens. De strategische plannen leggen de grote beleidskeuzes vast, die in concrete acties worden omgezet. De vooruitgang sinds de oprichting van de Iriskoepelstructuur bewijst dat deze methode werkt : verbetering van de budgettaire toestand, behoud van een kwaliteitsvolle zorg en uitstraling over de gewestelijke en zelfs nationale grenzen heen.

d'ici à 2020 (+ 20 % pour les 0-14 ans et + 9 % pour les plus de 65 ans). Les institutions de soins doivent se préparer à répondre à ce défi en gérant les durées de séjour et en adaptant les structures immobilières. Cette croissance de la population sera principalement localisée au nord-ouest de la Région; les besoins en santé de cette zone devraient être couverts par le redéploiement des hôpitaux du réseau Iris à l'horizon 2020, et en particulier par la construction du « new Bordet » sur le campus d'Erasmus.

Après 15 ans d'existence, le réseau Iris affiche une situation financière à l'équilibre et stable jusqu'au terme du plan financier (y compris les investissements en cours). L'activité du réseau connaît une croissance très significative depuis sa création et en particulier ces dernières années, ce qui nécessite une réflexion sur l'adaptation des infrastructures et des services; chaque hôpital du réseau a ainsi développé son projet de construction. Les projets stratégiques en cours nécessitent des aménagements d'infrastructures et l'immobilier actuel de certains sites est d'une grande vétusté. L'enjeu en termes d'emplois dans le secteur de la santé, et en particulier à Iris, est crucial pour la Région. Les défis sociaux, écologiques, démographiques et épidémiologiques appellent des réponses adéquates de tous les acteurs du secteur des soins bruxellois, singulièrement des structures publiques. Les projets repris dans le calendrier des constructions s'inscrivent dans une logique globale visant à répondre à ces défis et aux politiques de santé publique.

Pour toutes ces raisons, la mise en œuvre du calendrier des constructions est vitale pour la poursuite des missions de service public confiées aux hôpitaux Iris.

I.7.b. Échange de vues

Mme Catherine Moureaux aimerait savoir comment est calculé le rayonnement d'un hôpital.

M. Etienne Wéry explique que la zone d'attractivité d'un hôpital est déterminée grâce aux adresses de facturation des soins.

Mme Viviane Teitelbaum se demande s'il ne serait pas préférable de développer quelques projets phares plutôt que de lancer un troisième plan stratégique Iris alors que les deux premiers n'ont jamais été réellement appliqués.

Mme Faouzia Hariche ne partage pas ce point de vue. Les plans stratégiques définissent de grandes orientations et ils se traduisent en actions concrètes. Les progrès accomplis depuis la création de la faîtière Iris prouvent que cette méthode fonctionne : amélioration budgétaire, maintien de soins de grande qualité et rayonnement au-delà des frontières régionales, voire nationales.

De uitvoering van die strategische plannen gaat gepaard met problemen, maar er is vooruitgang. Er zijn aldus een reeks concrete realisaties met positieve gevolgen voor de zorgkwaliteit en de financiën van het netwerk : afwerking van het gemeenschappelijke laboratorium – ook al was er tijd nodig om de bij dit project betrokken partners gerust te stellen – oprichting van Iris-Aankopen, enz.

De spreekster blijft dus voorstander van het opstellen van strategische plannen die de grote krachtlijnen van een beleid vastleggen en alle betrokken actoren engageren.

De heer Jacques Morel vraagt op basis van welke parameters de exploitatieresultaten werden omgebogen en men is overgaan van een tekort van 2 miljoen euro in 2011 naar een positief saldo van 1 miljoen euro in 2012 en 2013.

De volksvertegenwoordiger vraagt eveneens welke methode werd gevolgd om die strategische plannen op te stellen en ervoor te zorgen dat ze zowel door het Irisnetwerk als door de verschillende entiteiten aanvaard werden. Hoe zijn de krachtsverhoudingen tussen de verschillende entiteiten en de koepelstructuur ? Wat zijn de termijnen van de strategische plannen ? Worden ze geëvalueerd ?

De heer Etienne Wéry wijst erop dat de verbetering van de financiële situatie verklaard wordt door te werken aan de uitgaven en de ontvangsten. Enerzijds hebben de directie, de artsen, de verpleegkundigen en alle personeelsleden al zes jaar grote inspanningen geleverd om een geheel van diensten te saneren en te rationaliseren. Anderzijds hebben exogene fenomenen zoals een toename van de federale begroting met 4,5 % tijdens de afgelopen vijf jaar het mogelijk gemaakt om de financiën van de ziekenhuizen weer vlot te trekken.

De gewestelijke wetgever heeft het uitstippelen van de strategie toevertrouwd aan de Iriskoepelstructuur. Het is dus deze structuur die de krachtlijnen vaststelt van het beleid dat moet worden gevoerd om de uitdagingen op demografisch vlak en op het vlak van de volksgezondheid waarmee het Gewest wordt geconfronteerd, aan te nemen.

De spreker is het gedeeltelijk eens met wat mevrouw Teitelbaum heeft gezegd. Het is inderdaad ingewikkeld om een strategisch plan uit te voeren. Hij vindt echter dat besprekingen en overeenkomsten vóór de uitwerking van het plan ervoor zouden zorgen dat het gemakkelijker wordt goedgekeurd en toegepast door de verschillende betrokken actoren. De richtlijnen die uit deze strategie voortvloeien, worden vastgesteld door elk ziekenhuis in een plan tot vaststelling van de acties die zullen worden gevoerd om de evolutie van het aantal bedden, de wijziging van activiteiten, enz., te beheren.

Mevrouw Anne Herscovici vraagt waarvoor de 36 miljoen euro voor de uitvoering van de taken van gemeentelijk belang van de ziekenhuizen van de Irisstructuur dienen.

La mise en œuvre de ces plans stratégiques n'est pas exempte de difficultés mais les choses progressent. Une série de réalisations concrètes ont ainsi vu le jour avec des conséquences positives sur la qualité des soins et sur les finances du réseau : finalisation du laboratoire commun – même s'il a fallu prendre le temps de rassurer les partenaires impliqués dans le projet – création d'Iris-Achats, etc.

L'oratrice reste donc favorable à l'établissement de plans stratégiques qui définissent les grands axes d'une politique et qui impliquent tous les acteurs concernés.

M. Jacques Morel aimerait connaître les paramètres qui ont permis d'inverser les résultats d'exploitation et de passer d'un déficit de 2 millions d'euros en 2011 à un solde positif de 1 million d'euros en 2012 et 2013.

Le député s'interroge également sur la méthode utilisée pour élaborer ces plans stratégiques et faire en sorte qu'ils soient le fait du réseau Iris et de ses différentes entités. Comment se jouent les rapports de force entre les différentes entités et la faïtière ? Quelles sont les échéances de ces plans stratégiques ? Font-ils l'objet d'une évaluation ?

M. Etienne Wéry indique que le redressement de la situation financière s'explique par une action sur les dépenses et sur les recettes. D'une part, la direction, les médecins, le corps infirmier et l'ensemble du personnel ont depuis six ans consenti d'importants efforts pour assainir et rationaliser un ensemble de services et de fonctionnement. D'autre part, des phénomènes exogènes comme une croissance de 4,5 % du budget fédéral lors des cinq dernières années, ont permis de traduire la croissance d'activités en croissance de recettes.

Le législateur régional a confié la direction générale de la stratégie à la faïtière Iris; c'est donc cette dernière qui définit les grands axes des politiques à mener afin notamment de répondre au défi démographique et sanitaire auquel la Région doit faire face.

L'orateur rejoint partiellement les propos de Mme Teitelbaum. La mise en œuvre d'un plan stratégique est effectivement compliquée. Il pense toutefois qu'une logique de discussion entre les communes hospitalières et d'accords préalables à l'élaboration de ce plan permettraient qu'il soit approuvé et appliqué plus facilement par les différents acteurs concernés. Les lignes d'action qui découlent de cette stratégie sont édictées par chaque hôpital dans un plan d'établissement qui définit les actions qui seront menées pour gérer les évolutions du nombre de lits, les transferts de lits, les modifications d'activités, etc.

Mme Anne Herscovici aimerait savoir ce que recouvrent les 36 millions d'euros liés aux tâches d'intérêt communal des hôpitaux du réseau Iris.

Ze vraagt eveneens of de koepelstructuur beschikt over een evaluatie van de financiële kosten ten gevolge van het uitstellen van de zorg.

Tot slot vraagt ze wat de verhouding is tussen de Brusselse en niet-Brusselse patiënten van de ziekenhuizen van het Irisnetwerk.

De heer Etienne Wéry legt uit dat de Regering bij de toekenning van de gewestelijke subsidie in 2010 wenste dat er een evaluatie van de kosten van de sociale opdrachten van de Irisziekenhuizen zou worden gemaakt. Deze studie houdt rekening met de elementen die onbetwistbaar verbonden zijn aan het uitvoeren van een openbare dienst en aan de bijzondere opdrachten waarmee de Irisstructuur is belast : specifieke kosten voor het beheer van de koepelstructuur, de opvang van de ziekten van het statutaire personeel na een maand, de verplichte taalpremies en de weddeverhogingen die zijn opgelegd door derden (gewestelijk comité C), de sociale opdrachten van de openbare ziekenhuizen, de financiering van de schuldvorderingen bij de OCMW's (betaling na termijn), het bijzondere type patiënten (per patiënt laat men drie keer meer dan het nationaal gemiddelde schuldvorderingen vallen), het grote aantal sites (beslissing opgelegd door de gemeenten en bevestigd door het Verenigd College en de Gewestregering). De kosten van die specifieke kenmerken, waarvan de lijst niet exhaustief is, worden geraamd op 36 miljoen euro.

De spreker stelt voor om de verhouding tussen het aantal Brusselse en niet-Brusselse patiënten te bezorgen aan de volksvertegenwoordigers. Hij beschikt niet over een financiële evaluatie van de kosten van de uitstel van de zorg.

De heer Pierre Migisha stelt vast dat de ereloonsupplementen die aangerekend worden in de Irisziekenhuizen, hoger zijn dan het nationaal gemiddelde. Hij vraagt of de strategische ontwikkeling van het netwerk een reflectie over dat punt inhoudt, dat zeer belangrijk is, gelet op het soort patiënten van de Irisziekenhuizen.

De heer Etienne Wéry bevestigt dat de ereloonsupplementen die worden aangerekend aan patiënten in een eenpersoonskamer hoog zijn (300 %). Dat geldt echter slechts voor een klein deel van de patiënten van het Irisnetwerk : meer dan een 1/3 van de patiënten leeft onder de armoedegrens, vele patiënten worden om medische redenen in eenpersoonskamers gelegd, maar hebben niet de middelen om supplementen te betalen of hebben geen enkele verzekering. Het percentage patiënten aan wie supplementen kunnen worden aangerekend, is dus zeer laag. Bovendien vertegenwoordigt dat in absolute waarde een uiterst laag aantal personen in vergelijking met andere ziekenhuizen op het Brussels grondgebied waar de supplementen min of meer hetzelfde niveau hebben. Dat is te wijten aan de specifieke situatie van Brussel met zeer arme en zeer rijke gebieden. Het aandeel achtergestelde patiënten met een laag inkomen is in het Irisnet veel groter dan in de andere Brusselse ziekenhuizen. Minder dan 5 % van het omzetcij-

Elle demande également si la faïtière dispose d'une évaluation du coût financier lié au report de soins.

Enfin, elle désire connaître la proportion entre patients bruxellois et non bruxellois qui fréquentent les hôpitaux du réseau Iris.

M. Etienne Wéry explique que lors de l'octroi de la subvention régionale en 2010, le Gouvernement a souhaité qu'une évaluation du coût des missions sociales des hôpitaux Iris soit réalisée. Cette étude tient compte des éléments qui sont indiscutablement propres à l'exercice d'un service public et aux missions particulières qui lui sont confiées : coûts spécifiques liés à la gestion de la faïtière, à la prise en charge des maladies du personnel statuaire après un mois, aux primes linguistiques obligatoires et aux revalorisations salariales imposées par des tiers (comité C régional), aux missions sociales des hôpitaux publics, au financement des créances auprès des CPAS (paiement après délai), à la patientèle particulière (taux d'abandon de créances par patient trois fois plus élevé que la moyenne nationale), aux multisites (décision imposée par les communes et confirmée par le Collège réuni et le Gouvernement régional). Le coût de ces spécificités, dont la liste n'est pas exhaustive, est évalué à 36 millions d'euros.

L'orateur propose de transmettre aux députés la proportion de patients bruxellois et non bruxellois. Il ne dispose pas d'une évaluation financière du coût des reports de soins.

M. Pierre Migisha constate que les suppléments d'honoraires pratiqués dans les hôpitaux Iris sont supérieurs à la moyenne nationale. Il se demande si le développement stratégique du réseau intègre une réflexion sur ce point qui est particulièrement important au regard de la patientèle qui fréquente ses hôpitaux.

M. Etienne Wéry confirme le fait que les suppléments demandés aux patients en chambre individuelle sont élevés (300 %); cela ne concerne toutefois qu'une très petite partie des personnes qui fréquentent le réseau Iris : plus du tiers de la patientèle vit sous le seuil de pauvreté, un nombre élevé de personnes sont placées en chambre seule pour des raisons médicales, n'ont pas les moyens de payer des suppléments ou ne disposent d'aucune assurance. Le pourcentage de patients auxquels des suppléments peuvent être facturés est donc extrêmement faible. De plus, en valeur absolue, cela représente un nombre de personnes ridiculement bas par rapport à d'autres hôpitaux situés sur le territoire bruxellois, qui pratiquent plus ou moins le même taux de suppléments. C'est la situation particulière de Bruxelles avec des poches d'extrême pauvreté et d'extrême richesse. La proportion de patients fragiles et à revenus faibles est beaucoup plus importante dans le réseau Iris que dans les autres institutions bruxelloises. Moins de 5 % du chiffre

fer van de ziekenhuizen van het Irisnetwerk bestaat uit de ereloonsupplementen.

Mevrouw Olivia P'tito verheugt zich over de evenwichtige en stabiele situatie van het Irisnetwerk. Ze vraagt om meer toelichtingen over de openbaredienst opdrachten van de ziekenhuizen van het Irisnetwerk.

De volksvertegenwoordigster veronderstelt dat de koepelstructuur over een leeftijds piramide van het personeel van de ziekenhuizen beschikt en de vervanging van de toekomstige vertrekken actief voorbereidt in samenwerking met Actiris en Brussel-Formation. Naast de cruciale kwestie van de rekrutering van verpleegkundigen zijn andere beroepen noodzakelijk voor de ziekenhuizen, maar die zijn minder bekend en het grote publiek zou het daarvan bewust gemaakt moeten worden.

Tot slot vraagt de spreekster extra informatie over Iris-aankopen. Het regeerakkoord wil de voorrang geven aan gegroepeerde aankopen en de Brusselse besturen zouden dat voorbeeld kunnen volgen.

De heer Etienne Wéry vermeldt dat de leeftijdsstructuur van het personeel een van de voornaamste problemen is waarmee het Irisnet, zoals vele andere medische instellingen, te maken gaat krijgen bij het einde van de babyboom. Daardoor gaat meer dan een kwart van het personeel binnen 5 à 10 jaar met pensioen, en de vervanging ervan gaat niet makkelijk zijn.

De functies waarvoor er te weinig kandidaten zijn (verplegers/verpleegsters, sommige gespecialiseerde dokters) zullen het grootste probleem geven, en er heerst grote concurrentie tussen de instellingen om bepaalde gespecialiseerde dokters aan te trekken. Als alle machtniveaus beslissen om een einde te maken aan de numerus clausus, zouden we over tien jaar moeten beschikken over voldoende dokters in de verschillende specialiteiten om tegemoet te komen aan de behoeften van de Brusselse bevolking.

Een cruciale vraag omtrent de btw moet worden opgelost alvorens de uitbreiding van Iris-aankopen naar andere overheidsactoren in overweging wordt genomen. Aangezien die kwestie gedeeltelijk geregeld is, zijn stappen ondernomen bij de OCMW's van de zes gemeenten met een ziekenhuis. Die logica inzake uitbreiding van de competenties en kennis uit het experiment Iris-aankopen richt zich in een eerste fase tot de rusthuizen, want die instellingen blijven in het overkoepelend activiteitengebied. Niettemin kan overwogen worden die handelswijze uit te breiden tot andere actoren voor sommige aankopen, met name de levering van energie.

Mevrouw Faouzia Hariche preciseert dat de opdracht van Iris inzake openbare dienstverlening omschreven wordt in een rapport dat voorgelegd is aan de raad van bestuur van de koepel en kan worden voorgelegd aan de parlementsleden. Dat rapport bevat een volledige en objectieve studie van de kosten die elk van zijn specifieke taken met zich meebrengt.

d'affaires des hôpitaux du réseau Iris est constitué par les suppléments d'honoraires.

Mme Olivia P'tito se félicite de la situation financière équilibrée et stable du réseau Iris. Elle souhaiterait recevoir plus de précisions sur les missions de service public des hôpitaux du réseau Iris.

La députée suppose que la faïtière dispose d'une pyramide des âges du personnel des hôpitaux et qu'elle prépare activement le remplacement des futurs départs, notamment avec Actiris et Bruxelles-Formation. Au-delà de la question cruciale du recrutement d'infirmières et d'infirmiers, d'autres professions sont indispensables au sein des hôpitaux, elles sont cependant moins connues et il faudrait en faire la publicité auprès du grand public.

Enfin, l'oratrice demande un complément d'informations sur Iris-Achats. L'accord de gouvernement prévoit de privilégier les achats groupés et les administrations bruxelloises pourraient s'inspirer de cette expérience.

M. Etienne Wéry indique que la structure d'âge du personnel est un des problèmes prioritaires du réseau Iris qui sera confronté, comme beaucoup d'institutions de santé, à la fin du baby-boom et à des départs massifs à la pension, plus d'un quart du personnel, à l'horizon de 10 ans. Le remplacement de ces personnes représente un défi considérable.

La difficulté principale se situe au niveau des fonctions en pénurie (infirmiers/infirmières, certains médecins spécialistes). Il existe ainsi une surenchère importante entre les institutions pour attirer certains médecins spécialistes. Si tous les niveaux de pouvoir décident de mettre fin au numerus clausus, on devrait pouvoir disposer d'ici dix ans d'un nombre suffisant de médecins dans les différentes spécialités afin de répondre aux besoins de la population bruxelloise.

Une question cruciale concernant la TVA devait être résolue avant d'envisager le développement d'Iris-Achats pour d'autres acteurs publics. Cette question étant en partie réglée, des démarches ont été entreprises auprès des CPAS des six communes hospitalières. Cette logique d'élargissement des compétences et des connaissances de l'expérience d'Iris-Achats est dirigée dans un premier temps vers les maisons de repos et de soins car ces institutions restent dans le domaine d'expertise d'Iris-Achats. Il est cependant envisageable d'étendre cette pratique à d'autres acteurs pour certains achats, notamment la fourniture énergétique.

Mme Faouzia Hariche précise que la mission de service public d'Iris est définie dans un rapport qui a été présenté au conseil d'administration de la faïtière et qui peut être transmis aux parlementaires. Il s'agit d'une étude exhaustive et objective des coûts engendrés par chacune de ses tâches spécifiques.

I.8.a. Uiteenzetting van de heer Daniel De Mey, directeur-generaal, de heer Jean-Paul Mullier, medisch directeur, en de heer Jean Haubrechts, Hoofd van het departement Werken, van de Irisziekenhuizen Zuid (IZZ)

De heer Daniel De Mey stelt de filosofie van de Irisziekenhuizen Zuid (IZZ) voor : dicht bij de patiënt, ook al komt hij van ver. 77 % van de patiënten komt uit Brussel (46 % is afkomstig van de gemeenten waar de IZZ gevestigd zijn). Mensen van 132 verschillende nationaliteiten werden daar verzorgd.

De IZZ moeten kwaliteitsvolle onthaal en geneeskunde, alsook een aantrekkelijke werkomgeving voor het personeel en de patiënten aanbieden. De infrastructuur speelt een cruciale rol om die doelstellingen te bereiken.

De bouwwerken van de IZZ zijn bijna af. Het laatste blok is het technische blok van het Etterbeek-Elsene ziekenhuis.

De heer Jean Haubrechts presenteert het project voor de bouw van een nieuw medisch-technisch blok in Etterbeek-Elsene. Het ziekenhuis bestaat thans uit vier gebouwen : kamers, onthaal, raadplegingen en het technisch blok (met o.a. de spoeddiensten, intensive care, operatieblok, chirurgisch dagziekenhuis, laboratorium en sterilisatiedienst).

De directie van het ziekenhuis heeft beslist een nieuw gebouw op te trekken voor de diensten die thans in het verouderde technische blok ondergebracht zijn. Naast het nieuwe gebouw bestaat het plan om een functionele verbinding te maken voor het personeel en de patiënten in het nieuwe blok en het blok met kamers, zodat de mensen zich beter kunnen verplaatsen dankzij de toevoeging van een reeks liften voor zieken in een tweede blok.

Dit project wordt verwezenlijkt in samenwerking met het OCMW van Elsene, dat eigenaar is van verscheidene gebouwen in dit blok en dat uitbreidingsplannen heeft die niet mochten gedwarsboomd worden. Het nieuwe blok zal zich op de externe parking bevinden, achter het ziekenhuis, de enige beschikbare plaats. Er is geen probleem met de andere bewoners van de wijk, want er is geen vis-à-vis en dankzij die keuze blijft een makkelijke toegang naar het ziekenhuis en naar de rest van de buurt mogelijk.

Het plan is de logistieke ruimtes te behouden, enkele bureaus in te richten, alsook een gemeentelijk kinderdagverblijf op niveau –1, de verplaatsingen van patiënten in het ziekenhuis te vergemakkelijken, met name door het One Day chirurgisch ziekenhuis dicht bij de hoofdingang te brengen door de intensieve zorgen dicht bij de spoeddienst te brengen, die een redelijk gelijksoortige activiteit heeft. Het operatieblok en de dienst sterilisatie daarentegen komen in zones die minder toegankelijk zijn voor het publiek. Op niveau –2 komt een parking.

I.8.a. Exposé de M. Daniel De Mey, Directeur général, de M. Jean-Paul Mullier, Directeur médical, et de M. Jean Haubrechts, Chef du département des travaux, des Hôpitaux Iris Sud (HIS)

M. Daniel De Mey présente la philosophie des hôpitaux Iris Sud (HIS) : la proximité avec le patient, même s'il vient de loin. 77 % des patients viennent de l'extérieur de Bruxelles (46 % sont originaires des communes où les HIS sont établis). Des patients de 132 nationalités différentes y ont été soignés.

Les HIS doivent offrir un accueil et des soins médicaux de qualité, ainsi qu'un environnement de travail attrayant pour le personnel et les patients. L'infrastructure joue un rôle crucial dans la réalisation de ces objectifs.

Les travaux de construction des HIS sont presque terminés. Le dernier volet est le bloc technique de l'hôpital d'Etterbeek-Ixelles.

M. Jean Haubrechts présente le projet de construction d'un nouveau bloc médico-technique sur le site Etterbeek-Ixelles. L'hôpital est actuellement composé de quatre bâtiments : le bloc d'hébergement, le bloc d'accueil, le bloc de consultations et le bloc technique (lequel abrite notamment les urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire, l'hôpital chirurgical de jour, le laboratoire et le service de stérilisation).

La direction de l'hôpital a décidé de construire un nouveau bâtiment afin d'y loger les services présents dans le bloc technique devenu obsolète. Outre cette nouvelle construction, le projet vise à créer une liaison fonctionnelle destinée à la circulation du personnel et des patients alités entre le nouveau bloc et le bloc d'hébergement ainsi qu'à améliorer les flux de circulation par l'ajout d'une batterie de monte-malades dans un volume secondaire.

Ce projet est réalisé en collaboration avec le CPAS d'Ixelles qui est propriétaire de plusieurs bâtiments sur cet îlot et qui a des projets de développement qu'il ne fallait pas contrecarrer. Le nouveau bloc se situera sur le parking extérieur, à l'arrière de l'hôpital, qui est le seul espace disponible; aucun problème d'implantation ne se pose avec les autres résidents du quartier car il n'y a pas de vis-à-vis et ce choix permet d'optimiser les flux de circulation et de conserver un accès aisé tant vers l'hôpital que vers le reste du quartier.

Il est prévu de maintenir des locaux de logistique, de placer quelques bureaux et de créer un crèche communale au niveau –1, de simplifier la circulation des patients dans l'hôpital, notamment en rapprochant la clinique One Day chirurgicale de l'entrée principale et en regroupant les soins intensifs près des urgences qui ont une activité relativement semblable. Le quartier opératoire et la stérilisation seront quant à eux localisés dans des zones moins accessibles au public. Le niveau –2 sera occupé par un parking.

De heer Jean-Paul Mullier beschrijft het project en licht toe dat het moet tegemoet komen aan de medische vereisten, steriliteit moet waarborgen en een oplossing moet bieden voor de verplaatsingsproblemen van de patiënten, het personeel en het materieel.

Niveau +1 zal gebruikt worden door een eenheid intensieve zorgen – met acht (of negen) kamers die uitgerust zijn met een isolatiesas en sanitaire voorzieningen – met een centrale help desk van waar het verplegend personeel toezicht kan houden over alle gehospitaliseerde patiënten. De dienstingang bevindt zich op het niveau van de spoeddienst, via een gang naar de raadplegingen.

Aan de voorzijde van die eenheid bevindt zich de vestiaire van de leden van het verplegend en medisch personeel die in het operatieblok werken (niveau +2) en in de One Day chirurgie (niveau 0 in de dageenheid). Via trappen kunnen zij rechtstreekse naar de operatiezalen, zonder via de gangen van het ziekenhuis te moeten gaan, zodat externe personen niet binnen kunnen.

De endoscopische activiteit is samengebracht in drie zalen aan de voorzijde van de dageenheid op niveau 0. Het gaat over een departement gastro-enterologie voor ambulante zorgen, endoscopie (onder narcose), met gewone en afzonderlijke ingangen.

Aan de achterzijde van de dienst endoscopie bevindt zich de eenheid voor chirurgische dagopname. De patiënt wordt onthaald bij de desk, gaat vervolgens naar de wachtkamer waar hij naar gelang van zijn ziekte in een zetel, een box of een kamer wordt geïnstalleerd, alvorens te worden overgebracht naar een van de drie operatiezalen of naar de zaal voor operatieve endoscopie.

De opgenomen patiënten hebben toegang tot de dageenheid chirurgie via de liften aan de achterzijde. Dat biedt een oplossing voor het probleem van het verkeer en de ontmoeting tussen de gehospitaliseerde en ambulante patiënten.

Het vervoer van de patiënten naar het operatieblok gebeurt via een functionele verbindinggang op de huidige voorgevel van het gebouw; zo kunnen zij van het opnameblok naar het technisch blok gaan zonder de ambulante patiënten tegen te komen.

Niveau +2 biedt onderdak aan het operatieblok, waartoe het personeel toegang heeft via trappen vanuit de kleedkamer. De patiënten daarentegen komen via de functionele verbinding in een transferzaal terecht, waar zij van hun ziekenhuisbed naar de operatietafel vertrekken. Hun bed wordt schoongemaakt en gedesinfecteerd in een andere zaal alvorens naar de ontwaakzaal te worden gebracht waar zij het terugkrijgen. Dat blok omvat vijf operatiezalen, de meest steriele ervan zijn het verst verwijderd van het patiëntencircuit.

M. Jean-Paul Mullier décrit le projet et explique qu'il devait répondre aux contraintes médicales, garantir la stérilité ainsi que résoudre les problèmes de circulation des patients, du personnel et du matériel.

Le niveau +1 sera occupé par une unité de soins intensifs – de huit (voire neuf) chambres équipées d'un sas d'isolement et de sanitaires – avec un desk central à partir duquel le personnel infirmier pourra surveiller l'ensemble des patients hospitalisés. L'entrée de ce service est située au niveau des urgences et se fait par le couloir qui conduit aux consultations.

A l'avant de cette unité se trouve le vestiaire des membres du personnel infirmier et médical qui travaillent au bloc opératoire (niveau +2) et à la One Day chirurgicale (niveau 0 dans l'unité de jour). Des escaliers leur permettent d'accéder directement aux salles d'opération sans devoir passer dans les couloirs de l'hôpital et empêchent ainsi l'entrée dans cet espace de personnes extérieures au service.

L'activité endoscopique est regroupée dans trois salles à l'avant de l'unité de jour au niveau 0. Il s'agit d'un département de gastro-entérologie à la fois ambulatoire, d'endoscopie et d'endoscopie sous narcose, avec des accès simples et séparés.

A l'arrière du service d'endoscopie se trouve l'unité d'hospitalisation chirurgicale de jour. Le patient est accueilli au niveau du desk, il passe ensuite dans la salle d'attente où, selon sa pathologie, il est installé dans un fauteuil, un box ou une chambre, avant d'être transféré vers une des trois salles d'opération ou vers la salle d'endoscopie opératoire.

Les patients hospitalisés accèdent à l'unité de jour chirurgicale par les ascenseurs situés à l'arrière. Cela résout le problème de la circulation et de la rencontre des patients hospitalisés et des patients ambulatoires.

Le transport des patients vers le quartier opératoire se fait par un couloir de liaison fonctionnelle construit en double peau sur la façade actuelle du bâtiment; ces derniers peuvent ainsi aller du bloc d'hospitalisation au bloc technique sans croiser la patientèle ambulatoire.

Le niveau +2 abrite le quartier opératoire auquel accède le personnel par des escaliers venant du vestiaire. En revanche, les patients arrivent par la liaison fonctionnelle dans une salle de transfert où ils quittent leur lit d'hospitalisation pour la table d'opération et sont ensuite conduits dans la salle d'opération. Leur lit est nettoyé et désinfecté dans une autre salle avant d'être transporté dans la salle de réveil où les patients le récupéreront. Ce quartier comporte cinq salles d'opération, les plus stériles sont les plus éloignées du circuit du patient.

Om te voorkomen dat er te veel stocks zijn, voorziet het project in een centrale stock voor het biomedisch materiaal en een andere voor het steriel materiaal.

Het vervoer van het materiaal is een andere bekommernis; na de ingreep wordt het vuile materiaal meteen naar de stortplaats gebracht (niveau –1) via de speciaal daartoe bestemde lift, terwijl het te steriliseren materiaal naar de hogere verdieping gaat (niveau +3), waar het in de vaatwasmachines gaat alvorens verpakt te worden en opgeslagen te worden in de opslagruimte, vanwaar het naar de operatieblokken en de intensieve zorgen wordt gestuurd via de schone lift.

De spoeddienst daarentegen blijft in het oude gebouw, maar de dienst wordt volledig aangepast en vergroot om het hoofd te kunnen bieden aan de toename van het werk en uitgerust te worden met een betere dienst « voorlopige opname », die in verbinding staat met de nieuwe eenheid intensieve zorgen. De andere ruimtes worden heringedeeld om onderdak te bieden aan dialyse, die zijn huidige plaats moet verlaten, raadplegingen, die moeten uitgebreid worden om tegemoet te komen aan de toename van het werk, of kantoren.

De heer Jean Haubrechts voegt daaraan toe dat het project ervoor zorgt dat er zoveel mogelijk groen komt in de wijk en dat een opmerkelijke kastanjeboom behouden blijft. Het gebouw is toegankelijk voor de bezoekers van het mortuarium, het personeel, de leveranciers, het ruimen van afval, de brandweer en het kinderdagverblijf.

Na de werken zou het ziekenhuis hetzelfde aantal parkeerplaatsen moeten hebben als voorheen.

Tot slot zorgt het project voor de optimalisatie van de energieprestaties van het nieuwe gebouw. Zo worden verscheidene maatregelen ten uitvoer gelegd om energie te besparen: cogeneratie voor het nieuwe blok en voor een deel van de reeds bestaande installaties, isolatie van de enveloppen van het nieuwe gebouw om het energieverlies en het risico op oververhitting in de zomer te beperken, systemen voor opsporing en temporisatie voor de verlichting (met name in de zones waar gereden wordt), enz.

I.8.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Catherine Moureaux benadrukt de parkeerproblemen in de wijk. Zij verbaast zich dus erover dat het aantal parkeerplaatsen stabiel blijft, terwijl de activiteit van het ziekenhuis en het medisch personeel gaat toenemen.

De heer Jean Haubrechts legt uit dat de door het BIM verstrekte milieuvergunning een bepaald aantal parkeerplaatsen toelaat. Die parking is voornamelijk bestemd voor het personeel, wat de mogelijkheid biedt de capaciteit ervan te beperken. Bovendien werd al voorzien in 123 nieuwe plaatsen in het gebouw dat in 2010 werd ingehuldigd.

Afin d'éviter la multiplication des stocks, le projet prévoit un stock central pour le matériel bio-médical et un autre pour le matériel stérile.

La circulation du matériel était également une préoccupation: après l'intervention, le matériel sale est conduit directement à la déchetterie (niveau –1) par l'ascenseur sale tandis que le matériel à stériliser rejoint l'étage supérieur (niveau +3) où il passe dans les lave-vaisselles de la salle de nettoyage avant d'être conditionné et d'être entreposé dans la salle de stockage d'où il sera envoyé vers les quartiers opératoires et les soins intensifs par l'ascenseur propre.

Les urgences resteront quant à elles dans l'ancien bâtiment mais le service subira un reconditionnement complet ainsi qu'un agrandissement pour faire face à la hausse de l'activité et afin d'être équipé d'un service « hospitalisation provisoire » plus adéquat, en relation avec la nouvelle unité de soins intensifs. Les autres surfaces seront réaffectées pour accueillir la dialyse, qui doit quitter son emplacement actuel, les consultations, qui doivent être étendues pour répondre à l'augmentation de l'activité, ou encore des bureaux.

M. Jean Haubrechts ajoute que le projet veille à maintenir un maximum de verdure dans le quartier et à préserver un marronnier qualifié de remarquable. Le bâtiment est accessible pour les visiteurs de la morgue, le personnel, les fournisseurs, l'évacuation des déchets, le service d'incendie et la crèche.

Après les travaux, l'hôpital devrait disposer du même nombre d'emplacements de parking que précédemment.

Enfin, le projet veille à optimiser les performances énergétiques du nouveau bâtiment. Plusieurs mesures d'économie d'énergie seront ainsi mises en œuvre: cogénération pour alimenter le nouveau bloc ainsi qu'une partie des installations déjà existantes, isolation de l'enveloppe du nouveau bâtiment afin de limiter les pertes d'énergie et les risques de surchauffe en été, systèmes de détection et de temporisation au niveau de l'éclairage (notamment dans les zones de circulation), etc.

I.8.b. Échange de vues

Mme Catherine Moureaux souligne les difficultés de parking que connaît ce quartier. Elle s'étonne donc que le nombre de places de parking reste stable alors que l'activité de l'hôpital et le personnel médical vont augmenter.

M. Jean Haubrechts explique que le permis d'environnement délivré par l'IBGE autorise un certain nombre de places de parking. Ce parking est principalement destiné au personnel, ce qui permettrait d'en limiter la capacité. De plus, 123 nouvelles places ont déjà été intégrées au bâtiment d'accueil inauguré en 2010.

Mevrouw Gisèle Mandaila vraagt of het aantal operatiezalen gaat toenemen in het nieuwe gebouw, en wenst tevens de verdeling te kennen tussen klassieke operaties en « One Day » operaties.

Tot slot wil de volksvertegenwoordigster verduidelijken over de samenwerking tussen het ziekenhuis en de gemeente Elsene inzake het kinderdagverblijf. Worden plaatsen voorbehouden voor de buurtbewoners ?

De heer Jean-Paul Mullier verduidelijkt dat het aantal operatiezalen identiek blijft; de inrichting ervan wordt echter geoptimaliseerd, wat een beter gebruik moet mogelijk maken. Hetzelfde geldt voor de One Day chirurgie. Het operatiewerk moet er dus op vooruitgaan, hoewel het aantal operatiezalen hetzelfde blijft.

De heer Daniel De Mey legt uit dat de IZZ besprekingen voeren met de gemeente Elsene om ervoor te zorgen dat plaatsen in het kinderdagverblijf voorbehouden worden aan buurtbewoners.

I.9.a. Uiteenzetting van mevrouw Patrice Buyck, Directeur-generaal, van het UMC Sint-Pieter

De presentatie van mevrouw Patrice Buyck steunt op een reeks overhead sheets die als bijlage gaan (*cf. bijlage 8*).

Mevrouw Patrice Buyck geeft enkele cijfers inzake het UMC Sint-Pieter :

- twee sites : Hallepoort en César De Paepe;
- 509 bedden (639 bedden in 2014);
- 18.889 opnames;
- 17.686 dagopnames;
- 80.756 opnames bij de spoeddiensten;
- 366.722 raadplegingen;
- 207.532.625 euro zakencijfer;
- 1.855 VTE, d.w.z. meer dan 2.000 personeelsleden.

Het UMC Sint-Pieter heeft vele ambities :

- de openbare aard behouden door diverse activiteiten vanuit de spoeddienst, de eerste lijn tot referentie op sommige gebieden;
- de twee sites, Hallepoort en César de Paepe, optimaliseren op het vlak van het aanbod aan zorgen aan de bevolking (acuut vs. chronisch);

Mme Gisèle Mandaila demande si le nombre de salles d'opération va augmenter avec le nouveau bâtiment. Elle aimerait également connaître la répartition entre opérations classiques et opérations en « One Day ».

Enfin, la députée souhaite recevoir des précisions sur la collaboration entre HIS et la commune d'Ixelles concernant le projet de crèche. Des places seront-elles réservées aux habitants du quartier ?

M. Jean-Paul Mullier précise que le nombre de salles d'opération reste identique; leur disposition sera toutefois optimisée, ce qui devrait permettre une meilleure utilisation de celles-ci. Il en va de même pour la One Day chirurgicale. L'activité opératoire devrait donc pouvoir progresser bien que le nombre de salles d'opération reste constant.

M. Daniel De Mey explique que HIS est en discussion avec la commune d'Ixelles afin de veiller à ce que des places de la crèche soient réservées aux habitants du quartier.

I.9.a. Exposé de Mme Patrice Buyck, Directeur général, du CHU Saint-Pierre

La présentation de Mme Patrice Buyck s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 8*).

Mme Patrice Buyck présente le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) St-Pierre en quelques chiffres :

- deux sites, Porte de Hal et César De Paepe;
- 509 lits (639 lits en 2014);
- 18.889 admissions;
- 17.686 passages en hôpital de jour;
- 80.756 passages aux urgences;
- 366.722 consultations;
- 207.532.625 euros de chiffre d'affaires;
- 1.855 ETP soit plus de 2.000 membres du personnel.

Les ambitions du CHU St-Pierre sont multiples :

- préserver le caractère public avec des activités diversifiées depuis les urgences, la 1^{re} ligne jusqu'à la référence dans certains domaines;
- optimiser les deux sites, Porte de Hal et César De Paepe, en termes d'offre de soins à la population (aigu vs chronique);

- een centrale actor blijven in het gewestelijk netwerk, ter aanvulling van zijn partners;
- een aantrekkelijke en verantwoordelijke werkgever blijven;
- zijn universitair karakter behouden via onderwijs en onderzoek.

Het UMC Sint-Pieter is een algemeen ziekenhuis dat als referentie geldt voor :

- een dienst besmettelijke ziekten met nationale én internationale faam (30 bedden – 50 % van het land);
- een sterk ontwikkelde dienst moeder-kind;
- de grootste spoeddienst van het land;
- referentie voor het netwerk inzake oogziekten en oogoperaties;
- spits inzake ORL voor binnenoorprothese en oncologische chirurgie aan het gezicht;
- referentie op het vlak van pneumologie;
- stomatologie, enz.

De bouwplannen voor de twee sites hebben tot doel de in 1991 gestarte bouw af te werken, op grond van de huidige ziekenhuisplanning, het gebouw van César de Paepe aan te passen aan de normen voor revalidatiebedden (Pachéco) en het gebouw voor het Iris-lab te verwezenlijken.

De site Hallepoort bestaat sedert 1174, werd een eerste keer heropgebouwd in 1849, een tweede keer in 1935 en de derde heropbouw was gepland in 1988 (het bericht inzake de toekenning van de subsidie voor de heropbouw dateert van 1987). In 1990 werd beslist tot de heropbouw van de zorgenheid : de eerste steen van gebouw 600 werd in 1993 gelegd. Gebouw 100 opende de deuren in 1994, gebouw 600 in 1996 en gebouw 300 in 1999. De afbraakwerken om het laatste gebouw te voltooien gingen in 2006 van start.

De spreekster presenteert een plan van de site waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de oude en de nieuwe gebouwen en benadrukt dat de werken konden uitgevoerd worden zonder de activiteiten van het ziekenhuis te onderbreken. Thans is de laatste fase van de werken aan de gang (fase III) aan gebouw 550 (Irislab) en 500 (parking, logistiek, operatieblokken, bedden voor de materniteit, pediatrie en psychiatrie).

Het operatieblok werd herontworpen om rekening te houden met de evolutie van klassieke hospitalisatie naar dagopname. Thans bestaan er afzonderlijke plekken om te

- demeurer un acteur central du réseau régional, complémentaire à ses partenaires;
- rester un employeur attractif et responsable;
- maintenir son caractère universitaire au travers de l'enseignement et de la recherche.

Le CHU St-Pierre est un hôpital général avec des activités de référence :

- un service de maladies infectieuses de référence nationale et internationale (30 lits L – 50 % du pays);
- un secteur mère-enfant fort développé;
- le plus grand service d'urgences du pays;
- la prise en charge des pathologies oculaires médicales et une activité chirurgicale ophtalmologique de référence pour le réseau;
- une activité ORL de pointe pour les implants cochléaires et la chirurgie oncologique maxillo-faciale;
- un service de pneumologie de référence;
- la stomatologie, etc.

Les projets de construction sur les deux sites visent à terminer la construction débutée en 1991, en fonction de la programmation hospitalière actuelle, à adapter et à mettre aux normes le bâtiment César De Paepe pour l'hébergement des lits de revalidation (Pachéco) et enfin à réaliser le bâtiment qui hébergera Iris-Lab.

Le site de la Porte de Hal existe depuis 1174. La 1^{re} reconstruction a eu lieu en 1849, la 2^e en 1935 et la 3^e a été programmée en 1988 (la dépêche octroyant le subsidie à la reconstruction date de 1987). En 1990, il a été décidé de reconstruire l'unité de soins; la 1^{re} pierre du bâtiment 600 a été posée en 1993. Le bâtiment 100 a ouvert ses portes en 1994, le bâtiment 600 en 1996 et le bâtiment 300 en 1999. En 2006 ont débuté les travaux de démolition pour finaliser le dernier bâtiment.

L'oratrice présente un plan du site distinguant les anciens bâtiments des nouveaux. Elle souligne le fait que ces travaux ont été réalisés sans avoir dû arrêter l'activité de l'hôpital. Les travaux se trouvent dans leur dernière phase (phase III) qui concerne les bâtiments 550 (Iris-Lab) et 500 (parking, logistique, quartiers opératoires, lits d'hospitalisation de la maternité, de la pédiatrie et de la psychiatrie).

Le quartier opératoire a été repensé pour tenir compte de l'évolution de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour. Actuellement, il existe des lieux distincts pour

patiënt te onthalen en naar het operatieblok te brengen. In het toekomstige gebouw is er nagenoeg geen vervoer van de patiënt meer : hij wordt onthaald vlak bij het operatieblok en krijgt enkel een bed na de operatie. Het aantal operatiezalen wordt overigens verhoogd tot 15 tegen 2014.

Het is de bedoeling de werken aan het laatste gebouw te voltooien in 2013. De ruwbouw is af, de installatie van de elektriciteit en de medische en sanitaire vloeistoffen is aan de gang, alsook de overheidsopdrachten voor de afwerking en de omgeving.

Het OCMW van de stad Brussel heeft dit jaar het gebouw van César De Paepe aangekocht, dat onderdak zal bieden aan 120 bedden van Pachéco in 2014. De ambulante activiteit wordt samengebracht op niveau 0, +1, +2, +3 en de eenheden worden aangepast aan de G- en Sp-norm van de wetgeving inzake brandbescherming en inzake de liften en de speciale technieken. Het gebouw krijgt een garage en technische ruimtes in de kelderverdieping, drie plateaus voor raadplegingen en 4 verdiepingen voor zorgen, nog een verdieping voor een kinderdagverblijf en een laatste voor kinesitherapie en het geriatriesch dagziekenhuis.

De doelstellingen van het programma voor de heropbouw van de sites Hallepoort en César De Paepe zijn de volgende :

- de gebouwen aanpassen aan de strategie van het UMC :
 - Hallepoort : acute gevallen (519 bedden);
 - César De Paepe : site voor revalidatie (120 bedden) en ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in een bepaalde ziekte;
- zorgen voor hoge kwaliteit op grond van het werkvolume per dag :
 - 75 klassieke opnames;
 - 70 dagopnames;
 - 1.466 raadplegingen per dag;
- veiligheid en normen inzake hygiëne in acht nemen;
- de uitdagingen inzake volksgezondheid te Brussel oplossen :
 - door een algemeen ziekenhuis in de buurt te behouden in het Brussels Gewest;
 - door een ruime waaier van hoogstaande zorgen voor te stellen, die toegankelijk zijn voor iedereen, zoals de spoeddienst (322 patiënten/dag), departement moeder-kind (12 bevallingen/dag), geriatrie afdeling, enz.;
- reorganisatie van het operatieblok om innovatie en vlot verkeer van de patiënten te waarborgen :
 - via aanpassingen van de plaats aan de optimalisatie en de nagestreefde prestatie voor het chirurgisch werk;
 - via de verhoging van de capaciteit van het blok;

accueillir le patient et le conduire au quartier opératoire. Dans le futur bâtiment, le transport du patient sera pratiquement supprimé : il sera accueilli près du quartier opératoire et ce n'est qu'à la sortie de celui-ci qu'il sera mis au lit. Par ailleurs, le nombre de salles d'opération va augmenter pour atteindre le chiffre de 15 en 2014.

L'objectif est de terminer les travaux du dernier bâtiment en 2013. Le gros œuvre est fini, l'installation de l'électricité et des fluides médicaux et sanitaires est en cours, de même que les marchés publics relatifs aux travaux de parachèvement et des abords.

Le CPAS de la ville de Bruxelles a acheté cette année le bâtiment César De Paepe qui accueillera 120 lits de Pachéco en 2014. L'activité ambulatoire va être regroupée sur les niveaux 0, +1, +2, +3 et il sera procédé à la mise en conformité des unités de soins aux normes G et Sp, de la législation en matière de protection contre l'incendie ainsi que des ascenseurs et des techniques spéciales. Le bâtiment aura un garage et des locaux techniques au sous-sol, trois plateaux de consultations et quatre étages hébergeront des unités de soins, un autre sera occupé par une crèche et un dernier par la kinésithérapie et par l'hôpital de jour gériatrique.

Les objectifs du programme de reconstruction des sites de la Porte de Hal et César De Paepe sont les suivants :

- adapter les bâtiments à la stratégie du CHU :
 - Porte de Hal : site aigu (519 lits);
 - César De Paepe : site de revalidation (120 lits) et cliniques spécialisées autour d'une pathologie;
- assurer un haut niveau de qualité en fonction du volume d'activité par jour :
 - 75 admissions classiques;
 - 70 admissions en hospitalisation de jour;
 - 1.466 consultations par jour;
- respecter la sécurité et les normes d'hygiène;
- relever les défis de la santé publique à Bruxelles :
 - en maintenant un hôpital général de proximité dans la Région bruxelloise;
 - en proposant un large éventail de soins de qualité, accessibles à tous, tels que : urgences (322 patients/jour), département mère-enfant (12 accouchements/jour), pôle gériatrique, etc.;
- réorganiser le quartier opératoire pour garantir l'innovation et la fluidité des circuits patients :
 - au travers des adaptations des lieux en fonction de l'optimisation et de la performance recherchée pour l'activité chirurgicale;
 - au travers de l'augmentation de la capacité du quartier;

- de excellentie inzake spitsgeneeskunde bevestigen via :
 - de nationale overeenkomst van het referentieziekenhuis voor zeer besmettelijke patiënten (Sars, H1N1 ...);
 - RIZIV-overeenkomsten (AIDS, zuurstoftherapie, diabetes);
 - pluridisciplinaire ziekenhuizen (perineum, ideaal gewicht, borstkliniek Isala, enz.);
- de nodige talenten aantrekken voor hun activiteit :
 - door de gebouwen aan te passen aan de verplichtingen die voortvloeien uit het gebrek aan menselijke hulpmiddelen, de financiële verplichtingen en het onderzoek inzake efficiëntie;
 - op basis van een globale strategie;
 - in een omgeving die een positieve en stimulerende sfeer moet bieden aan de bedienden;
- het gebruik van energiebronnen (bekroond als voorbeeldgebouw in 2009) :
 - cogeneratie op de twee sites, die 70 % van de behoeften aan verwarming en 45 % van die aan elektriciteit dekt op de site aan de Hallepoort (jaarlijkse besparing van 500.000 euro);
 - aanleg van terrassen en groendaken.

I.9.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Jacqueline Rousseaux wenst te weten of het UMC Sint-Pieter thans beschikt over een speciale dienst voor patiënten met Alzheimer of een andere neurodegeneratieve ziekte of van plan is er een op te richten.

De heer Nathan Clumeck, algemeen medisch directeur van het UMC Sint-Pieter, legt uit dat het dagziekenhuis opvang zal bieden voor de verschillende types ziekten die oudere personen treffen. Tevens wordt gewerkt aan een ziekenhuis voor het geheugen.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux wenst verduidelijken over de werking van dat ziekenhuis voor het geheugen en over de opvangcapaciteit ervan.

De heer Nathan Clumeck zegt dat het de bedoeling is een excellentie- en verbindingscentrum met externe structuren tot stand te brengen, waar personen zouden worden opgevangen voor sommige groepsactiviteiten (behoud van het geheugen, ergotherapie, enz.). In een eerste fase moet een precieze diagnose gesteld worden van de cognitieve stoornissen van de oude patiënten. In een tweede fase moet gedacht worden aan een therapeutisch project, dat moet besproken worden met personen buiten het ziekenhuis. Het UMC Sint-Pieter kan geen zorg dragen voor tientallen patiënten; het moet samenwerken met huisdokters, patiëntenverenigingen en andere referentiecentra.

- affirmer l'excellence en médecine de pointe au travers :
 - de la convention nationale de l'hôpital de référence pour les maladies hautement contagieuses (Sars, H1N1 ...);
 - des conventions INAMI (SIDA, oxygénothérapie, diabète);
 - des cliniques multidisciplinaires (clinique du périnée, clinique du poids idéal, clinique de sénologie Isala, etc.);
- attirer et retenir les talents nécessaires à leur activité :
 - en adaptant les bâtiments aux contraintes liées au manque de ressources humaines, aux contraintes financières et à la recherche de l'efficacité;
 - sur la base d'une stratégie globale;
 - dans un environnement qui doit dégager un climat positif et stimulant pour les employés;
- optimiser l'utilisation des ressources énergétiques (prix du bâtiment exemplaire reçu en 2009) :
 - cogénération sur les deux sites qui fournira 70 % des besoins thermiques et 45 % des besoins électriques du site de la porte de Hal (économies annuelles de 500.000 euros);
 - aménagement des terrasses et de toitures vertes.

I.9.b. Échange de vues

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait savoir si le CHU St-Pierre dispose actuellement, ou envisage de créer, un service particulier d'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre maladie neurodégénérative.

M. Nathan Clumeck, Directeur général médical du CHU Saint-Pierre, explique que l'hôpital de jour accueillera les différents types de pathologies touchant les personnes âgées. Une clinique de la mémoire est également en cours de réalisation.

Mme Jacqueline Rousseaux souhaite recevoir des précisions sur le fonctionnement de cette clinique de la mémoire et sur sa capacité d'accueil.

M. Nathan Clumeck indique que l'objectif est de développer un centre d'excellence et de liaison avec des structures extérieures, où les patients seraient accueillis pour certaines activités de groupe (maintien de la mémoire, ergothérapie, etc.). Dans un premier temps, il faut établir un diagnostic précis des troubles cognitifs des patients âgés. Dans un second temps, il convient d'envisager un projet thérapeutique et d'en discuter avec des ressources extérieures à l'hôpital. Le CHU St-Pierre ne peut prendre en charge des dizaines de patients; il doit donc travailler en collaboration avec des médecins généralistes, des associations de patients et d'autres centres de référence.

Dat centrum zou opvang kunnen bieden aan 10 à 15 personen in zalen die beantwoorden aan de geldende ministeriële normen.

Mevrouw Bianca Debaets onderstreept het feit dat het UMC Sint-Pieter heel wat kansarme mensen opvangt (personen met een migratieverleden of zonder papieren). Zij vraagt of het ziekenhuis de verhouding Belgische/niet-Belgische patiënten kent, alsook het percentage mensen zonder papieren.

Het gebruiken van de spoeddienst in Brussel is vrij problematisch. Heel veel mensen, vooral kansarme mensen met een allochtone achtergrond, hebben geen vaste huisarts. Dat vertaalt zich in twee gedragingen : ze wisselen telkens van huisarts en ze maken onrechtmatig gebruik van de spoeddienst. Welk beleid voert de kliniek voor mensen die zich zonder gegronde reden bij de spoeddienst aanmelden ?

Mevrouw Patrice Buyck denkt dat ongeveer 30 % van de patiënten een niet-Belgische nationaliteit heeft.

De spoeddienst is een aantal jaren geleden aangepast en werkt nu met een eerste en een tweede lijn. Een triage van de patiënten wordt eerst uitgevoerd om te beslissen of ze naar een huisarts kunnen worden gestuurd. Daarvoor werkt het ziekenhuis samen met gezondheidscentra.

In de praktijk moet de spoeddienst mensen die geen behoefte hebben aan zorg in een universitaire ziekenhuis, doorverwijzen.

De heer Jacques Morel vraagt of het denkwerk over de werking en de spreiding van de voorzieningen rekening houdt met andere personen dan de patiënten en het medisch personeel van het ziekenhuis. Hij denkt met name aan de familie, de begeleiders, de behandelende dokters en de sociale diensten.

Hij zou ook willen weten of de voorstellen voor de aanpassing van de voorzieningen of de procedures aan de behandelende dokters zijn voorgelegd. Uit recent onderzoek blijkt dat de verenigingen van huisdokters tevreden zijn over de aanpassing van de werkomgeving in de Brusselse openbare ziekenhuizen.

Mevrouw Patrice Buyck geeft aan dat elke zorgenheid beschikt over vergaderzalen, naast de kamers. Tevens is bijzondere aandacht besteed aan de grootte van de kamers, zodat een familielid bij de patiënt kan blijven als dat nodig is.

De huisdokters werden niet betrokken bij het denkwerk en dat punt moet in de toekomst worden uitgewerkt.

De heer Nathan Clumeck voegt eraan toe dat de financiering van het ziekenhuis afhankelijk is van de naleving van bepaalde normen, met name inzake de oppervlakte van

Ce centre pourrait recevoir dix à quinze personnes dans des salles qui répondent aux normes ministérielles en vigueur.

Mme Bianca Debaets souligne que le CHU Saint-Pierre accueille de nombreuses personnes défavorisées (personnes issues de la migration ou sans-papiers). Elle demande si l'hôpital a connaissance de la proportion de patients belges et non belges et du pourcentage de sans-papiers.

Le recours aux services d'urgences à Bruxelles est assez problématique. De nombreuses personnes, surtout des personnes défavorisées d'origine étrangère, n'ont pas de médecin généraliste attitré. Cela se traduit par deux comportements : elles changent chaque fois de médecin généraliste et elles font indûment appel aux services d'urgences. Quelle est la politique de la clinique à l'égard des personnes qui se présentent sans raison valable aux urgences ?

Mme Patrice Buyck estime qu'environ 30 % des patients ont une nationalité autre que belge.

Le service d'urgences a été adapté il y a quelques années et travaille désormais avec une première et une deuxième ligne. Un tri des patients est d'abord effectué, afin de déterminer si on peut les envoyer chez un généraliste. À cette fin, l'hôpital collabore avec des maisons médicales.

Dans la pratique, le service d'urgences doit rediriger les personnes qui n'ont pas besoin de soins en hôpital universitaire.

M. Jacques Morel demande si la réflexion sur le fonctionnement et sur l'agencement des infrastructures prend en compte d'autres personnes que les patients et le personnel médical de l'hôpital. Il pense notamment à la famille, aux accompagnants, aux médecins traitants et aux services sociaux.

Il aimerait aussi savoir si les propositions de réaménagement d'infrastructures ou de procédures ont été soumises aux médecins traitants. Une récente étude montre la satisfaction des associations de généralistes vis-à-vis de l'aménagement du contexte de travail dans les hôpitaux publics bruxellois.

Mme Patrice Buyck indique que chaque unité de soins dispose de salles de réunion hors des chambres. Une attention particulière a également été portée à la superficie des chambres afin qu'un membre de la famille puisse séjourner auprès du patient si cela est nécessaire.

Les généralistes n'ont pas été impliqués dans le processus de réflexion et ce point devra être développé à l'avenir.

M. Nathan Clumeck ajoute que le financement de l'hôpital est lié au respect de certaines normes, notamment en ce qui concerne la superficie des chambres. Dès lors, il a

de kamers. Het is dan ook soms nodig geweest om te kiezen tussen kantoren voor de artsen of ruimte voor de families; vaak is de knoop doorgemaakt in het voordeel van deze laatste, vooral in de eenheden voor intensieve zorgen (oncologie, pediatrie, enz.). Zo zullen in het nieuwe gebouw 500 sommige kamers over de nodige ruimte beschikken om een van de ouders te kunnen laten overnachten.

De gelijkvloerse verdieping van de kliniek César de Paepe is gereorganiseerd en huisvest voortaan bureaus voor opleidingen en vergaderzalen. Er is ook een fitnesszaal ingericht voor het personeel in de oude gebouwen. Al die elementen dragen bij tot het welzijn van het ziekenhuispersoneel.

Het overleg met de huisartsen is een nieuw aspect dat het zou verdienen voorgelegd te worden aan de wetgever. Thans bestaat er geen enkele wetsbepaling op dat vlak.

De heer Etienne Wéry preciseert dat het UKZKF het enige ziekenhuis van het Irisnet is dat over verblijfsmogelijkheden beschikt; de ouders kunnen er verblijven tijdens de opname van hun kind. Die structuur wordt gefinancierd door giften en door de stad Brussel.

Mevrouw Anne Herscovici is zich ervan bewust dat de modernisering van de gebouwen essentieel is om de talenten aan te trekken en te houden. Thans is het contrast opvallend tussen de kwaliteit van de verstrekte zorgen en de arbeidsomstandigheden van het personeel.

De volksvertegenwoordiger hoopt echter dat de huidige technologie de levensduur van de toekomstige infrastructuur zal verlengen. Zij herinnert er ook aan dat zij verbaasd was te vernemen dat een IZZ-gebouw uit 1975 al verouderd is.

De spreker is blij dat het UMC Sint-Pieter hoogwaardige geneeskunde kan aanbieden aan een bevolking die in moeilijke sociale omstandigheden leeft. Het is echter absurd dat die mensen die zeer verfijnde medische zorgen gekregen hebben op straat terecht komen als er geen medische reden meer is voor opname. Het ziekenhuis is natuurlijk niet verantwoordelijk voor die toestand die eerder een federale dan een gewestelijke bevoegdheid is. Mevrouw Anne Herscovici wil weten of er ergens nagedacht wordt over oplossingen voor die problematiek.

De heer Nathan Clumeck wijst erop dat het probleem waarop mevrouw Herscovici wijst zeer belangrijk is. Kwaliteitsgeneeskunde is toegankelijk voor de armsten maar er ontbreken structuren om die mensen op te vangen als de behandeling voorbij is. Een dag in het ziekenhuis kost ongeveer 1.000 euro. Het ziekenhuis tracht dus het OCMW van de stad Brussel ervan te overtuigen dat dit geld nuttiger geïnvesteerd kan worden. Overleg over dit punt is essentieel en zou op het niveau van de gemeenten moeten gebeuren.

parfois été nécessaire de choisir entre des bureaux pour les médecins ou de l'espace pour les familles; l'arbitrage a souvent été fait en faveur de ces dernières, en particulier dans les unités de soins critiques (oncologie, pédiatrie, etc.). Ainsi, dans le nouveau bâtiment 500, certaines chambres disposeront de l'espace nécessaire pour qu'un parent puisse y dormir.

Le rez-de-chaussée de la clinique César de Paepe a été réorganisé et il abrite désormais des bureaux pour des formations ainsi que des salles de discussion. De même, une salle de fitness a été installée pour le personnel dans les vieux bâtiments. Tous ces éléments contribuent au bien-être du personnel de l'hôpital.

La concertation avec les généralistes est une dimension nouvelle qu'il serait intéressant de soumettre au législateur. A l'heure actuelle, aucune disposition légale n'existe dans ce domaine.

M. Etienne Wéry précise que l'HUDERF est le seul hôpital du réseau Iris qui dispose d'une maison d'accueil; les parents peuvent y séjourner pendant l'hospitalisation de leur enfant. Cette structure est financée par des dons et par la ville de Bruxelles.

Mme Anne Herscovici est consciente que la modernisation des bâtiments est un élément essentiel pour attirer et conserver les talents. Il est vrai qu'actuellement le contraste est saisissant entre la qualité des soins dispensés et les conditions de travail du personnel.

La députée espère toutefois que la technologie actuelle permettra d'augmenter la durée de vie des futures infrastructures. Elle rappelle ainsi son étonnement lorsqu'elle apprend qu'un bâtiment d'HIS construit en 1975 est déjà obsolète.

L'oratrice se réjouit que le CHU St-Pierre permette à une population vivant dans des conditions sociales difficiles de bénéficier d'une médecine de pointe. Il est toutefois absurde que des personnes ayant reçu des soins extrêmement sophistiqués se retrouvent à la rue dès lors qu'il n'y a plus de raison médicale justifiant leur hospitalisation. L'hôpital n'est évidemment pas responsable de cette situation, qui ressort plus des compétences fédérales que régionales. Mme Anne Herscovici souhaite simplement savoir s'il existe un lieu de concertation et de réflexion sur la manière d'apporter une solution à cette problématique.

M. Nathan Clumeck indique que le problème soulevé par Mme Herscovici est extrêmement important. La médecine de qualité est accessible aux plus démunis mais il manque de structures pour accueillir ces personnes une fois les soins terminés. Une journée à l'hôpital coûte environ 1.000 euros. L'hôpital essaie donc de convaincre le CPAS de la ville de Bruxelles que cet argent pourrait être plus utilement investi. Une concertation sur ce point est essentielle et elle devrait s'organiser au niveau des communes.

Mevrouw Anne Herscovici wijst erop dat de kost van een maand in het ziekenhuis hoger is dan het bedrag van het leefloon.

De heer Pierre Migisha vraagt wat het standpunt is van de directie van het UMC Sint-Pieter over de overconsumptie van zorgen in de ziekenhuizen in Brussel.

De volksvertegenwoordiger heeft ook vragen bij de financieringswijze van Iris-Lab. Wordt dit labo volledig gefinancierd met een subsidie van de GGC? Dragen de artsen tot die financiering bij via hun erelonen?

Mevrouw Patrice Buyck onderstreept dat de ziekenhuizen financieel bestraft worden als zij te veel onderzoeken uitvoeren. Het UMC Sint-Pieter werkt met het globaal medisch dossier dat de artsen toelaat na te gaan of de onderzoeken al eerder gedaan zijn en aldus te voorkomen dat ze een tweede keer uitgevoerd worden. Ondanks de achtergestelde bevolkingsgroepen, kent het ziekenhuis dus geen overconsumptie van het laboratorium. Het Irisnet denkt momenteel na over de invoering van een systeem van delen van dossiers met zijn verschillende ziekenhuizen.

Mevrouw Andrée Peters, directeur van de cel Programmering, Organisatie en Reconstructie van het UMC Sint-Pieter wijst erop dat de GGC de bouw van het labo voor 60 % subsidieert met inachtneming van een plafond. De overige 40 % en de eventuele overschrijdingen van het plafond worden gefinancierd met de medische erelonen.

Mevrouw Catherine Moureaux vraagt meer details over de werking van de crèche en de bevolkingsgroepen die er over de vloer zullen komen.

De volksvertegenwoordiger stelt vast dat het project voorziet in de scheiding van de stroom opgenomen patiënten en de stroom ambulante patiënten. Zij vraagt hoe de scheiding tussen crèche en ziekenhuis georganiseerd zal worden.

Mevrouw Patrice Buyck legt uit dat de crèche het resultaat is van de samenwerking met de stad Brussel in het kader van SEMA (Synergie Employeur – Milieux d'Accueil). De crèche van de stad zal verhuizen naar de site César de Paepe en er zullen plaatsen zijn voor de kinderen van het ziekenhuispersoneel.

Aparte liften zullen ervoor zorgen dat de medische zone gescheiden is van de crèche.

I.10.a. Uiteenzetting van de heer Eddy Van den Plas, wvd. Algemeen Directeur, en van de heer Daniel Désir, Algemeen Medisch Directeur, van het UVC Brugmann

De uiteenzetting van de heren Daniel Désir en Eddy Van den Plas wordt geïllustreerd met een reeks slides die als bijlage gaan (*cf. bijlage 9*).

Mme Anne Herscovici signaleert dat de kost van een maand hospitalisatie de waarde van een jaar van sociale integratie overschrijft.

M. Pierre Migisha zou graag het standpunt van de directie van het CHU St-Pierre over de overconsumptie van zorgen in het ziekenhuis te Brussel horen.

Le député s'interroge également sur le mode de financement d'Iris-Lab. Ce laboratoire est-il entièrement financé par un subside de la Commission communautaire commune? Les médecins participent-ils à ce financement au travers de leurs honoraires?

Mme Patrice Buyck souligne que les hôpitaux sont pénalisés financièrement s'ils prescrivent trop d'exams ou trop de médicaments, ces prescriptions sont forfaitarisées. Le CHU St-Pierre travaille avec le dossier médical global qui permet aux médecins de voir les exams déjà effectués afin de ne pas les prescrire inutilement une seconde fois. Ainsi, malgré un public fragilisé, la clinique ne se trouve pas en situation de surconsommation du laboratoire. Le réseau Iris réfléchit actuellement à la mise en place d'un système de partage des dossiers entre ses différents hôpitaux.

Mme Andrée Peters, Directrice de la Cellule de Programmation et Organisation Hospitalière du CHU Saint-Pierre, indique que la construction du laboratoire est subsidiée à 60 %, avec un montant maximum, par la Commission communautaire commune. Les 40 % restants, ainsi que les éventuels montants dépassant le plafond des subsides, sont financés par les honoraires médicaux.

Mme Catherine Moureaux souhaite recevoir des précisions sur le fonctionnement de la crèche et sur la population qui y sera accueillie.

La députée constate que le projet prévoit de séparer le flux des patients hospitalisés et le flux des patients ambulatoires. Elle se demande toutefois comment le cloisonnement entre la crèche et l'hôpital sera organisé.

Mme Patrice Buyck explique que la crèche est le fruit d'une collaboration avec la ville de Bruxelles dans le cadre du dispositif Sema (Synergie Employeurs Milieux d'Accueil). La crèche de la ville va déménager vers le site César de Paepe et des places seront prévues pour les enfants du personnel de l'hôpital.

Des ascenseurs spécifiques permettent d'isoler la zone médicale de la crèche.

I.10.a. Exposé de MM. Daniel Désir, Directeur général médical, et Eddy Van den Plas, Directeur général f.f., du CHU Brugmann

La présentation de MM. Daniel Désir et Eddy Van den Plas s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 9*).

De heer Daniel Désir herinnert eraan dat de woorden van de directeur van de instelling uitgesproken op het ogenblik van zijn aanstelling in 1923 nog altijd actueel zijn : « Hier verzorgt men ook betalende zieken. ». De moeilijke sociale omstandigheden waarvoor het ziekenhuis inspanningen levert, mag niet verhinderen dat er een gemengd patiëntenpubliek aanwezig is.

Het UVC Brugmann bestaat uit drie sites : Victor Horta in Laken sinds het begin van de 20^{ste} eeuw, Paul Brien in Schaarbeek sinds 1999 (in het kader van de eerste fase van de fusie van de Irisziekenhuizen) en Koningin Astrid in Neder-over-Heembeek sinds 2007 (een volledige verdieping van het militair hospitaal huisvest de revalidatiediensten).

Op de site Victor Horta bevinden zich ook het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF) en het Centrum voor Traumatologie en Revalidatie (CTR) dat instaat voor de revalidatie van patiënten met tetraplegie en paraplegie. Het UKZKF (168 bedden) en Brugmann hebben een gemeenschappelijke infrastructuur voor alle logistieke diensten en een deel van de ondersteuningsdiensten. Brugmann is verbonden aan het UKZKF en het CTR via een associatieovereenkomst voor het geheel van de gedeelde diensten. Die drie instellingen worden gegroepeerd onder de benaming OSIRIS (organisation septentrionale d'Iris, noordelijke organisatie van Iris).

Het UVC Brugmann beschikt over ongeveer 1.200 bedden, met andere woorden de capaciteit van het ziekenhuis Victor Horta toen de stad Brussel het zijn oorspronkelijke opdracht in 1906 gaf. Het is het grootste ziekenhuiscomplex in Brussel.

Samengevat kan men stellen dat het UVC Brugmann :

- een openbaar en universitair ziekenhuis is, gespecialiseerd in volwassenen. Dit universitaire karakter wordt door de federale overheid toegekend aan de algemene ziekenhuizen die over een hoog percentage diensthoofden met een academische aanstelling beschikken, die deelnemen aan activiteiten en wetenschappelijke programma's die het beleid ondersteunen en die bijdragen tot de klinische vorming van de studenten geneeskunde en de permanente vorming van de huisartsen en erkende specialisten;
- zich uitstrekt over drie sites;
- verbonden is aan de faculteiten geneeskunde van de VUB en de ULB (leraars, stagiairs, studenten geneeskunde en in alle andere gezondheidsberoepen);
- een honderdtal geneesheren-specialisten opvangt die een opleiding krijgen en ongeveer 25 opleidingsprogramma's voorstelt (in het algemeen blijft het Irisnet het grootste opleidingscentrum voor stagiairs van de ULB);

M. Daniel Désir rappelle que les mots prononcés par le directeur de l'établissement lors de son inauguration en 1923 restent toujours d'actualité : « Ici, on accueille aussi les malades payants. ». Les situations sociales difficiles prise en charge par l'hôpital ne doivent pas empêcher la mixité de la patientèle.

Le CHU Brugmann s'étend sur trois sites : site Victor Horta à Laeken où il est implanté depuis le début du 20^e siècle, site Paul Brien à Schaerbeek depuis 1999 (dans le cadre de la première phase de fusion des hôpitaux Iris) et site Reine Astrid à Neder-Over-Hembeek depuis 2007 (un étage entier de l'hôpital militaire abrite les services de révalidation).

Sur le site Victor Horta se trouvent également l'Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) et le Centre de Traumatologie et de Réadaptation (CTR) qui s'occupe de la réadaptation de patients tétraplégiques et paraplégiques. L'HUDERF (168 lits) et Brugmann ont une infrastructure commune pour tous les services logistiques et une partie des services de support. Brugmann est lié à l'HUDERF et au CTR par une convention d'association pour l'ensemble des services partagés. Ces trois institutions sont regroupées sous la dénomination OSIRIS (organisation septentrionale d'Iris).

Le CHU Brugmann dispose d'environ 1.200 lits, soit la capacité de l'hôpital Victor Horta lorsque la ville de Bruxelles lui assigna sa mission initiale en 1906. Il s'agit du plus grand complexe hospitalier de Bruxelles.

En résumé, le CHU Brugmann :

- est un hôpital public et universitaire, spécialisé pour les adultes. Ce caractère universitaire est conféré par les autorités fédérales aux hôpitaux généraux qui disposent d'un pourcentage important de chefs de service titulaires d'une désignation académique, qui participent à des activités et à des programmes scientifiques visant à étayer la politique, et qui contribuent à la formation clinique des étudiants en médecine et à la formation continue des médecins généralistes et des spécialistes reconnus;
- s'étend sur trois sites;
- est affilié aux facultés de médecine de l'ULB et de la VUB (enseignants, stagiaires, étudiants en médecine et dans toutes les autres professions de la santé);
- accueille une centaine de médecins spécialistes en cours de formation et propose environ 25 programmes de formation (de manière générale, le réseau Iris reste le plus grand centre de formation de stagiaires de l'ULB);

- beschikt over een begroting van 250 miljoen euro, een formatie van 3.000 VTE's, waaronder 450 artsen (330 VTE's);
- alle medische specialismen aanbiedt, met uitzondering van de neurochirurgie (voorbehouden aan de academische centra), organentransplantatie bij de volwassenen en de radiotherapie (Bordet en UZ Jette).

De activiteit van de materniteit heeft een boom gekend tijdens het jongste decennium (meer dan 1.500 bevallingen in 2002 tot 3.500 in 2011). Dat is een gevolg van de bevolkingsexplosie, vooral in het noorden van Brussel, de sluiting van het materniteiten van het Frans gasthuis St-Etienne alsook van een vernieuwing van het personeel die tot een beter rendement geleid heeft (de uitdaging bestaat erin dit hoger rendement op lange termijn te behouden). Iris is aldus de eerste materniteit van het land met ongeveer 9.000 bevallingen per jaar.

Het aantal spoedopnames is ook regelmatig gestegen tijdens de jongste vijf jaar (+ 20 % op de site Horta en Brien). Deze evolutie toont een verandering in het gedrag van de patiënten ten aanzien van de spoeddiensten aan. Welke maatregelen ook genomen worden (extra heffingen, samenwerking met huisartsen, enz.), er komen steeds meer mensen naar deze diensten voor ernstige pathologieën, maar ook voor minder ernstige zaken.

De heer Daniel Désir onderstreept tot slot dat het UVC Brugmann geprobeerd heeft tegemoet te komen aan bepaalde verzoeken betreffende de infrastructuur, met name in de dienst voor palliatieve zorgen (ruimte ingericht om de familie en de kinderen op jonge leeftijd te kunnen opvangen).

De heer Eddy Van den Plas geeft een toelichting bij het algemene project voor de reconstructie van het UVC Brugmann (gestart in 2000 en einde gepland in 2016-2017) :

– Site Horta

- Fase 1 en fase 2 voor de renovatie van de gebouwen van het verblijf en de acute activiteiten in het noorden van de site. Fase 1 is in 2000 gestart en is in 2003 geëindigd met de constructie van de eerste twee gebouwen : in het eerste gebouw bevindt zich de materniteit (prenatale raadplegingen en gynaecologische raadplegingen, verblijf en bevallingskwartier, alsook de nucleaire geneeskunde – radio-isotopen op de verdieping eronder) en in het ander gebouw bevinden zich de spoeddiensten, een eenheid intensieve zorgen en twee opname-eenheden. Tussen 2003 en 2006 zijn de lokalen van de gebouwen in het centrum vrijgemaakt en zijn de diensten opnieuw ondergebracht in de voormalige materniteit, om de revalidatiediensten opnieuw op niveau te brengen. De drie centrale gebouwen met de eenheden chirurgie en geneeskunde alsook de radiologie, de farmacie, de magazijnen, de tweede eenheid intensieve zorgen en anatomopathologie, zijn gebouwd tijdens fase 2.

- dispose d'un budget de 250 millions d'euros, d'un staff de 3.000 ETP, dont 450 médecins (330 ETP);

- pratique toutes les spécialités médicales, à l'exception de la neurochirurgie (réservée aux centres académiques), des transplantations d'organes chez l'adulte et de la radiothérapie (Bordet et UZ Jette).

L'activité de la maternité a explosé au cours de la dernière décennie (de 1.500 accouchements en 2002 à près de 3.500 en 2011). Cela est dû au boom démographique, essentiellement localisé au nord de Bruxelles, à la fermeture des maternités de l'hôpital français et de St-Etienne ainsi qu'à un renouvellement du personnel qui a permis un meilleur rendement (le défi est de maintenir ce haut rendement sur le long terme). Iris est ainsi la première maternité du pays avec environ 9.000 accouchements par an.

Le nombre de passages aux urgences a également augmenté de façon régulière au cours des cinq dernières années (+ 20 % sur les sites Horta et Brien). Cette évolution traduit un changement dans le comportement des patients à l'égard des urgences. Ainsi, quelles que soient les mesures prises (surtaxes, collaborations avec les généralistes, etc.), la fréquentation de ces services pour des pathologies graves mais aussi pour des motifs bénins continue de s'accroître.

M. Daniel Désir souligne enfin que le CHU Brugmann a essayé de répondre à certaines préoccupations relatives aux infrastructures, notamment au niveau du service des soins palliatifs (espace conçu pour pouvoir accueillir l'entourage et les enfants en bas âge).

M. Eddy Van den Plas présente le projet global de reconstruction du CHU Brugmann (qui a débuté en 2000 et se terminera en 2016-2017) :

– Site Horta

- Phases 1 et 2 visant à rénover les bâtiments de l'hébergement et des activités aigües au nord du site. La phase 1 a débuté en 2000 et s'est terminée en 2003 avec la construction des deux premiers bâtiments : l'un héberge la maternité (consultations pré-natales et gynécologiques, hébergement et quartier d'accouchement ainsi que médecine nucléaire – radio isotopes à l'étage inférieur) et l'autre abrite les urgences, une unité de soins intensifs et deux unités d'hospitalisation. Entre 2003 et 2006, les locaux des bâtiments au centre ont été vidés et les services ont été réinstallés dans l'ancienne maternité, ce qui a permis de remettre à niveau les services de revalidation. Les trois bâtiments centraux dans lesquels se trouvent des unités de chirurgie et de médecine ainsi que la radiologie, la pharmacie, les magasins, la deuxième unité de soins intensifs et l'anatomopathologie, ont été construits lors de la phase 2.

- De nieuwe polikliniek : de werken zijn gestart met afbraakwerken in september 2011 en de ruwbouw is begin 2012 gestart. Dit ambulante gedeelte bevindt zich in de oostelijke zone van de campus, in de buurt van het openbaar vervoer (metrostation Houba-Brugmann op 100 meter). De nieuwe polikliniek zal een centraal gedeelte in de lengte hebben, met lateraal drie vingers op 4 niveaus die het geheel van de activiteiten voor raadplegingen zullen huisvesten inzake gynaecologie, urologie, fysische geneeskunde, verloskunde, NKO, chirurgie, geneeskunde en dermatologie alsook medische beeldvorming en de afnames op de gelijkvloerse verdieping.
 - Het gebouw Vis in verbinding met de materniteit. Brugmann zal enkel een plateau van dit gebouw (voor de materniteit) gebruiken en de rest wordt gebruikt door het UKZKF.
 - De aanpassing van het operatiekwartier aan de nieuwe normen die in werking zullen treden, met name op het vlak van airconditioning. Men zal ook de operatiezalen moeten omturnen van de klassieke activiteit naar de ambulante activiteit.
 - De renovatie van de psychiatrie (30 jaar anciënniteit) zal de laatste stap vormen in de reconversie van de Horta-site.
 - Dit algemene project heeft verschillende financieringsbronnen : meerjarenplan van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, FOD-Volksgezondheid via het BMF, Beliris en de stad Brussel voor de renovatie van de Horta-kerk.
-
- Site Brien : renovatieproject met het gemeenschappelijk akkoord van verschillende partners, met name het OCMW van Schaarbeek dat toestemming gegeven heeft voor de afbraak van de oude paviljoengebouwen en het rust-en verzorgingstehuis, en de brandweerdienst die beslist heeft om een brandweerkazerne op de campus te vestigen (vertrek brand en vertrek ambulance). De brandweerkazerne, de heropbouw van het RVT van het OCMW alsook de eerste ziekenhuisseenheden zouden afgewerkt moeten zijn in september 2012. Het nieuwe gebouw zal bestaan uit drie zorgeenheden, één eenheid intensieve zorgen, een operatiekwartier en een spoeddienst.
 - Site Koningin Astrid : herinrichting van de verdieping gebruikt door Brugmann (96 revalidatiebedden) in samenwerking met Landsverdediging en het militair hospitaal en aanpassing aan de brandveiligheidsnormen van het geheel van het gebouw. De brandveiligheidsnormen zijn strenger voor de burgerziekenhuizen dan voor de militaire ziekenhuizen. Brugmann heeft zich in orde moeten stellen op zijn verdieping en het militair hospitaal heeft hetzelfde moeten doen in de rest van het gebouw (financiering door de FOD Volksgezondheid).
-
- La nouvelle polyclinique : les travaux ont commencé par des démolitions en septembre 2011 et le gros œuvre devrait débuter début 2012. Cette partie ambulatoire est située dans la zone est du campus, à proximité des transports publics (station métro Houba-Brugmann à 100 m). La nouvelle polyclinique sera en longueur dans sa partie centrale, avec latéralement trois doigts sur quatre niveaux qui abriteront l'ensemble des activités de consultation en gynécologie, urologie, médecine physique, obstétrique, ORL, chirurgie, médecine et dermatologie ainsi que l'imagerie médicale et les prélèvements au rez-de-chaussée.
 - Le bâtiment Vis en liaison avec la maternité. Brugmann occupera uniquement un plateau de ce bâtiment (pour la maternité), le reste étant réservé à l'HU-DERF.
 - La remise en état du quartier opératoire afin de répondre aux nouvelles normes qui vont entrer en vigueur, notamment en termes de climatisation. Par ailleurs, il faudra convertir des salles d'opération de l'activité classique vers l'activité ambulatoire.
 - La rénovation de la psychiatrie (30 ans d'ancienneté) constituera la dernière étape de la reconversion du site Horta.
 - Ce projet global a plusieurs sources de financement : plan pluriannuel de la Commission communautaire commune, SPF Santé publique via le BMF, Beliris et ville de Bruxelles pour la rénovation de la chapelle Horta.
-
- Site Brien : projet de rénovation fait de commun accord avec plusieurs partenaires, notamment le CPAS de Schaarbeek qui a autorisé la démolition des anciens bâtiments pavillonnaires et de sa maison de repos et de soins, et le SIAMU qui a décidé d'implanter une caserne de pompiers sur le campus (départ feu et départ ambulance). La caserne du SIAMU, la reconstruction de la MRS du CPAS ainsi que les premières unités de l'hôpital devraient être terminées en septembre 2012. Le nouveau bâtiment sera composé de trois unités de soins, d'une unité de soins intensifs, d'un quartier opératoire et d'un service d'urgences.
 - Site Reine Astrid : réaménagement de l'étage occupé par Brugmann (96 lits de revalidation) en partenariat avec la Défense nationale et l'hôpital militaire et mise au normes incendie de l'ensemble du bâtiment. Les normes incendie sont plus sévères pour les hôpitaux civils que pour les hôpitaux militaires. Brugmann a dû s'y conformer à son étage et l'hôpital militaire a dû accepter de le faire dans le reste du bâtiment (financement par le SPF Santé publique).

De nagestreefde doelstellingen door deze heropbouwprojecten zijn de volgende :

Les objectifs poursuivis par ces projets de reconstruction sont les suivants :

- de renovatie van verouderde diensten (ernstige investeringstekorten tijdens de jongste decennia van de 20^{ste} eeuw);
- tegemoetkomen aan de uitbreiding van de activiteit;
- de veiligheid van de patiënten (thans bevinden de materniteit en het UKZKF zich elk aan een ander uiterste van een campus van 18 hectaren – 500 m af te leggen met de ziekenwagen om een baby naar de dienst intensieve zorg te vervoeren). In de toekomst zullen moeder en kind zich in hetzelfde gedeelte van de campus bevinden;
- het comfort van de patiënten (koude plafonds in de nieuwe gebouwen om de koude op dezelfde manier te verspreiden en de risico's verbonden aan de ventilatie te doen verdwijnen);
- de toegankelijkheid voor mindervalide personen (liften met gesproken boodschappen voor de slechtzienden);
- de aanpassing aan de technologieën : de toestellen voor radiografie en angiografie moeten om de drie jaar geupdated worden. Iedere update impliceert bijkomende uitrustingen (elektriciteit, isolatieprestaties, enz.);
- de beperking van de verplaatsingen van de patiënten en het personeel;
- de hergroepering van de activiteiten zal een coherent beleid mogelijk maken op het vlak van onthaal en verplaatsingen en zal de oriëntatie van patiënten en bezoekers vergemakkelijken;
- de hygiëne (ontsmettingsas in de laboratoria van de farmacie om een steriel milieu te garanderen) conform de huidige normen en de Europese normen die binnenkort in werking zullen treden;
- de besparingen : het steriel magazijn, de apotheek en het niet-steriele magazijn waren verspreid op de campus met drie organisaties, drie systemen voor de receptie van de goederen en drie systemen voor het transport. Voortaan wordt alles samengebracht in het nieuwe gebouw met één enkel receptiepunt en één enkel transportteam (vermindering van het rollend materieel);
- het rationele energiegebruik (REG) : CHUB Paul Brien heeft het label van voorbeeldgebouw gekregen (performante enveloppe, waarop de krachtkoppeling op basis van koolzaadolie met steun van een verwarmingsketel met pellets) voornamelijk omdat één enkele installatie instaat voor de distributie van warmte en elektriciteit voor de vier instellingen (CHUB Paul Brien, de brandweerkazerne, de RVT La Cerisaie en het Huis van de Arbeid). De warmtekrachtkoppeling en de verwarmingsketel zijn operationeel en de brandweerdienst zou er als eerste haar intrek nemen (midden 2012);
- la rénovation de services vétustes (sous investissements importants dans les dernières décennies du XX^e siècle);
- répondre à l'augmentation de l'activité;
- la sécurité des patients (à l'heure actuelle la maternité et l'HUDERF sont situés aux extrémités opposées d'un campus de 18 hectares – 500 m à parcourir en ambulance pour transporter un bébé aux soins intensifs). A l'avenir, le pôle mère-enfant se trouvera dans la même partie du campus;
- le confort des patients (plafonds froids dans les nouveaux bâtiments afin de diffuser le froid de façon uniforme et de supprimer les risques liés à la ventilation);
- l'accessibilité aux personnes moins valides (ascenseurs avec annonce verbale pour les malvoyants);
- l'adaptation aux technologies : les appareils de radiographie et d'angiographie doivent être remis à niveau tous les trois ans. Chaque remise à niveau implique des équipements supplémentaires (électricité, performances d'isolation, etc.);
- la diminution des déplacements des patients et du personnel;
- le regroupement des activités permettra une politique cohérente en matière d'accueil et de déplacements et facilitera l'orientation des patients et des visiteurs;
- l'hygiène (sas de décontamination dans les laboratoires de pharmacie afin de garantir un milieu stérile) conforme aux normes actuelles ainsi qu'aux normes européennes qui entreront prochainement vigueur;
- les économies : le magasin stérile, la pharmacie et le magasin non stérile étaient dispersés sur le campus avec trois organisations, trois systèmes de réception de marchandises et trois systèmes de transport. Tout sera désormais regroupé dans le nouveau bâtiment avec un seul point de réception et une seule équipe de transport (réduction du matériel roulant);
- l'utilisation rationnelle de l'énergie (URE) : CHUB Paul Brien a reçu le label bâtiment exemplaire (enveloppe performante, cogénération à base d'huile de colza avec l'appoint d'une chaudière à pellets de bois) essentiellement parce qu'une installation unique assure la distribution de chaleur et d'électricité de quatre institutions (le CHUB Paul Brien, la caserne SIAMU, la MRS La Cerisaie et la Maison du Travail). La cogénération et la chaudière sont opérationnelles et le SIAMU devrait être le premier à s'installer (mi-2012);

- milieu en levenskwaliteit : het project heeft het uitzicht met paviljoenen van het UVC Brugmann en het park behouden.

I.10.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Catherine Moureaux vraagt of de gebouwen die vrijgekomen zijn na de hergroepering van de activiteiten en de verhuizing van bepaalde diensten naar de nieuwe constructies afgebroken zullen worden of gebruikt zullen worden voor nieuwe activiteiten.

De heer Eddy Van den Plas legt uit dat bepaalde gebouwen afgebroken zijn om de heropbouw mogelijk te maken (afbraak van drie gebouwen Horta). Het ziekenhuis heeft zich dus eerst teruggeplooid op zichzelf om met de ontwikkeling te kunnen beginnen. Vervolgens is er een stoelendans geweest tussen bepaalde diensten (verplaatsing van de materniteit naast het kinderziekenhuis, installatie van de revalidatie in de voormalige lokalen van de materniteit) en dan is de bouw van de nieuwe gebouwen gestart. Thans heeft het ziekenhuis zijn oppervlakte nog niet uitgebreid. De polikliniek is de eerste fase van de heropbouw waarbij gebouwen hergebruikt zullen worden. Er moet nog overlegd worden met de partners (OCMW en Stad Brussel) over de toekomstige bestemming van dit gebouw. Een mogelijkheid zou erin bestaan parkeerplaatsen ondergronds aan te bieden en een rust- en verzorgingstehuis bovengronds te bouwen.

I.11.a. Uiteenzetting van de heer Etienne Wéry, afgevaardigd bestuurder, en de heer Dirk Thielens, adjunct-afgevaardigd bestuurder, van de Iris-koepelstructuur (vergadering van 2 februari 2012)

De uiteenzetting van de heer Etienne Wéry en de heer Dirk Thielens wordt geïllustreerd met slides, die als bijlage gaan (*cf. bijlage 10*).

De heer Etienne Wéry geeft toelichting bij het akkoord van 19 oktober 2005 tussen de ULB, de stad en het OCMW van Brussel, het ziekenhuis Erasmus en het Irisnet, in aanwezigheid van de Belgische Staat (minister voor Volksgezondheid).

De algemene doelstellingen van dat akkoord zijn de volgende :

- verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekking;
- de vrijwaring van de stedelijke verankering;
- de versterking en de bevordering van het klinisch en fundamenteel onderzoek;
- de bevordering van een Europese ambitie rond de twee sectoren van de oncologie en de pediatrie.

- l'environnement et la qualité de vie : le projet a veillé à garder l'aspect pavillonnaire du CHU Brugmann ainsi que le parc.

I.10.b. Échange de vues

Mme Catherine Moureaux demande si les bâtiments libérés suite au regroupement des activités et à l'affectation de certains services dans les nouvelles constructions seront détruits ou s'ils accueilleront de nouvelles activités.

M. Eddy Van den Plas explique que certains bâtiments ont dû être détruits avant de pouvoir lancer le processus de reconstruction (démolition de trois bâtiments Horta). L'hôpital s'est donc d'abord replié sur lui-même afin de pouvoir amorcer son développement. Il y a ensuite eu un jeu de chaises musicales entre certains services (déplacement de la maternité à côté de l'hôpital des enfants, installation de la revalidation dans les anciens locaux de la maternité) et la construction des nouveaux bâtiments a débuté. A l'heure actuelle, l'hôpital n'a pas encore gagné de surface. La polyclinique est la première phase de la reconstruction qui permettra de récupérer des bâtiments. Une réflexion doit encore être menée avec les partenaires (CPAS et ville de Bruxelles) sur la destination future de ce bâtiment. Une possibilité serait d'installer des places de parking en sous-sol et une maison de repos et de soins en surface.

I.11.a. Exposé de M. Etienne Wéry, Administrateur délégué, et de M. Dirk Thielens, Administrateur délégué adjoint, de la structure faïtière Iris (réunion du 2 février 2012)

La présentation de MM. Etienne Wéry et Dirk Thielens s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 10*).

M. Etienne Wéry présente l'accord-cadre signé le 19 octobre 2005 entre l'ULB, la ville et le CPAS de Bruxelles, l'hôpital Erasme et le réseau Iris, en présence de l'Etat belge (Ministre de la Santé publique).

Les objectifs généraux de cet accord sont :

- l'amélioration de la qualité des soins;
- la préservation de l'ancrage urbain;
- le renforcement et la promotion de la recherche clinique et fondamentale;
- le développement d'une ambition européenne autour de deux secteurs, l'oncologie et la pédiatrie.

Wat betreft de bevordering van de oncologie :

- zijn de doelstellingen de volgende :
 - tegemoet komen aan een grote verzuchting van volksgezondheid;
 - het Bordet-instituut op de campus van Anderlecht heropbouwen en een echte kankerpool creëren die de volledige huidige activiteit van de twee ziekenhuizen omvat (zorg, onderzoek en onderwijs) en nauw samenwerkt met de faculteit geneeskunde van de ULB en haar faculteitslabo's;
 - één enkel programma voor oncologische zorg opstellen onder leiding van het Bordet-instituut dat geldt voor het geheel van de ziekenhuizen van de ULB en het Irisnet;
 - de uitwisselingen en de samenwerking met andere antikankercentra, andere onderzoekslabo's en internationale wetenschappelijke organisaties bevorderen;
 - tussen de twee instellingen synergieën en gezamenlijke diensten creëren en hun werking op bepaalde vlakken harmoniseren (met name voor de gemeenschappelijke teams);
- zijn de voorwaarden de volgende :
 - de vrijwaring van de multidisciplinaire organisatie voor de tenlasteneming van de verschillende kankers;
 - de ontwikkeling van het academische karakter van de instellingen (spitstechnologie, nieuwe technieken, programma's voor klinisch, translationeel en fundamenteel onderzoek, onderwijs);
 - de vrijwaring van het publieke karakter van het Bordet-instituut;
 - de optimale spreiding van de personele middelen om de doelstellingen van dat kaderakkoord te halen;
 - de architecturale integratie om de identiteit van de twee ziekenhuizen te vrijwaren;
- garandeert de wens om de eigen identiteit van elk van beide ziekenhuizen te behouden :
 - de gemakkelijke herkenning door de patiënten en de veldwerkers van beide instellingen;
 - de sturing van de patiënten, de artsen, de stagestudenten en de onderzoeksprojecten, alsook van het meecenaat;
 - het behoud van de multidisciplinariteit en de eigenheid van de oncologische begeleiding;
 - het behoud van een menselijke omgeving aangepast aan de kankerpatiënten;
 - het behouden van een specifieke financiering voor elk ziekenhuis.

Het streven om de eigen identiteit van elke instelling te behouden zal verenigbaar moeten blijven met het streven naar synergieën en harmonisatie.

De heer Dirk Thielens stelt het deel van het akkoord over de uitbouw van de pediatrische afdeling voor :

En ce qui concerne le développement de l'oncologie :

- les objectifs sont les suivants :
 - rencontrer une préoccupation importante de santé publique;
 - reconstruire l'Institut Bordet sur le campus d'Anderlecht et créer un véritable cancéro-pôle qui inclut toute l'activité oncologique actuelle des deux hôpitaux (soins, recherche & enseignement) et travaille en étroite collaboration avec la faculté de médecine de l'ULB et ses laboratoires facultaires;
 - constituer un seul programme de soins oncologiques piloté par l'Institut Bordet, qui réunisse l'ensemble des structures hospitalières de l'ULB et du réseau Iris;
 - promouvoir les échanges et des collaborations avec d'autres centres anticancéreux, d'autres laboratoires de recherche et avec des organisations internationales scientifiques;
 - développer entre les deux institutions une série de synergies et de services partagés et harmoniser leur fonctionnement sur certains aspects (notamment pour les équipes communes);
- les conditions posées par les partenaires sont :
 - la préservation de l'organisation multidisciplinaire pour la prise en charge des cancers;
 - le développement du caractère académique des institutions (technologies de pointe, techniques novatrices, programmes de recherche clinique, translationnelle et fondamentale, enseignement);
 - la préservation du caractère public de l'Institut Bordet;
 - la répartition optimale des ressources humaines pour réussir les objectifs de cet accord-cadre;
 - l'intégration architecturale permettant de préserver l'identité des deux hôpitaux;
- le souhait de préserver l'identité propre à chacun des deux hôpitaux garanti :
 - l'identification aisée par les patients et acteurs de terrain des deux institutions;
 - le drainage des patients, des médecins, des étudiants en stage et des projets de recherche, ainsi que du mécénat;
 - le maintien de la multidisciplinarité et de la spécificité de la prise en charge oncologique;
 - le maintien d'un environnement humanisé, adapté aux patients cancéreux;
 - la préservation d'un financement spécifique à chacun.

Cette volonté de préserver l'identité propre de chaque institution devra rester compatible avec le souhait de synergies et d'harmonisation.

M. Dirk Thielens présente la partie de l'accord relative au développement de la pédiatrie :

- de doelstellingen :
 - rekening houden met een belangrijk volksgezondheidsprobleem;
 - de kwaliteit en fasering van de pediatrische zorg uitbouwen;
 - synergieën tussen de instellingen van de Iriskoepel en de ULB tot stand brengen;
- de werkwijze :
 - de erkenning van het UKZKF als pediatriesch referentiecentrum Iris-ULB (op termijn zal men ook de VUB daarbij moeten betrekken);
 - partnerschap met de andere pediatrische diensten (Erasmus, Sint-Pieter, IZZ) op het gebied van zorg, research en onderwijs;
 - de uitbouw van gemeenschappelijke ziekenhuisstructuren die zorgen voor gelijkwaardige behandeling van de patiënten en optimale mobiliteit van de medische teams;
 - de organisatie van uitwisseling en samenwerking met de overige ziekenhuizen van de ULB, andere pediatrische netten waaronder de VUB, onderzoekslaboratoria en wetenschappelijke organisaties.

Op 19 juni 2006 heeft het Irisnet een strategisch plan met de volgende krachtlijnen goedgekeurd :

- herstructurering van geriatrie en revalidatie;
- reorganisatie van psychiatrie;
- grote aanpassingen van de inrichting van de ziekenhuis-sites (overname van het ziekenhuis César de Paepe door het UMC Sint-Pieter en herschikking van het zorgaanbod in de Iris Zuid Ziekenhuizen (IZZ));
- andere reorganisaties ten gevolge van de kaderovereenkomst Iris-ULB.

De herstructurering betreft 15 % van de ziekenhuisbedden van het Irisnet (349 bedden) en wordt als volgt ver-taald : overdracht van 109 bedden van een ziekenhuis naar een ander, 46 gereconverteerde bedden (van acute bedden in daghospitalisatiebedden of van chirurgische en heelkundebedden naar geriatrie en revalidatiebedden) en 194 minder bedden (hoofdzakelijk acute bedden).

In 2006 hebben de ministers de ziekenhuizen verzocht om hun bouwprojecten mee te delen. Ze hebben vervolgens begrotingsmiddelen vrijgemaakt voor de periode van 2009 tot 2018-2019, rekening houdend met de desiderata, het financiële draagvermogen van de GGC (20 miljoen euro per jaar) en de door de federale overheden ter beschikking gestelde middelen.

Hoewel het Irisnet over een groot deel van de acute bedden beschikt, heeft het afstand gedaan van een deel van de bicom-munautaire subsidies waarop het aanspraak kon maken, ten gunste van de privésector. Het verschil wordt gefinancierd

- les objectifs :
 - rencontrer une préoccupation importante de santé pu-blique;
 - développer la qualité et l'échelonnement des soins pédiatriques;
 - développer des synergies entre les institutions d'Iris et de l'ULB;
- les modalités :
 - la reconnaissance de l'HUDERF comme centre de référence pédiatrique Iris-ULB (à terme il faudra éga-lement impliquer la VUB);
 - le travail en partenariat avec les autres services de pédiatrie (Erasme, St-Pierre, HIS) dans les domaines des soins, de la recherche et de l'enseignement;
 - le développement de structures interhospitalières as-surant un traitement équivalent pour les patients et une mobilité optimale des équipes médicales;
 - l'organisation des échanges et des collaborations avec les autres hôpitaux de l'ULB, d'autres réseaux pédi-atriques dont la VUB, des laboratoires de recherche et des organisations scientifiques.

Le réseau Iris a adopté un plan stratégique le 19 juin 2006. Ces grandes lignes sont :

- le redéploiement de la gériatrie et de la revalidation;
- la réorganisation de la psychiatrie;
- des adaptations majeures dans les configurations des si-tes hospitaliers (la reprise du Centre Hospitalier César de Paepe par le CHU Saint-Pierre et la redéfinition de l'offre de soins au Sud de Bruxelles (HIS));
- d'autres réorganisations issues de l'accord-cadre Iris-ULB.

Ce redéploiement concerne 15 % des lits des hôpitaux du réseau Iris (349 lits). Il se traduit comme suit : 109 lits transférés d'un hôpital à un autre, 46 lits reconvertis (des lits aigus en lits d'hospitalisation de jour, ou des lits de chirurgie et de médecine vers des lits de gériatrie et de revalidation) et 194 lits fermés (essentiellement des lits aigus).

En 2006, les ministres ont invité les hôpitaux à trans-mettre leurs projets de constructions. Ils leur ont ensuite alloué des budgets pour la période 2009 à 2018-2019, en tenant compte de leurs demandes ainsi que de la capacité financière de la Cocom (20 millions d'euros par an) et des moyens mis à disposition par les autorités fédérales.

Bien que le réseau Iris dispose d'une grande partie des lits aigus, il a renoncé à une partie des subsides bicom-munautaires auxquels il pouvait prétendre au profit du sec-teur privé. La différence est financée par le BMF (sur les

door het BFM (op de terugbetalingen van leningen). Sinds 2008 kunnen bepaalde projecten niet meer gefinancierd worden volgens de verdeelsleutel 60 % (GGC) – 40 % (federale overheid). Aangezien de openbare ziekenhuizen makkelijker aan krediet geraken, want ze beschikken over de waarborg van de ziekenhuisgemeenten, hebben ze de privésector laten profiteren van de verdeelsleutel 60 % – 40 % en gewerkt met de verdeelsleutel 10 % – 90 %. Indien het Iris-netwerk had kunnen vooruitlopen op de financiële crisis, had het zeker anders gehandeld. De privéziekenhuizen hebben dus, met instemming van het Irisnet, meer bicommunautaire subsidies gekregen dan waarop ze normaal recht zouden hebben gehad. Was dat niet het geval geweest, dan had men niet alle projecten kunnen realiseren.

De bespreking van het bouwplan is in twee stappen verlopen. Er is eerst een budget vrijgemaakt voor Iris via de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). Omdat dit onvoldoende was voor het geheel van de geplande werkzaamheden, werden enkele projecten aangepast: de oppervlakte van het VIS-gebouw van het UKZKF is bijvoorbeeld met de helft verminderd. De GGC heeft vervolgens 53 miljoen euro reserves vrijgemaakt. De bijkomende 24 miljoen euro voor Iris zijn volledige gebruikt voor de renovatie van het Bordet-Instituut.

De bedragen in het bouwplan van 2009 zijn niet geïndexeerd door de GGC die daar niet de middelen voor had. Het verschil komt dus ten laste van de ziekenhuizen, wat in het geval van het project Bordet op basis van de cijfers van 2005 een bedrag van 18 miljoen euro vertegenwoordigt. De ziekenhuizen en de adviesraad voor de gezondheid en de bijstand aan personen pleiten voor een indexering van de bedragen van het bouwplan.

De heer Etienne Wéry legt de uitdagingen uit voor de Brusselse ziekenhuizen op het vlak van de oncologie:

- toename van de bevolking (volwassenen en senioren);
- uitbreiding van de ambulante zorg (voortzetting van de tendensen 1997-2011 inzake consultaties);
- evolutie van de opnames (voortzetting van de tendensen 1997-2011 inzake One Day, opnames en verblijfsduur).

Alle typen tumoren in beschouwing genomen, blijft kanker de belangrijkste doodsoorzaak onder volwassenen (M/V). Er moet ook bijzondere aandacht worden besteed aan kanker bij vrouwen (senogynaecologie).

De uitdaging is des te groter op het gebied van kindergeneeskunde:

- stijging van 20 % van de bevolking in de leeftijdsgroep 0-14 (meer geboortes);

remboursements d'emprunts). Depuis 2008, certains projets ne peuvent plus être financés selon la clé de répartition 60 % (Cocom) – 40 % (Fédéral). Dans la mesure où les hôpitaux publics ont plus de facilités pour obtenir des crédits, car ils disposent de la garantie des communes hospitalières, ils ont laissé le secteur privé bénéficier de la clé 60 % – 40 % et ils ont fonctionné selon la clé 10 % – 90 %. Toutefois, si Iris avait pu anticiper la crise financière, il aurait certainement agi autrement. Les hôpitaux privés ont donc reçu, avec l'accord du réseau Iris, plus de subsides bicommunautaires que ce à quoi ils auraient normalement pu prétendre. S'il tel n'avait pas été le cas, il aurait été impossible de réaliser l'ensemble des projets.

La discussion du plan de construction s'est déroulée en deux étapes. Un budget a d'abord été alloué au réseau Iris par la Commission communautaire commune. Comme il ne permettait pas de réaliser l'ensemble des travaux prévus, certains projets ont dû être modifiés; la superficie du bâtiment Vis de l'HUDERF a ainsi été réduite de moitié. La Commission communautaire commune a ensuite dégagé 53 millions d'euros de réserves. Les 24 millions d'euros supplémentaires attribués à Iris ont été entièrement affectés à la rénovation de l'institut Bordet.

Les montants fixés dans le plan de construction en 2009 n'ont pas été indexés par la Commission communautaire commune qui n'en n'avait pas la capacité budgétaire. La différence est donc à charge des hôpitaux, ce qui dans le cas du projet Bordet, qui se base sur des chiffres de 2005, représente 18 millions d'euros. Les hôpitaux, comme le Conseil consultatif de la Santé et de l'Aide aux personnes plaident pour une indexation des montants du plan de construction.

M. Etienne Wéry présente les défis qui attendent les hôpitaux bruxellois en matière d'oncologie:

- augmentation de la population des adultes et des seniors;
- développement de l'ambulatoire (poursuite des tendances 1997-2011 en matière de consultations);
- évolution de l'hospitalisation (poursuite des tendances 1997-2011 en matière de One Day, d'admissions et de durées de séjour).

Tous types de tumeurs confondus, le cancer reste la principale cause de mortalité chez les adultes (H/F). Il faut également porter une attention particulière à l'incidence des cancers féminins (sénogynécologiques).

Le défi est encore plus important en matière de pédiatrie:

- augmentation de 20 % de la population des 0-14 ans (accélération des naissances);

- ontwikkeling van ambulante zorg (voortzetting van trends 1997-2011 inzake raadplegingen en spoedhulp);
- evolutie van de ziekenhuisopname (voortzetting van trends 1997-2011 voor One Day, opnames en verblijfsduur).

Het is ook belangrijk zich aan de nieuwe noden aan te passen (chronische en psychiatrische ziektes bij de kinderen).

Het Brussels Gewest beschikt over twee uitzonderlijke instrumenten, die uniek zijn in België, te weten de ziekenhuizen met een enkele specialiteit UKZKF en Bordet. Dat zijn instellingen met een nationale en internationale naam, die toegankelijk zijn voor alle soorten publiek en die nauw samenwerken met andere Belgische en buitenlandse ziekenhuizen. Zij zijn de jongste 15 jaar sterk ontwikkeld en voor die activiteiten is een uitbreiding van de oppervlakte vereist.

Alle gebouwen van Bordet en enkele diensten van het UKZKF zijn zeer oud en/of onaangepast aan de huidige en toekomstige noden.

De sociale, demografische en epidemiologische uitdagingen inzake kanker en pediatrie vergen adequate oplossingen van alle Brusselse zorgactoren, in het bijzonder van de openbare structuren.

De projecten van het Irisnet in de kalender van de constructies passen in een allesomvattende logica om tegemoet te komen aan die uitdagingen en beleid inzake volksgezondheid. Om al die redenen herhaalt de koepel zijn oproep tot een snelle uitvoering van de bouwkalender die van vitaal belang is voor de voortzetting van de opdrachten van openbare dienstverlening die de Irisziekenhuizen gekregen hebben, in het bijzonder Bordet en het UKZKF.

I.12.a. Uiteenzetting van de heer Georges Casimir, algemeen medisch directeur, en de heer Alain De Muynck, algemeen directeur, van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF)

De uiteenzetting van de heren Georges Casimir en Alain De Muynck wordt geïllustreerd met slides die als bijlage gaan (*cf. bijlage 11*).

De heer Georges Casimir geeft een kort historisch overzicht van het ziekenhuis dat bij zijn inhuuldiging in 1986 150 acute bedden telde die overgedragen werden door het Sint-Pieter-ziekenhuis en door het Brugmann-ziekenhuis. Het oorspronkelijk geplande aantal bedden bedroeg 300, maar werd dan neerwaarts herzien als gevolg van de terugtrekking van de VUB uit het project voor een gemeenschappelijke universitair pediatrie dienst van de ULB en de VUB. De VUB verkoos een pediatrie afdeling in het UZ Brussel op te richten, maar er bestaan medische contacten tussen het UKZKF en die structuur.

- développement de l'ambulatoire (poursuite des tendances 1997-2011 en matière de consultations et d'urgences);
- évolution de l'hospitalisation (poursuite des tendances 1997-2011 en matière de One Day, d'admissions et de durées de séjour).

Il est aussi impératif de s'adapter aux besoins nouveaux (maladies chroniques et psychiatriques chez les enfants).

La Région bruxelloise dispose de deux outils exceptionnels, uniques en Belgique, que sont les hôpitaux mono-spécialisés Huderf et Bordet. Il s'agit d'institutions de référence au niveau national et international, accessibles à tous les publics, et qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres hôpitaux belges et étrangers. Elles ont connu ces quinze dernières années un développement et une adaptation extraordinaires d'activités, qui nécessitent une refonte et un agrandissement des surfaces.

L'immobilier complet à Bordet et certains services de l'Huderf sont d'une grande vétusté et/ou sont inadaptés aux besoins actuels et à venir.

Les défis sociaux, démographiques et épidémiologiques à venir en cancérologie et en pédiatrie appellent des réponses adéquates de tous les acteurs de soins bruxellois, singulièrement des structures publiques.

Les projets du réseau Iris repris dans le calendrier des constructions s'inscrivent dans une logique et une cohérence globales visant à répondre à ces défis et aux politiques de santé publique. Pour toutes ces raisons, la faitière réitère son appel à une mise en œuvre rapide du calendrier des constructions, qui est vital pour la poursuite des missions de service public confiées aux hôpitaux Iris, en particulier à Bordet et à l'Huderf.

I.12.a. Exposé de M. Georges Casimir, Directeur général médical, et de M. Alain De Muynck, Directeur général, de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)

La présentation de MM. Georges Casimir et Alain De Muynck s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (*cf. annexe 11*).

M. Georges Casimir dresse un bref historique de l'hôpital qui, lors de son inauguration en 1986, comptait 150 lits aigus cédés par l'hôpital Saint-Pierre et par l'hôpital Brugmann. Le nombre de lits initialement prévus était de 300 mais il fut revu à la baisse à la suite du retrait de la VUB du projet de service de pédiatrie académique commun ULB/VUB. La VUB a préféré créer une section pédiatrique à l'UZ Brussel mais des liaisons médicales existent entre l'Huderf et cette structure.

Het huidige concept van het UKZKF is voorbijgestreefd :

- weinig kamers ouders-kinderen terwijl aangetoond is dat de aanwezigheid van de ouders de kwaliteit van de zorgen verbetert;
- geen dagziekenhuis terwijl de gemiddelde duur van de pediatrie opnames op spectaculaire wijze gedaald is in de loop van de jongste tien jaar (van 10 tot 5 dagen), met ernstiger pathologieën;
- te kleine spoeddienst en te kleine ambulante afdeling.

Het eerste medische plan (1999-2005) :

- evaluatie van het kader : een benchmarking van 35 kinderziekenhuizen in de wereld heeft de noodzaak aangetoond van een specifiek kader, in aantal en kwaliteit, en heeft geleid tot een uitbreiding van het kader van het ziekenhuis, met respect voor een strikt begrotingsbeleid;
- ontwikkeling van de wetenschappelijke en universitaire aspecten : oprichting van een wetenschappelijk fonds « Kids Fund for pediatric research » dat onderzoeksbeurzen heeft kunnen geven aan jonge artsen die met kinderen werken (18 doctoraatsthesisen in de jongste 10 jaar);
- transversale aspecten (pijn, voeding, ziekenhuishygiëne eigen aan de pediatrie en kwaliteit van de zorgen);
- wens om een dienst voor korte opname op te richten (beheer van de spoed);
- ontwikkeling van nieuwe promotionele activiteiten (meer dan veertig nieuwe activiteiten die tegemoet komen aan de noden inzake volksgezondheid en aan tertiaire aspecten van de pediatrie);
- multidisciplinair beheer van de chronische ziektes : de toename van de levensverwachting van de kinderen met chronische ziektes vereist dat zij door artsen voor volwassenen behandeld worden;
- ontwikkeling van het dagziekenhuis en de doorverwezen ambulante zorg.

Het UKZKF in cijfers :

- 168 erkende bedden (90 in de pediatrie, een veertigtal in de chirurgie, neonatologie, intensieve zorgen, psychiatrische eenheid);
- 640 VTE's;
- 6.500 opnames per jaar;

La conception actuelle de l'Huderf est dépassée :

- peu de chambres parents-enfants alors qu'il est démontré que la présence des parents améliore la qualité des soins;
- pas d'hôpital de jour alors que la durée moyenne des hospitalisations pédiatriques a diminué de façon spectaculaire au cours des dix dernières années (de 10 à 5 jours), avec des pathologies plus lourdes;
- service des urgences et secteur ambulatoire sous-dimensionnés.

Le premier plan médical (1999-2005) :

- évaluation du cadre : un benchmarking de 35 hôpitaux d'enfants dans le monde a montré la nécessité d'avoir un cadre spécifique, en nombre et en qualité, et a conduit à une augmentation du cadre de l'hôpital, en maintenant l'orthodoxie budgétaire;
- développement des aspects scientifiques et universitaires : création d'une fondation scientifique « Kids Fund for pediatric research » qui a permis d'offrir des bourses de recherches à de jeunes médecins actifs dans le monde de l'enfance (dix-huit thèses de doctorat au cours des dix dernières années);
- aspects transversaux (la douleur, la nutrition, l'hygiène hospitalière propre aux structures pédiatriques et la qualité des soins);
- souhait de réaliser une unité porte (gestion de l'urgence);
- développement d'activités nouvelles promotionnelles (plus de quarante nouvelles activités correspondant à des besoins de santé publique et à des aspects tertiaires de l'activité pédiatrique);
- gestion multidisciplinaire des maladies chroniques : l'augmentation de l'espérance de vie des enfants souffrant de maladies chroniques nécessite notamment leur prise en charge par des médecins d'adultes;
- développement de l'hôpital de jour et de l'ambulatoire référé.

L'Huderf en chiffres :

- 168 lits agréés (90 en pédiatrie, une quarantaine en chirurgie, néonatalogie, soins intensifs, unité psychiatrique);
- 640 ETP employés;
- 6.500 admissions en hospitalisation/an;

- 5.600 daghospitalisaties per jaar;
- 5.800 chirurgische ingrepen per jaar;
- 24.000 (en 27.000 in 2011) spoedopnames per jaar;
- 117.000 consultaties per jaar (waarvan 40 % patiënten van buiten het Brussels Gewest);
- aanzienlijke toename van de universitaire activiteiten op het vlak van onderwijs (meer dan 350 pediaters opgeleid op vijftieng jaar tijd, constant 40 studenten geneeskunde) en research.

Het medisch plan 2006-2011 :

- invoering van triage in de spoeddienst (naar het voorbeeld van Parijs en Montréal);
- grote stap voorwaarts wat betreft de conventies voor chronisch zieken (essentiële rol van het paramedisch personeel bij de verzorging van zieke kinderen);
- overgang van een klassiek ziekenhuis naar ambulante verzorging.

Het nieuw medisch plan 2012-2016 strekt ertoe :

- de bovengrondse problemen op te lossen;
- het comfort voor de structuren voor kinderen en ouders aan te passen (België heeft het Handvest van Leiden ondertekend dat ouders het recht garandeert om onder de beste omstandigheden bij hun kind te blijven);
- zich aan te passen aan de nieuwe behoeften, met name aan de pedopsychologische aspecten; kinderen tussen 0 en 6 jaar hebben ontegensprekelijk behoefte aan aandachtsvol, multidisciplinair, preventief en curatief toezicht, zodat ze verzorgd kunnen worden, geen schoollessen missen en in de toekomst niet in de delinquentie verzeilen.

Het medisch plan 2006-2012 wordt specifiek gekenmerkt door :

- een toename van het aantal artsen (residenten);
- de ontwikkeling van universitaire profielen (achttien eindwerken rond pediatrie);
- de diversificatie van de competenties (voedingsallergieën, stofwisselingsziekten, neurologische revalidatie, cochlear implantaten, autisme, internationale adoptie ...);
- de transversale aspecten (pijnbestrijding, palliatieve zorg, thuiszorg/liaison, ziekenhuishygiëne en haar specifieke kenmerken, dieet volgens de chronische ziekte ...);

- 5.600 admissions en One Day/an;
- 5.800 opérations chirurgicales/an;
- 24.000 (et 27.000 en 2011) accueils en urgence/an;
- 117.000 consultations/an (dont 40 % proviennent de l'extérieur de la Région bruxelloise);
- activités universitaires considérablement développées en matière d'enseignement (plus de 350 pédiatres formés en vingt-cinq ans, 40 étudiants en médecine en permanence) et de recherche.

Le plan médical 2006-2011 a assuré :

- la mise en place de la fonction tri au service des urgences (sur la base de ce qui se pratique à Paris et à Montréal);
- le développement majeur des conventions pour maladies chroniques (rôle essentiel des paramédicaux dans les soins donnés aux enfants malades);
- le passage de l'hôpital classique à l'ambulatoire.

Le nouveau plan médical 2012-2016 vise à :

- répondre aux problèmes de surfaces;
- adapter le confort des structures pour les enfants et les parents (la Belgique est signataire de la Charte de Leiden qui garantit au parent le droit d'être au chevet de son enfant dans les meilleures conditions);
- s'adapter aux besoins nouveaux, notamment aux aspects pédopsychologiques; entre 0 et 6 ans, l'enfant a absolument besoin d'un regard attentif et multidisciplinaire, préventif et curatif, de manière à être soigné et intégré dans la scolarité ainsi qu'à prévenir la délinquance future.

De manière plus spécifique, le plan médical 2006-2012 se caractérise par :

- la majoration du nombre de résidents;
- le développement des profils universitaires (dix-huit thèses de pédiatrie);
- la diversification des compétences (anaphylaxie alimentaire, maladies métaboliques, revalidation neurologique, implants cochléaires, autisme, adoption internationale,...);
- les aspects transversaux (équipe douleur, équipe soins palliatifs, équipe soins à domicile-liaison, hygiène hospitalière et ses spécificités, diététique appliquée à chaque maladie chronique, ...);

- de ontwikkeling van een multidisciplinaire aanpak.

Het medisch plan 2012-2016 spitst zich toe op :

- de uitbouw van een interhospital afdeling voor pediatri-sche chirurgie (in het kader van de overeenkomst tussen de ULB, de stad en het OCMW van Brussel, het Eras-musziekenhuis en het Irisnet);
- de begeleiding van adolescenten en hun overgang naar volwassenheid (mucoviscidosemodel);
- perinatologie en genetica;
- infecties (het vaccin tegen het rotavirus vermindert het aantal pediatri-sche opnames met 15 tot 20 %);
- de relaties met de andere Brusselse ziekenhuizen (UZ, UCL) om onder meer de bedreigde specialismen inzake pediatrie (anesthesisten en radiologen) te beschermen.

De heer Alain De Muynck benadrukt dat het UKZKF zeer snel geconfronteerd werd met een groot gebrek aan oppervlakte (consultaties, school, spel, kinesithérapie enz.), hoewel het niet minder vierkante meter per bed dan de andere ziekenhuizen had gekregen. Een audit bracht aan het licht dat het gebouw te massief was. Thans hebben de meeste standaardeenheden een lange gang naar een reeks kamers met daglicht. Het gebouw van het UKZKF is echter te compact, waardoor er te veel gangen zijn en een reeks lokalen geen daglicht binnen krijgen.

De audit heeft er ook op gewezen dat de kamers niet aangepast waren aan de opvang van de ouders. De directie was zich al bewust van dat probleem, aangezien het ge-bouw ontworpen werd toen de ouders tijdens de bezoeken kwamen en niet betrokken werden bij de verzorging van de kinderen.

Het ziekenhuis had bijgevolg een zeer ongunstige ver-houding tussen de bruto- en netto-oppervlakte (54 %).

Het UKZKF nam niet deel aan het eerste ziekenhuis-bouwschema. Bijgevolg trachtte het met zijn eigen geld-middelen de installaties te verbeteren met kortetermijnop-lossingen :

- prefabgebouwen voor pedopsychiatrie (K-bedden);
- voorlopige opvang in K-dagbedden in een huis dicht bij de basiliek van Koekelberg;
- een administratief prefabgebouw (om in het ziekenhuis ruimte vrij te maken voor de zorgdiensten);

- le développement de l'approche multidisciplinaire.

Le plan médical 2012-2016 se concentre sur :

- le développement d'un département inter-hospitalier de chirurgie pédiatrique (dans le cadre de la convention entre l'ULB, la ville et le CPAS de Bruxelles, l'hôpital Erasme et le réseau Iris);
- la prise en charge des adolescents et de la transition vers l'âge adulte (modèle « mucoviscidose »);
- la périnatologie et la génétique;
- le domaine des infections (le vaccin contre le rotavirus permet de réduire de 15 % à 20 % l'hospitalisation pé-diatrique);
- les liens avec les autres hôpitaux bruxellois (UZ, UCL, ...) afin notamment de protéger des spécialisa-tions en danger au niveau pédiatrique (anesthésistes et radiologues).

M. Alain De Muynck souligne que l'Huderf a très rapi-dement été confronté à un problème majeur de manque gé-néral de surfaces (consultations, école, jeux, kinésithérapie, etc.) alors qu'il n'avait pourtant pas reçu moins de surface au mètre carré par lit que les autres hôpitaux. Un audit a révélé que le bâtiment était trop épais. A l'heure actuelle, la plupart des unités standard ont un long couloir qui dessert une série de chambres, avec un accès à la lumière du jour. Cependant, le bâtiment de l'Huderf est trop compact ce qui entraîne une multiplication des couloirs et laisse une série de locaux sans accès à la lumière du jour.

Cet audit a également mis en évidence le fait que les chambres n'étaient pas adaptées à l'accueil des parents. La direction était déjà bien consciente de ce problème puisque le bâtiment a été conçu à une époque où les parents ve-naient aux heures de visite et ne participaient pas aux soins des enfants.

L'hôpital avait donc un rapport surfaces brutes /nettes très défavorable (54 %).

L'Huderf n'a pas eu accès au premier calendrier des constructions hospitalières. Il a donc essayé d'améliorer les installations avec des solutions à court terme sur fonds propres :

- bâtiments préfabriqués pour la pédopsychiatrie (« lits K »);
- hébergement provisoire « lits K de jour » dans une mai-son proche de la Basilique de Koekelberg;
- préfabriqué administratif (pour libérer de l'espace dans l'hôpital et l'utiliser pour les services de soins);

- opvanghuis (iets verder dan het ziekenhuis) – schoolopervlakten (project gefinancierd via een vzw);
- herinrichting van de kinesitherapie.

Het ziekenhuis wenste eveneens op middellange termijn te beschikken over een rechtstreekse verbinding met de kraamkliniek van Brugmann, die zich aan andere kant van de campus bevond (een baby van de afdeling neonatologie moest per ambulance worden overgebracht). Brugmann heeft zijn kraamkliniek gebouwd naast het UKZKF met een loopbrug tussen de dienst neonatologie en het bevallingskwartier. Daardoor konden de neonatologie in het UKZKF en de perinatologie in het algemeen verder uitgebouwd worden.

Er werd een architectenbureau aangewezen dat een project moest uitwerken om de bestaande infrastructuur zo goed mogelijk te gebruiken en tegelijk de verhouding tussen de bruto- en netto-oppervlakte te verbeteren. Er werd aldus beslist om een extra verdieping en een nieuw gebouw (VIS) te bouwen.

Het UKZKF kreeg vervolgens toegang tot het bouw-schema, waardoor het :

- de intensieve neonatologie kon bouwen naast de nieuwe kraamkliniek van Brugmann. Het UKZKF en Brugmann vormen een erkende ziekenhuisgroep met een erkende dienst voor perinatologie (vereniging van een intensieve materniteit en een dienst voor intensieve neonatologie);
- een extra verdieping kon bouwen;
- een bufferruimte kon aanleggen voor de renovatie van de andere eenheden;
- de zaal van de zuigelingen kon renoveren.

De renovatie van de afdeling intensieve zorg is aan de gang. De werken aan het VIS-gebouw moeten nog beginnen. Vervolgens moeten de vrijgekomen oppervlakten in het huidige gebouw toegewezen worden aan de ambulante verzorging, die thans met plaatsgebrek kampt, en moet de laatste hand gelegd worden aan de renovatie van de overige zorgeenheden.

De spreker geeft een overzicht van de uitgevoerde werken :

- verbouwing van de oude school tot dagziekenhuis hémato-oncologie;
- kinesitherapielokalen;
- opvanghuis voor ouders verbonden met het ziekenhuis (beheerd door vrijwilligers) met een salon en een keuken (maar zonder TV in de kamers, ter bevordering van menselijk contact). Op de benedenverdieping van dit ge-

- maison d'accueil (un peu en dehors de l'hôpital) – surfaces de l'école (projet financé via une ASBL);
- réaménagement de la kinésithérapie.

L'hôpital souhaitait également disposer à moyen terme d'une liaison directe avec la maternité de Brugmann qui se trouvait à l'opposé du campus (le transfert d'un bébé en néonatalogie devait se faire par ambulance). Brugmann a reconstruit sa maternité à côté de l'Huderf avec une liaison par passerelle entre le service de néonatalogie et le quartier d'accouchement, ce qui a permis de développer la néonatalogie à l'Huderf et la périnatologie de manière générale.

Un bureau d'architecture a été désigné afin d'élaborer un projet permettant d'exploiter au mieux l'infrastructure existante, en gardant à l'esprit la nécessité d'améliorer le rapport surfaces nettes/brutes. Il a ainsi été décidé de construire un étage supplémentaire ainsi qu'un nouveau bâtiment (Vis).

L'Huderf a ensuite accédé au calendrier des constructions, ce qui lui a permis :

- d'adosser la néonatalogie intensive à la nouvelle maternité de Brugmann. L'Huderf et Brugmann forment un groupement hospitalier agréé avec un agrément de service de périnatologie (association d'une maternité intensive et d'un service de néonatalogie intensif);
- de construire un étage supplémentaire;
- de créer ainsi un « espace tampon » pour la rénovation des autres unités;
- de rénover la salle des nourrissons.

La rénovation de l'unité de soins intensifs est en cours et la construction du bâtiment Vis doit encore être lancée. Il faudra ensuite réallouer les surfaces libérées dans le bâtiment actuel pour l'ambulatorio, qui est actuellement étouffé, et finaliser la rénovation des unités de soins restantes.

L'orateur dresse la liste des travaux réalisés :

- transformation de l'ancienne école en hôpital de jour d'hémato-oncologie;
- locaux de kinésithérapie;
- maison d'accueil des parents reliée à l'hôpital (gérée par des volontaires) avec un salon et une cuisine (mais sans télévision dans les chambres pour favoriser la communication entre les personnes). Au rez-de-chaussée de cet

bouw bevindt zich de Robert Dubois School, die erkend is door de Stad Brussel;

- intensieve dienst neonatologie (met een open ruimte voor elf wiegen, vier à vijf isoleerkamers);
- het comfort van de kamers verhogen (eenheid voor zuigelingen); de renovatie beoogt alle kamers toegankelijk te maken voor de ouders (kamers voor ouders/kinderen met aangepaste bedden en sanitaire voorzieningen), waardoor er minder kamers zijn per eenheid (van 30 tot 20 bedden);
- rustzaal (ingericht door het verplegend personeel) waar gezinnen kunnen afscheid nemen van overleden kinderen;
- vijfde verdieping.

Het UKZKF heeft advies gekregen van een bureau dat gespecialiseerd is in duurzaam bouwen om dat aspect op te nemen in het bestek (isolatie van de gebouwen, raamkozijnen in hout met label, enz.).

Het Henri Vis-gebouw moet nog worden opgetrokken, en zal de mogelijkheid bieden :

- een tweede doorgang te creëren tussen het UKZKF en de kraamafdeling (thans bestaat enkel de doorgang tussen de neonatologie en de afdeling zwangerschappen met hoog risico);
- de spoeddienst af te stemmen op de noden van de bezoekers;
- een echte heelkundige dagkliniek op te richten;
- de dienst kinderpsychiatrie definitief te installeren (thans zijn de bedden verspreid over twee plaatsen buiten het UKZKF);
- opnieuw een operatiekamer te bouwen (het huidige bestaat 30 jaar in 2016 en is dan afgeschreven);
- de consultaties uit te breiden tot de « teruggewonnen » ruimtes;
- het aantal ruimtes met daglicht te verhogen;
- het verkeer te verbeteren, met name met de materniteit van het UZ-Brugmann.

I.12.b. Gedachtewisseling

De heer Jacques Morel wenst de aantrekkingszone van het ziekenhuis te kennen.

immeuble se trouve l'école Robert Dubois agréée par la ville de Bruxelles;

- service de néonatalogie intensif (avec une surface ouverte de onze berceaux, quatre-cinq chambres d'isolement);
- améliorer le confort des chambres (unité des nourrissons); l'objectif de la rénovation est que toutes les chambres soient accessibles aux parents (chambres parents-enfants avec lits intégrés et sanitaires adaptés), ce qui entraîne une diminution du nombre de chambres par unité (de 30 à 20 lits);
- salle de répit (décorée par le personnel infirmier) afin d'installer les corps des enfants décédés et de permettre aux familles de se recueillir;
- 5^e étage.

L'Hudorf a pris conseil auprès d'un bureau spécialisé en construction durable afin d'intégrer cette problématique dans le cahier des charges (isolation des bâtiments, châssis en bois labellisé, etc.).

Le bâtiment Henri Vis doit encore être réalisé. Il permettra :

- de créer une seconde communication entre l'Hudorf et la maternité (à l'heure actuelle, il n'existe que la liaison entre la néonatalogie et le secteur des grossesses à haut risque);
- de dimensionner le service des urgences conformément aux nécessités de sa fréquentation;
- de créer un véritable hôpital de jour chirurgical;
- d'installer la pédopsychiatrie de manière définitive (lits actuellement dispersés dans deux endroits situés en dehors de l'HUDERF);
- de reconstruire le quartier opératoire (l'actuel aura trente ans en 2016 et il sera amorti financièrement);
- de permettre l'extension des activités de consultation dans les surfaces « récupérées » en interne;
- d'augmenter le nombre de locaux disposant de la lumière du jour;
- d'améliorer les circulations, notamment avec la maternité du CHU Brugmann.

I.12.b. Échange de vues

M. Jacques Morel aimerait connaître la zone d'attractivité de l'hôpital.

De heer Georges Casimir zegt dat de zone voor werving afhankelijk is van de betrokken activiteit en de mate waarin zij van tertiaire aard is. Het heeft een uiterst belangrijke functie als buurtziekenhuis. Voor tertiaire activiteiten daarentegen, d.w.z. de activiteiten die voornamelijk plaatsvinden in 's lands zeven academische structuren voor pediatrie, komen 40 % van de patiënten van buiten het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (8 % uit Vlaanderen). Het ziekenhuis heeft sterke banden met het Groot-Hertogdom Luxemburg, met de universiteit van Luik (voor cardiologische interventies) en met het UCL (dialyse en transplantaties).

Er bestaan zelfs quataire activiteiten die enkel in sommige van die structuren plaatsvinden (dialyse bij kinderen en transplantaties enkel in de KUL en in het UKZKF, levertransplantatie in het UCL en de KUL). Het is absoluut noodzakelijk dat de ziekenhuizen meer en meer samenwerken om te beschikken over een voldoende grote kritieke massa om de patiënten de best mogelijke zorg te verschaffen. Er mag niet te veel van het enorm dure materiaal komen.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux wenst te weten waarom de pediatrie beschouwd wordt als de arme tak van de RIZIV-nomenclatuur.

Zij wenst ook verduidelijkingen over de opvang van kinderen met autisme (gaat het over ambulante zorg ?) en over de Robert Dubois-school.

De heer Georges Casimir licht toe dat het moeilijker is kinderen te verzorgen dan volwassenen : het vergt meer tijd, kost meer en de nomenclaturen zijn vaak dezelfde. Dat komt enerzijds door het feit dat specifieke apparaten nodig zijn voor een kleine bevolkingsgroep (materiaal voor een bronchoscopie verschilt volgens de leeftijd van het kind : prematuur, minder dan drie jaar, drie tot acht jaar). Anderzijds moet al dat materiaal een plaats krijgen. Tot slot moet de dokter meer tijd hebben om aan het kind en aan zijn ouders uit te leggen welke procedure hij gaat volgen. De aanzienlijke verhoging van een aantal RIZIV-codes voor de pediatrie vergde een grote inspanning. Die aanzienlijke vooruitgang werd geboekt dankzij het werk van de kindziekenhuizen en het luisterend oor van de wetgever, het RIZIV en het departement Volksgezondheid. Er is onderzoek verricht over de medische dagklinieken en over voorlopige opname, met een concreet voorstel voor een RIZIV-code voor terugbetaling van deze activiteit, die essentieel is voor de pediatrie.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux veronderstelt dat die te lage raming van de RIZIV-nomenclatuur gevolgen heeft inzake het verplegend personeel.

De heer Georges Casimir geeft aan dat de omkadering onderschat wordt in de pediatrie. In verscheidene landen wordt die kwestie beschouwd op forfaitaire basis naar gelang van het type pathologie (bijvoorbeeld door intensieve neonatale diensten bijzondere omkadering te geven). Bel-

M. Georges Casimir indique que la zone de recrutement dépend des activités concernées et de leur caractère plus ou moins tertiaire. Il existe une fonction d'hôpital de proximité extrêmement importante. En revanche, pour les activités tertiaires, c'est-à-dire les activités qui sont essentiellement effectuées dans les sept structures académiques de pédiatrie du pays, 40 % des patients proviennent de l'extérieur de la Région de Bruxelles-Capitale (8 % de Flandre). L'hôpital entretient des liens importants avec le Grand-Duché du Luxembourg, avec l'Université de Liège (pour les activités de cardiologie interventionnelle) et avec l'UCL (en matière de dialyse et de transplantations).

Il existe même des activités quaternaires qui ne sont réalisées que dans certaines de ces structures (dialyse pédiatrique et transplantations uniquement à la KUL et à l'Huderf, greffe de foie à l'UCL et à la KUL). Il est indispensable que les hôpitaux s'associent de plus en plus pour disposer d'une masse critique suffisante afin d'offrir aux patients les meilleurs soins possibles. Il faut éviter une multiplication à l'infini de matériel extrêmement coûteux.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait savoir pourquoi la pédiatrie est considérée comme un parent pauvre dans la nomenclature INAMI.

Elle souhaite également recevoir des précisions sur l'accueil des enfants autistes (s'agit-il de soins ambulatoires ?) ainsi que sur l'école Robert Dubois.

M. Georges Casimir explique qu'il est plus compliqué de soigner des enfants que des adultes : cela prend plus de temps, cela coûte plus cher et les nomenclatures sont souvent les mêmes. D'une part, parce qu'il faut un appareillage spécifique pour une petite tranche de la population (le matériel pour effectuer une bronchoscopie est différent selon la tranche d'âge de l'enfant : prématuré, moins de trois ans, trois à huit ans). D'autre part, parce qu'il faut entreposer tout ce matériel. Enfin, parce que le médecin doit consacrer plus de temps pour expliquer à l'enfant et à ses parents la procédure qu'il va réaliser. Un gros effort a été réalisé avec l'augmentation significative d'un nombre de codes INAMI en pédiatrie. Ces progrès substantiels ont été engrangés grâce au travail des pédiatres ainsi qu'à l'écoute du législateur, de l'INAMI et du ministère de la Santé publique. Une étude a été réalisée sur les hôpitaux de jour médicaux et sur l'hospitalisation provisoire, avec une proposition concrète d'avoir un code INAMI de remboursement pour cette activité essentielle en pédiatrie.

Mme Jacqueline Rousseaux suppose que cette sous-évaluation de la nomenclature INAMI a des conséquences en termes de personnel soignant.

M. Georges Casimir indique que l'encadrement est sous-évalué en pédiatrie. Plusieurs pays européens ont envisagé cette question sur une base forfaitaire en fonction du type de pathologie (par exemple, en dotant des unités néonatales intensives d'un encadrement particulier). La Belgique a

gië heeft hetzelfde gedaan, maar de eenheden voor intensieve zorg in de pediatrie zijn nog niet erkend als dusdanig en zijn dus nog niet toereikend omkaderd.

Autistische patiënten zullen ambulante verzorgd worden door een pluridisciplinair team in het kader van een RIZIV-overeenkomst op grond waarvan zij toereikende zorg kunnen krijgen, alsook een diagnose waarmee een inschakelingsproject kan uitgewerkt worden. Elke structuur die beschikt over een overeenkomst heeft specifieke banden met plaatsen waar de autistische personen terecht kunnen voor heraanpassing.

De heer Alain De Muynck herinnert eraan dat dokter Dubois diensthoofd was van de dienst pediatrie in het Sint-Pietersziekenhuis in de jaren '50. Hij was het die de nood aanvoelde om kinderen in staat te stellen hun schoolloopbaan voort te zetten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Die school opende haar deuren tegelijk met het UKZKF en maakt deel uit van het officieel net van de Stad Brussel. Net als de pediatrie vangt deze instelling meer en meer kinderen op die ambulante zorg krijgen maar niet naar een gewone school kunnen.

Mevrouw Bianca Debaets stelt vast dat het aantal spoedopnamen blijft stijgen. De reden daarvoor is onder andere dat Brusselaars geen vaste huisarts hebben en dat ze te vaak onterechte en overmatige gebruik van de spoeddienst maken.

Het parlementslid zou graag meer informatie krijgen over de invoering van de « dispatching » voor de spoedgevallen. Hoe is het ziekenhuis van plan om het aantal spoedgevallen terug te dringen en mensen aan te moedigen om een vaste huisarts te hebben ?

Het tekort aan verpleegkundigen, medisch en paramedisch personeel is een algemeen probleem voor het hele land dat toch zich scherper stelt in Brussel; het personeel moet onder andere tweetalig zijn wat bijzonder belangrijk is om met een ziek kind in zijn moedertaal te kunnen praten. Wordt het instituut geconfronteerd met dergelijke problematiek ?

De heer Georges Casimir benadrukt dat het UKZKF, zoals vele andere openbare ziekenhuizen, een groot aantal patiënten opvangt die geen huisarts of behandelend pediatr hebben (30 %), en die niet naar de consultaties van Kind en Gezin gaan. Het openbaar ziekenhuis heeft een fundamentele rol voor die bevolking. Het UKZKF heeft een partnerschap met Kind en Gezin om die kinderen door te verwijzen naar structuren die hen kunnen opvangen voor preventieve zorg. Tevens werden partnerschappen gesloten met poliklinieken in de buurt, maar die initiatieven blijven ontoereikend, gelet op de omvang van het verschijnsel.

De spreker pleit voor denkwerk over zorgbekkens, zowel voor volwassenen als voor kinderen. De vraag is hoe ziekenhuizen, specialisten en huisartsen, in samenwerking

également agit de la sorte mais les unités de soins intensifs pédiatriques ne sont pas encore reconnues en tant que telles et elles ne sont donc pas encadrées de manière adéquate.

Les patients autistes sont soignés en ambulatoire par une équipe multidisciplinaire dans le cadre d'une convention INAMI qui permet de les traiter adéquatement et d'établir un diagnostic permettant d'élaborer un projet d'insertion. Chaque structure disposant d'une convention a développé des liens spécifiques avec des lieux où les personnes autistes peuvent se rendre en réadaptation.

M. Alain De Muynck rappelle que le docteur Dubois était le chef du service de pédiatrie à l'hôpital Saint-Pierre dans les années 50. C'est lui qui a senti la nécessité de permettre aux enfants de poursuivre leur scolarité pendant leur séjour à l'hôpital. Cette école a été ouverte en même temps que l'Huderf, elle fait partie du réseau officiel de la ville de Bruxelles. A l'image de la pédiatrie, cet établissement accueille de plus en plus d'enfants qui sont soignés en ambulatoire mais qui sont incapables de fréquenter une école classique.

Mme Bianca Debaets constate que le nombre des prises en charge médicales continue d'augmenter. Cela est notamment dû au fait que les Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste attitré et que, trop souvent, ils recourent aux services des urgences de façon abusive et excessive.

La députée souhaiterait en savoir davantage sur l'instauration de la procédure de tri au niveau des urgences. Comment l'hôpital entend-il faire baisser le nombre de recours aux services des urgences et inciter les gens à avoir un médecin généraliste attitré ?

Le manque de personnel infirmier, médical et paramédical est un problème généralisé à l'ensemble du pays, mais qui se pose de façon plus aiguë à Bruxelles; le personnel doit notamment y être bilingue, c'est essentiel pour pouvoir s'adresser à un enfant malade dans sa langue maternelle. L'établissement est-il confronté à ce genre de problème ?

M. Georges Casimir souligne que l'Huderf, comme beaucoup d'hôpitaux publics, accueille un nombre important de patients (30 %) sans médecin généraliste, ni pédiatre traitant et qui ne fréquentent pas les consultations de l'ONE. L'hôpital public joue un rôle fondamental pour cette population. L'Huderf a noué un partenariat avec l'ONE pour essayer de réorienter ces enfants vers les structures qui peuvent les accueillir et assurer une médecine préventive. Des partenariats ont également été scellés avec des dispensaires situés à proximité de l'hôpital mais ces initiatives demeurent insuffisantes vu l'ampleur du phénomène.

L'orateur plaide pour une réflexion en termes de bassin de soins aussi bien pour les adultes que pour les enfants. Il faut s'interroger sur la manière dont les hôpitaux, les mé-

met de bestaande sociale en preventieve structuren, kunnen komen tot een structuur die de mogelijkheid biedt de patiënten kwalitatief hoogstaande permanente dienstverlening te blijven geven.

De heer Alain De Muynck verduidelijkt hoe de spoed-diensten de patiënten selecteren. Het ziekenhuis vertrekt van de vaststelling dat de patiënten vaak te lang in de wachtzaal wachten en dat het soms moeilijk te zien is welke de zwaarste gevallen zijn. Een klein team van twee verpleegsters en een dokter heeft een opleiding gekregen in Parijs en in Montreal om de patiënten bij hun aankomst naar een van de vier zones van de wachtzaal te sturen, die elk een bepaalde mate van hoogdringendheid en een bepaalde wachttijd hebben. Dat eerste contact met een verplegend team biedt dus de mogelijkheid de ouders te informeren en gerust te stellen; zij weten voortaan waarom zij moeten wachten, zodat ze veel minder agressief zijn ten aanzien van het verzorgend personeel.

Het gebrek aan verplegend personeel is een algemeen probleem, dat bijzonder schrijnend is in het Brussels Gewest. Bovendien krijgen de kindziekenhuizen te maken met een bijkomend probleem : de verpleegsters mogen er niet werken zodra zij zwanger zijn tot zij stoppen borstvoeding te geven (ongeveer zestig verpleegsters per jaar). Desondanks slaagt het ziekenhuis erin te functioneren, hoewel het af en toe een eenheid moet sluiten om de kinderen niet in gevaar te brengen.

De directeur van het departement verpleegkunde is Nederlandstalig en docent aan de VUB, wat de werving van Nederlandstalige verpleegsters vergemakkelijkt; de helft van de hoofdverpleegsters zijn trouwens Nederlandstalig. Daarnaast spreekt het personeel aan het onthaal elf verschillende talen.

Mevrouw Fatoumata Sidibe vraagt of het bouwplan voor het ziekenhuis rekening houdt met de verhoging van het aantal patiënten in de pediatrie met een kwart tegen 2020.

Een zorgeenheid werd gerenoveerd om de ouders in staat te stellen in de kamer van hun kind te verblijven. Bestaat het plan om andere eenheden op die manier in te richten ? Wat is het verschil tussen die kamers voor ouders/kinderen en het opvanghuis voor de ouders ? Hoeveel mensen kunnen in dat huis verblijven ?

De heer Alain De Muynck licht toe dat het opvanghuis beschikt over tien kamers met twee bedden, en een essentiële rol heeft tot de renovatie van de zorgeenheden voltooid is, wat nog een tiental jaren gaat duren (nog drie zorgeenheden te renoveren).

De spreker denkt echter niet dat de bestaansreden van de opvanghuizen op de duur zal verdwijnen. Er zullen altijd diensten blijven waar men moeilijk bij het kind kan overnachten (intensieve zorg, neonatologie enz.). Bovendien varieert de bezetting van de dienst pediatrie volgens de seizoenen wat

decins spécialistes et les généralistes peuvent offrir aux patients, en collaboration avec les services sociaux et de prévention existants, une structure qui leur permette d'assurer et maintenir un service de garde de qualité.

M. Alain De Muynck précise la procédure de tri instaurée au niveau des urgences. L'hôpital est parti du constat que les patients attendaient souvent trop longtemps dans la salle d'attente et qu'il était parfois difficile de déceler les cas les plus graves. Une petite équipe de deux infirmières et un médecin a été formée à Paris et à Montréal afin d'orienter directement les patients dès leur arrivée dans une des quatre zones de la salle d'attente. Chaque zone correspond à un degré d'urgence et implique un temps d'attente plus ou moins long. Ce premier contact avec une équipe soignante permet donc d'informer et de rassurer les parents; ces derniers savent désormais pourquoi ils doivent attendre, ce qui a permis de diminuer de façon considérable leur agressivité à l'égard du personnel soignant.

Le manque de personnel infirmier est un problème général, particulièrement aigu en Région bruxelloise. L'Hôpital des Enfants est en plus confronté au phénomène des écartements de grossesse; les infirmières sont écartées dès qu'elles sont enceintes et ce pour toute la durée de leur grossesse et de la période d'allaitement (environ soixante écartements/an). En dépit de cela, l'hôpital arrive à fonctionner, même s'il doit occasionnellement fermer une unité pour ne pas mettre en danger les enfants.

Le directeur du département infirmier est néerlandophone et chargé de cours à la VUB, ce qui facilite le recrutement d'infirmières néerlandophones; la moitié des infirmières en chef sont d'ailleurs néerlandophones. À côté de cela, le personnel recruté à l'accueil parle onze langues différentes.

Mme Fatoumata Sidibe demande si le plan de construction de l'hôpital intègre l'augmentation d'ici 2020 d'un quart de la patientèle en pédiatrie.

Une unité de soins a été rénovée afin de permettre aux parents de loger dans la chambre de leur enfant. Est-il prévu d'aménager d'autres unités en ce sens ? Quelle est la différence entre ces chambres parents-enfants et la maison d'accueil réservée aux parents ? Quelle est la capacité d'hébergement de cette maison d'accueil ?

M. Alain De Muynck précise que la maison d'accueil dispose de dix chambres équipées de deux lits. Son rôle est essentiel jusqu'à la finalisation du processus de rénovation des unités de soins, qui doit encore durer une dizaine d'années (encore trois unités de soins à rénover).

L'orateur ne pense toutefois pas que la raison d'être de la maison d'accueil disparaîtra à terme. Il restera toujours des services où loger aux côtés d'un enfant malade sera difficile (unité de soins intensifs, néonatalogie). De plus, l'occupation du service de pédiatrie varie en fonction des saisons

het sinds enkele jaren mogelijk maakt om het opvangtehuis te openen voor de personen die naar het Brugmann-ziekenhuis, het CTR (Centrum voor Traumatologie en Readaptatie) en het UZ (10 euro per nacht, ontbijt inbegrepen, met een wasplaats en een keuken). De ouders van kinderen die opgenomen zijn in het UKZKF behouden echter voorrang.

De heer Jacques Morel komt terug op de selectie in de spoeddiensten. Krijgt men op die manier een beter beeld van het aandeel patiënten die zich terecht op de spoeddienst bevinden ?

De volksvertegenwoordiger vraagt ook of er bijzondere maatregelen genomen zijn om na het verblijf in het ziekenhuis de brug te slaan naar de behandelende artsen, de pediaters, de sociale diensten en de diensten voor thuiszorg.

De heer Georges Casimir legt uit dat de invoering van een selectieprocedure op de spoeddiensten vooral de agressie van personen moest intomen door hen op de hoogte te houden van de wachttijd. Het is evident dat veel gevallen buiten het ziekenhuis behandeld kunnen worden. Dat is net het probleem met de zorgverlening in België waar het ziekenhuis vaak in de eerste lijn moet opereren. De bevolking moet hier echt heropgevoed worden, maar dat is zeer moeilijk als men weet dat 30 % van de patiënten geen huisarts hebben. Het ziekenhuis heeft echter een doorverwijzingsstelsel opgezet naar Kind en Gezin en de huisartsen in de aangrenzende gemeenten.

De heer Alain De Muynck voegt eraan toe dat de ouders tijdens de sortering systematisch een lijst krijgen van de huisartsen en pediaters die actief zijn in het gebied rond het ziekenhuis. De situatie is vooral problematisch na 19 uur, wanneer de meeste pediaters geen patiënten meer ontvangen en het ziekenhuis de enige mogelijkheid is om nog zorg te krijgen.

De heer Georges Casimir wijst erop dat het UKZKF steeds meer chronisch zieke patiënten verzorgt. Als ze behandeld worden in het kader van RIZIV-overeenkomsten, krijgen ze bijzondere steun van het paramedisch personeel van het ziekenhuis, dat contact opneemt met een pediater en een behandelende arts. Het ziekenhuis organiseert ook opleidingen, bijvoorbeeld voor kinesitherapeuten die patiënten met mucoviscidose moeten begeleiden.

De heer Alain De Muynck benadrukt dat het ziekenhuis beschikt over door volksgezondheid gefinancierde teams om de terugkeer naar huis van patiënten met kanker of een nierziekte voor te bereiden en te volgen. Het UKZKF werkt vaak samen met de thuisverzorgingsdienst Arémis.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt of het UKZKF over voldoende artsen beschikt om het toenemende aantal patiënten op de spoeddienst op te vangen.

ce qui permet, depuis quelques années, d'ouvrir la maison d'accueil aux personnes fréquentant l'hôpital Brugmann, le CTR et l'UZ (10 euros par nuit, petit déjeuner inclus, avec une buanderie et une cuisine). Les parents d'enfants hospitalisés à l'Huderf restent toutefois prioritaires.

M. Jacques Morel revient sur le processus de tri instauré au niveau des urgences. Ce système permet-il d'avoir une meilleure idée de la proportion de patients qui se trouvent de façon légitime aux urgences ?

Le député aimerait également savoir si des dispositions particulières ont été prises pour organiser, après le séjour à l'hôpital, la liaison avec les médecins traitants, les pédiatres, les services sociaux et les services d'aide à domicile.

M. Georges Casimir explique que l'instauration d'un système de tri au niveau des urgences visait avant tout à réduire l'agressivité des personnes et à les informer immédiatement de leur temps d'attente. Il est évident que beaucoup de cas pourraient être traités en dehors de l'hôpital. C'est le problème de l'échelonnement des soins en Belgique où l'hôpital est souvent amené à intervenir en première ligne. Il existe dans ce domaine un véritable déficit d'éducation de la population qu'il est très difficile de résorber, particulièrement quand on se trouve face à 30 % de patients sans médecin traitant. L'hôpital a toutefois mis en place une série de points de chute vers l'ONE et vers des médecins traitants des communes limitrophes.

M. Alain De Muynck ajoute que, lors de la phase de tri, les parents reçoivent systématiquement une liste des médecins généralistes et des pédiatres actifs dans la zone entourant l'hôpital. La situation est essentiellement problématique après 19h, lorsque la plupart des pédiatres ne reçoivent plus et que l'hôpital est la seule porte d'accès aux soins.

M. Georges Casimir indique que l'Huderf soigne de plus en plus de patients atteints de pathologies chroniques. S'ils sont traités dans le cadre de conventions INAMI, ils bénéficient alors d'un soutien particulier du personnel paramédical de l'hôpital qui prend des contacts avec un pédiatre et un médecin traitant. L'hôpital organise aussi des formations, par exemple pour les kinésithérapeutes chargés d'encadrer les patients atteints de mucoviscidose.

M. Alain De Muynck souligne que l'hôpital dispose d'équipes financées par la santé publique pour préparer et suivre le retour à domicile des patients souffrant d'un cancer ou d'une maladie rénale. L'Huderf travaille beaucoup avec le service de soins à domicile Arémis.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait savoir si l'Huderf dispose d'un nombre suffisant de médecins pour faire face au nombre croissant de passages aux urgences.

De heer Georges Casimir antwoordt dat de meeste gevallen op de spoeddienst geen echte spoedgevallen zijn. De echte spoedgevallen worden dus wel degelijk opgevangen.

I.13.a. Uiteenzetting van de heer Olivier Van Tiggelen, directeur-generaal, en mevrouw Dominique de Valeriola, medisch directeur-generaal, van het Jules Bordet Instituut (JBI)

De heer Olivier Van Tiggelen en mevrouw Dominique de Valeriola maken voor hun presentatie gebruik van een reeks dia's (cf. bijlage 12).

De heer Olivier Van Tiggelen geeft een korte historiek van het ziekenhuis, dat 72 jaar geleden werd opgericht :

- 1925 : oprichting van het Tumorencentrum van de ULB in het Brugmannziekenhuis, medebeheerd door de COO;
- 1939 : bouw van het Jules Bordet Instituut (Hallepoort), medebeheerd door de ULB en het OCMW van Brussel;
- 1964 : Henri Tagnon is medeoprichter van de EORTC, in het Jules Bordet Instituut;
- 1972 : opening van een verbindingkantoor NCI (USA);
- 1977 : opening van het ziekenhuis Erasmus en progressief vertrek van de onderzoekslabos van de faculteit van de Hallepoort naar Anderlecht;
- 1996 : deelname aan het IRIS-netwerk;
- 2003 : coördinatie van het Oncologisch Zorgprogramma Bordet-IRIS-ULB Ziekenhuizen;
- 2005 : raamakkoord ULB-IRIS-OCMW-Stad Brussel aangaande de heropbouw van een centrum voor kankerbestrijding van op de Universitaire Campus van Anderlecht;
- 2007-2008 : nieuwbouw in bouwplanning van het Gewest en start van een architectuurwedstrijd.

Het Jules Bordet Instituut heeft een ruim netwerk uitgewerkt met andere ziekenhuizen te Brussel (Erasmus, Irisnetwerk), in de andere Gewesten van het land en in het buitenland.

De filosofie van het JBI beantwoordt aan de standaarden van elk centrum voor kankerbestrijding op internationaal niveau :

- op de patiënt gerichte topzorg;

M. Georges Casimir répond que l'essentiel des urgences ne sont pas de véritables cas d'urgence. Les urgences réelles sont donc bien prises en charge.

I.13.a. Exposé de M. Olivier Van Tiggelen, Directeur général, et de Mme Dominique de Valeriola, Directeur général médical, de l'Institut Jules Bordet (IJB)

La présentation de M. Olivier Van Tiggelen et Mme Dominique de Valeriola s'appuie sur une série de transparents qui sera jointe en annexe (cf. annexe 12).

M. Olivier Van Tiggelen dresse un bref historique de l'hôpital créé il y a 72 ans :

- 1925 : centre des tumeurs de l'ULB situé à l'Hôpital Brugmann et cogéré avec le CAP;
- 1939 : construction de l'Institut Jules Bordet (Porte de Hal), coadministré par l'ULB et le CPAS de Bruxelles;
- 1964 : Henri Tagnon cofonde l'EORTC, située à l'IJB;
- 1972 : ouverture d'un bureau de liaison du NCI (USA);
- 1977 : ouverture de l'Hôpital Erasme et départ progressif des laboratoires facultaires de la Porte de Hal vers Anderlecht;
- 1996 : participation au réseau Iris;
- 2003 : coordination du programme de soins oncologiques multisites Bordet-IRIS-hôpitaux du réseau de l'ULB;
- 2005 : accord-cadre ULB-IRIS-CPAS-ville de Bruxelles, avec le soutien de l'Etat belge, sur la reconstruction d'un centre anticancéreux de référence sur le campus universitaire d'Anderlecht;
- 2007-2008 : intégration du nouvel IJB dans le calendrier de construction de la Région et lancement du concours d'architecture.

L'Institut Jules Bordet a développé un large réseau de collaborations avec d'autres hôpitaux à Bruxelles (Erasme, réseau Iris), dans les autres Régions du pays ainsi qu'à l'étranger.

La philosophie de l'IJB est conforme aux standards de tout centre anticancéreux intégré à l'échelon international :

- soins de pointe pour tous, axés sur le patient;

- multidisciplinaire aanpak sinds de jaren '50;
- integratie van onderzoek/innovatie in de zorg;
- opleiding (dokters, medisch en paramedisch personeel);
- steun aan de patiënten en hun verwanten (psychologische steun, palliatieve zorg, samenwerking met diensten voor thuiszorg);
- mensvriendelijk (tweetalig onthaal);
- kwaliteitsproces : uitwerking en formalisering van procedures op het niveau van de instelling (OECI-accrediteringsproject) en op het niveau van de diensten (hematologie, anatomopathologie), wat de communicatie en aanpassing aan verandering vereenvoudigt;
- samenwerking om te beschikken over een voldoende kritische massa om onderzoeken uit te voeren die de mogelijkheid bieden vlug te komen tot afdoende resultaten.

De spreker verschaft enkele statistische gegevens over :

- het ziekenhuispersoneel : het klinisch personeel en het onderzoekspersoneel omvatten respectievelijk 720 en 150 personen;
- de activiteit van het ziekenhuis : aanzienlijke verhoging tussen 2009 en 2011 (+ 10 % raadplegingen);
- onderwijsactiviteiten;
- onderzoeksactiviteiten (budget van 12,3 miljoen euro op een totaal budget van 90 miljoen euro);
- de wetenschappelijke productie van het JBI (verhoging van het aantal publicaties en verdubbeling van de impactfactor tussen 2002 en 2010).

Mevrouw Dominique de Valeriola stelt de sterke punten van het JBI voor :

- kankercentrum met nationale en internationale uitstraling (zorg, onderzoek en onderwijs) dat aan de Europese standaarden voldoet;
- samenwerking op nationaal (nationaal kankerplan) en internationaal niveau (EORTC, Breast International Group, ELCWP ...);
- hooggekwalificeerd en sterk gemotiveerd personeel;
- gepersonaliseerd en tweetalig onthaal voor iedereen : verpleegkundigen die de oncologische zorg coördineren, fungeren als link tussen de verschillende zorgverstrekkers

- multidisciplinarité installée depuis les années 50;
- intégration de la recherche/innovation aux soins;
- formation (médecins, personnel infirmier et paramédical);
- soutien aux patients et aux proches (aide psychologique, soins palliatifs, collaborations avec des services de soins à domicile);
- souci d'humanisation (accueil bilingue);
- processus qualité : développement et formalisation de procédures au niveau institutionnel (OECI-projet d'accréditation) et au niveau des services (hématologie, anatomopathologie), ce qui simplifie la communication et l'adaptation au changement;
- collaborations pour disposer d'une masse critique suffisante pour effectuer des études permettant d'atteindre rapidement des résultats probants.

L'orateur commente quelques données statistiques sur :

- le staff de l'hôpital : le staff clinique et le staff de recherche sont respectivement composés de 720 et de 150 personnes;
- l'activité de l'hôpital : augmentation considérable entre 2009 et 2011 (+ 10 % de consultations);
- les activités d'enseignement;
- les activités de recherche (budget de 12,3 millions d'euros sur un budget total de 90 millions d'euros);
- la production scientifique de l'IJB (augmentation du nombre de publications et doublement du facteur d'impact entre 2002 et 2010).

Mme Dominique de Valeriola présente les forces actuelles de l'IJB :

- centre du cancer de renommée nationale et internationale (soins, recherche, formation) répondant aux standards européens;
- collaborations nationales (Plan national cancer) et internationales (EORTC, Breast International Group, ELCWP ...);
- personnel hautement qualifié et motivé;
- accueil personnalisé et bilingue, au service de tous; des infirmiers coordinateurs de soins oncologiques servent de lien entre les différents prestataires de soins et le pa-

kers en de patiënt en tussen de huisartsen en het personeel van het JBI;

- op de patiënt gerichte bedrijfscultuur;
- multi- en interdisciplinaire aanpak, in het bijzonder tussen de artsen, maar ook met het paramedisch personeel, de verpleegkundigen, de psychologen.

Jammer genoeg bestaan er remmen op de huidige ontwikkelingen van het JBI :

- veroudering van de lokalen (het opnamegebouw is meer dan 70 jaar oud en niet meer aangepast aan de huidige comfortnormen); te weinig eenpersoonkamers om, indien nodig, de patiënten apart te leggen;
- onvoldoende oppervlakte om het ziekenhuis uit te breiden en de werknemers voldoende arbeidscomfort te geven;
- gebrekkige veiligheid en ergonomie;
- onaangepaste lokalen voor nieuwe technologieën;
- de onderzoekslaboratoria van de faculteit liggen veraf.

De wederopbouw van het JBI wordt gemotiveerd door het streven om :

- de sterke punten van het JBI te behouden en te ontwikkelen;
- de ondervonden problemen op te lossen;
- samenwerkingen te bevorderen en de technologische platforms voor wetenschappelijk onderzoek te delen;
- de versnippering en overlapping van wetenschappelijk onderzoek te vermijden;
- de grote uitdagingen voor de volksgezondheid aan te nemen.

Kanker is een grote uitdaging voor de volksgezondheid. In 2008 werden bijna 60.000 nieuwe gevallen in België geregistreerd. België is trouwens een van de drie landen waar de incidentie van kanker het hoogst is, zowel bij mannen als vrouwen. Dat cijfer zal in de toekomst nog stijgen, want kanker is een leeftijdsgebonden ziekte (de incidentie van kanker stijgt aanzienlijk na 55 jaar, zowel bij mannen als vrouwen). De Belgische en wereldbevolking neemt toe, net als de levensverwachting. Het aantal kankerpatiënten zal bijgevolg toenemen, alsook het aantal patiënten die de ziekte overleven. Die patiënten moeten worden verzorgd en de overlevenden moeten worden gevolgd.

tient, ainsi qu'entre les médecins généralistes et le personnel de l'Institut;

- culture d'entreprise centrée sur le patient;
- multi- et interdisciplinarité, en particulier entre les médecins mais également avec le personnel paramédical, les infirmiers et les psychologues.

Il existe malheureusement des freins au développement actuel de l'IJB :

- la vétusté des locaux (le bâtiment d'hospitalisation a plus de septante ans et il n'est plus adapté aux standards actuels de confort); trop peu de chambres individuelles pour isoler les patients qui le nécessitent;
- les surfaces sont insuffisantes pour permettre le développement de l'hôpital et pour donner un confort de travail aux professionnels;
- la sécurité et l'ergonomie sont insuffisantes;
- l'inadaptation des locaux aux nouvelles technologies;
- l'éloignement des laboratoires de recherche facultaire.

La reconstruction de l'IJB est motivée par la volonté :

- de maintenir et de développer ce qui a toujours fait la force de l'Institut;
- de répondre aux difficultés rencontrées;
- de faciliter les collaborations et la mutualisation de plateformes technologiques en recherche;
- d'éviter la fragmentation et la duplication de la recherche;
- de répondre aux importants défis en matière de santé publique.

Le cancer est un défi majeur de santé publique. En 2008, le registre du cancer a répertorié pratiquement 60.000 nouveaux cas en Belgique. La Belgique est d'ailleurs un des trois pays où l'incidence du cancer est la plus élevée, tant chez les hommes que chez les femmes. Ce chiffre va continuer à croître dans le futur car le cancer est une maladie liée à l'âge (l'incidence du cancer augmente considérablement après 55 ans tant chez l'homme que chez la femme). Or, la population belge et mondiale augmente, de même que son espérance de vie. Le nombre de patients atteints d'un cancer va donc augmenter, de même que le nombre de personnes qui survivent à cette maladie. Il faudra soigner ces patients et assurer le suivi des survivants.

De spreekster somt de beginselen op van het raamakoord tussen de ULB, de stad Brussel, het OCMW van Brussel, het Erasmusziekenhuis en het Irisnet :

- uitbreiding van de capaciteit van het ziekenhuis om een optimale afmeting te bereiken (overgang van 154 bedden naar 250 bedden voor klassieke ziekenhuisopnames en van 13 naar 40 plaatsen voor daghospitalisatie);
- concentratie van de oncologische activiteit in het nieuwe JBI en van de niet-oncologische activiteiten in het Erasmusziekenhuis;
- het ziekenhuis aanpassen aan de nieuwe uitdagingen in de oncologie (zorgtrajecten en onderzoek);
- voldoen aan de huidige standaarden van de « Comprehensive Cancer Centers »;
- streven naar financieel evenwicht (verhoging van de bedden capaciteit en ontwikkeling van synergieën met het Erasmusziekenhuis zouden schaalvoordelen opleveren);
- dankzij de bouw van het JBI naast het Erasmusziekenhuis en de faculteit van de geneeskunde van de ULB, een kankerpool tot stand brengen die zal samenwerken met verschillende academische en private structuren.

Het nieuwe instituut zal de mogelijkheid bieden om op één enkele plaats drie opdrachten te vervullen (zorgversprekking, onderzoek en opleiding) alsook een kankercentrum op te richten dat gericht is op de patiënt.

Het nieuwe JBI is ook een belangrijke troef voor het Brussels gewest want het nieuwe ziekenhuis :

- is een uitstalraam voor het Gewest, met een competitief kankercentrum in verhouding tot de andere grote Europese centra;
- biedt kwaliteitsvolle zorg voor de bevolking;
- creëert nieuwe arbeidsplaatsen zowel inzake zorg als inzake wetenschappelijk onderzoek;
- zal een kankerpool creëren met aantrekkingskracht voor de spin-offs, farmaceutische en nieuwe technologieën.

Het Bordet-Instituut bevindt zich thans in de buurt van de Hallepoort en het Zuidstation. Het nieuwe JBI zal acht km verder komen, op de campus van Anderlecht, met directe verbinding met het Erasmus-ziekenhuis.

Mevrouw Dominique de Valeriola zet de principes uiteen inzake de architectuur van het nieuwe gebouw :

L'oratrice énumère les principes de l'accord-cadre entre l'ULB, la ville et le CPAS de Bruxelles, l'hôpital Erasme et le réseau Iris :

- augmenter la capacité de l'hôpital pour atteindre une taille optimale (passage de 154 à 250 lits en hospitalisation classique et de 13 à 40 lits en ambulatoire);
- concentrer l'activité oncologique dans le nouvel IJB et les activités non oncologiques dans l'hôpital Erasme;
- adapter l'hôpital aux nouveaux défis de l'oncologie (trajets de soins et recherche);
- satisfaire les standards actuels des « Comprehensive Cancer Centers »;
- rechercher l'équilibre financier (l'augmentation de la capacité en lits et le développement des synergies avec l'hôpital Erasme devraient permettre de faire des économies d'échelle);
- créer, grâce à l'implantation de l'IJB à côté de l'hôpital Erasme et de la faculté de médecine de l'ULB, un cancéro-pôle qui collaborera avec de multiples structures, tant académiques que privées.

Le nouvel Institut permettra d'avoir une unité de lieu pour assurer sa triple mission (soins, recherche et formation) ainsi qu'un centre anticancéreux intégré centré sur le patient.

La reconstruction de l'IJB est aussi un atout majeur pour la Région bruxelloise car le nouvel hôpital :

- restera une vitrine pour la Région, le centre du cancer est très compétitif par rapport aux autres grands centres européens;
- offrira une qualité des soins pour la population;
- sera une source de nombreux nouveaux emplois, tant dans le domaine des soins que de la recherche scientifique;
- créera un cancéro-pôle attractif pour des spin-offs, l'industrie pharmaceutique ou en nouvelles technologies.

L'Institut Bordet se trouve actuellement près de la Porte de Hal et de la gare du Midi. Il sera reconstruit à 8 km de cet emplacement, sur le campus d'Anderlecht, en connexion directe avec l'hôpital Erasme.

Mme Dominique de Valeriola énonce les principes qui sous-tendent le projet architectural du nouveau bâtiment :

- een gastvrij ziekenhuis gericht op de patiënt en zijn zorgtraject;
- onderscheid tussen de trajecten voor de ambulante en gehospitaliseerde patiënten;
- multidisciplinariteit en interdisciplinariteit;
- integratie van het onderzoek;
- onthaal voor de families;
- gemak voor de professionals;
- ergonomie en veiligheid;
- respect voor het leefmilieu.

Er is gekozen voor een kubusvorm, transparant (gevels in doorschijnend glas en zeefdruk) met zes lichtinvallen. Het is zeer moeilijk voor een patiënt om een kankercentrum binnen te gaan. De keuze voor een transparant gebouw, dat gastvrij aandoet en veel lichtinval heeft kan die stap vergemakkelijken.

Het nieuwe gebouw is compact om onnodige stappen voor de patiënten en het personeel te verminderen. Het heeft één centrale binnenstraat die de patiënt, direct als hij het instituut binnenkomt, naar de verschillende diensten moet loodsen.

Het nieuwe gebouw telt negen verdiepingen :

- twee ondergrondse verdiepingen : parking –2 en medisch-technische beeldvorming (radiologie en nucleaire geneeskunde) en radiotherapie op –1 (deze verdieping ligt niet volledig ondergronds);
- consultaties en dagziekenhuis (0);
- administratie en klinisch onderzoek (+1);
- VPE geneeskunde, intensieve en urgentie (+2);
- VPE heelkunde en OK (+3);
- technisch verdiep (+4);
- onderzoekslaboratoria (direct toegepast op de patiënt) (+5);
- reserveoppervlakte (+6).

Die inrichting biedt de mogelijkheid :

- de trajecten voor de ambulante (niveau –1 en 0) en gehospitaliseerde patiënten (niveau +2 en +3) te scheiden;

- construire un hôpital accueillant et centré sur le patient et son trajet de soins;
- distinguer le trajet ambulatoire et le trajet en hospitalisation;
- privilégier la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité;
- intégrer la recherche aux soins;
- soigner l'accueil des familles;
- faciliter le travail des professionnels;
- prêter attention à l'ergonomie et à la sécurité;
- respecter l'environnement.

Le projet retenu privilégie une architecture cubique, transparente (façades en verre transparent et sérigraphié) avec six puits de lumière. Il est très difficile pour un patient d'entrer dans un centre du cancer. Le choix d'un bâtiment transparent, accueillant et lumineux vise à faciliter cette démarche.

Ce nouveau bâtiment est compact afin de réduire les déplacements des patients et du personnel et de favoriser la communication entre les membres du personnel. Il est traversé par une rue centrale qui vise à orienter le patient vers les différents services dès qu'il rentre dans l'institution.

Le nouveau bâtiment comporte neuf étages :

- deux étages souterrains : parking au –2 et service médico-technique d'imagerie (radiologie et médecine nucléaire) et de radiothérapie au –1 (cet étage n'est pas totalement en sous-sol);
- consultations et hôpital de jour (0);
- administration et recherche clinique (+1);
- hospitalisation de médecine et USI & urgences (+2);
- hospitalisation chirurgicale et quartiers opératoires (+3);
- étage technique (+4);
- recherche de laboratoire (directement appliquée au patient) (+5);
- réserve foncière (+6).

Cette disposition permet :

- de scinder les flux ambulatoires (niveaux –1 et 0) des flux de patients hospitalisés (niveaux +2 et +3);

- multidisciplinariteit en nabijheid te bevorderen door de bureaus voor dokters en paramedici tussen de hospitalisatie en de consultatie te plaatsen;
- privé-partners aan te trekken op de laatste verdieping;
- onderzoek te bevorderen en te integreren bij de zorgen (interactie tussen professionals en onderzoek in lab uitbouwen);
- voorkomen van opdeling en dubbelwerk bij onderzoek dankzij de nabijheid van het Erasmus-ziekenhuis en de labs van de faculteiten.

Het nieuwe gebouw beoogt het leven van de professionals te vergemakkelijken en de veiligheid van de patiënten te verhogen; vandaar de keuze voor compacte architectuur met lichtbakens die de ergonomische zorgenheden verlichten (de afstand tussen de kamers en het zorgcentrum met de verplegers, dokters en apothekers is maximum 16 m). De infrastructuur biedt onderdak aan aangename zithoeken waar de patiënten kunnen samenkomen met hun naasten, een zithoek-bibliotheek, een kinderruimte (voor de kinderen van de gehospitaliseerde patiënten), een ruimte voor gezondheidsopvoeding en een ruimte voor ergotherapie.

Het nieuwe ziekenhuis is een milieuvriendelijk gebouw met rationeel energiegebruik in het vooruitzicht van duurzame ontwikkeling :

- opvangen van grondwater;
- intelligent beheer van de verlichting;
- recuperatie van de verwarming van de uitgestoten lucht en installatie van « chillers »;
- groen dak;
- recuperatie van regenwater.

Die verschillende maatregelen moeten de consumptie van gas en elektriciteit per m² met 2/3 doen dalen.

De spreekster geeft toelichting bij de planning en de stand van de werken :

- raamakkoord ondertekend op 19 oktober 2005;
- integratie in de bouwkalender in juni 2008;
- keuze van de architect in oktober 2008;
- overhandigen van het voorontwerp in november 2009;
- stedenbouwkundige vergunning en milieuvergunning in april 2011;

- de favoriser la multidisciplinarité et la proximité des professionnels en intégrant l'étage avec les bureaux des médecins et des paramédicaux entre l'hospitalisation et la consultation;
- d'attirer des partenaires privés au dernier étage;
- de favoriser la recherche et son intégration aux soins (développer les interactions entre les professionnels et les recherches de laboratoire);
- d'éviter la fragmentation et la duplication de la recherche grâce à la proximité de l'hôpital Erasme et des laboratoires facultaires.

Le nouveau bâtiment vise à faciliter la vie des professionnels et la sécurité des patients; d'où le choix d'une architecture compacte avec des puits de lumière qui éclairent des unités de soins ergonomiques (la distance entre les chambres et le poste central de soins où sont regroupés les infirmiers, les médecins et les pharmaciens est de maximum 16 m). Les infrastructures abriteront des salons agréables pour permettre aux patients de se réunir avec leurs proches, un salon bibliothèque, un espace enfants (pour les enfants des patients hospitalisés), un espace d'éducation à la santé et un espace d'ergothérapie.

Le nouvel hôpital est construit en tenant compte de l'environnement et il utilise l'énergie de manière rationnelle dans une perspective de développement durable :

- captation de l'eau des nappes aquifères;
- gestion intelligente de l'éclairage;
- récupération de chaleur de l'air rejeté et mise en place de « chillers »;
- toiture verte;
- récupération de l'eau de pluie.

Ces différentes mesures devraient permettre de réduire de deux tiers la consommation d'énergie en gaz et en électricité/m².

L'oratrice présente le planning et l'état d'avancement des travaux :

- accord-cadre signé le 19 octobre 2005;
- intégration dans le calendrier de construction en juin 2008;
- choix de l'architecte en octobre 2008;
- remise de l'avant-projet en novembre 2009;
- dépôt du permis d'urbanisme et du permis d'environnement en avril 2011;

- vergunningsaanvraag voor de werken in juli 2011, wachten op antwoord;
- het is de bedoeling de eerste steen te leggen in het begin van 2013 om dit gebouw eind 2016 in dienst te nemen.

I.13.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Bianca Debaets wenst informatie over de herkomst van de patiënten te krijgen. De Brusselse ziekenhuizen trekken heel wat mensen uit de rand aan. Zij heeft toch het gevoel dat het Jules Bordet Instituut (JBI) minder bekend is bij Nederlandstaligen, terwijl het een referentiecentrum voor borstkanker is.

De spreekster pleit voor een rationalisatie binnen de Iris-koepel, waar ieder ziekenhuis zich in een bepaald domein zou specialiseren. Is het nog zinvol het Sint-Pietersziekenhuis een opdracht rond borstkankerscreening te geven als het JBI het al doet ?

Het parlementslid maakt zich zorgen over de samenwerking met het Erasmusziekenhuis, een monocommunaire instelling. Zal de tweetaligheid gewaarborgd worden ?

Mevrouw Dominique de Valeriola wijst erop dat het ziekenhuis 45 % Brusselaars opneemt. Het JBI trekt ook patiënten uit het buitenland (4 %) en de overige gewesten van het land aan, onder meer uit Henegouwen (wegens een vestiging van de ULB in deze provincie) en Antwerpen.

In de praktijk bestaat er samenwerking tussen de ziekenhuizen van het Irisnet, ook al is het niet altijd makkelijk om die tot stand te brengen. Het Instituut Bordet biedt aldus plaats aan de dienst radiotherapie en de PET-scan van het Irisnet.

De heer Etienne Wéry wijst erop dat personen met borstkanker een tiental jaar geleden hoofdzakelijk verzorgd werden in het Bordet-Instituut en in de kankerbestrijdingscentra van de academische ziekenhuizen. Vandaag wordt dat type kanker behandeld dicht bij de woning van de patiënten in kankercentra van de eerste lijn. De patiënten worden, zo nodig, doorverwezen naar het Bordet-Instituut. De specialisatie van een centrum evolueert dus in de tijd, want de geavanceerde technieken die in het Bordet-Instituut worden ontwikkeld, dienen om de patiënt zoveel mogelijk in zijn eigen omgeving te behandelen.

De heer Olivier Van Tiggelen voegt eraan toe dat het IJB een openbaar ziekenhuis met al zijn opdrachten blijft waar de tweetaligheid wordt gerespecteerd. Het Erasmusziekenhuis en het IJB zijn twee aparte ziekenhuizen. Ze zijn niet gefusioneerd maar voor bepaalde facilitaire diensten zullen samenwerken om besparingen te kunnen maken.

- demande d'autorisation de travaux en juillet 2011, toujours en attente de réponse;
- l'objectif est de poser la première pierre début 2013 afin de pouvoir mettre ce bâtiment en service fin 2016.

I.13.b. Échange de vues

Mme Bianca Debaets souhaite en savoir davantage sur la provenance des patients. Les hôpitaux bruxellois attirent de nombreux habitants de la périphérie. Elle a toutefois le sentiment que l'Institut Jules Bordet (IJB) est moins connu des néerlandophones, alors que c'est un centre de référence pour le cancer du sein.

L'intervenante plaide en faveur d'une rationalisation au sein de la coupole Iris dans le cadre de laquelle chaque hôpital se spécialiserait dans un domaine déterminé. Cela a-t-il encore du sens de confier à l'hôpital Saint-Pierre une mission de dépistage du cancer du sein si l'IJB la remplit déjà ?

La députée est inquiète au sujet de la collaboration avec l'hôpital Erasme, un établissement mono-communautaire : le bilinguisme y sera-t-il garanti ?

Mme Dominique de Valeriola indique que l'hôpital accueille 45 % de Bruxellois. L'IJB attire aussi des patients de l'étranger (4 %) et des autres Régions du pays, notamment du Hainaut (de par l'implantation de l'ULB dans cette province) et d'Anvers.

Des collaborations entre les hôpitaux du réseau Iris existent sur le terrain, même si elles ne sont pas toujours aisées à mettre en place. L'Institut Bordet abrite ainsi le service de radiothérapie et le pet-scan du réseau Iris.

M. Etienne Wéry rappelle qu'il y a une dizaine d'années, les personnes souffrant d'un cancer du sein étaient essentiellement soignées à l'Institut Bordet et dans les centres de lutte contre le cancer des hôpitaux académiques. Aujourd'hui, la prise en charge de ce type de cancer se fait à proximité du domicile des patients dans des centres de cancérologie de première ligne et les cas qui le nécessitent sont renvoyés vers l'Institut Bordet. La spécialisation d'un centre évolue donc dans le temps car les techniques avant-gardistes développées à l'Institut Bordet sont destinées à se rapprocher du patient.

M. Olivier Van Tiggelen ajoute que l'IJB reste un hôpital public avec toutes ses missions et que le bilinguisme y est respecté. L'hôpital Erasme et l'IJB sont deux hôpitaux distincts. Ils n'ont pas fusionné mais collaboreront pour certains services facilitaires afin de pouvoir réaliser des économies.

De heer Etienne Wéry benadrukt dat elk ziekenhuis zijn identiteit behoudt. Het Instituut Bordet blijft dus een openbaar ziekenhuis.

Mevrouw Anne Herscovici vraagt waarom de vergunningen nog niet zijn afgegeven. Wat is het tijdschema van de werken ?

Mevrouw Dominique de Valeriola onderstreept dat het ziekenhuis het nodige heeft gedaan om een vergunning voor de werken en het principeakkoord van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie te krijgen. Er is trouwens zopas een herinneringsbrief gestuurd naar de bevoegde ministers om hun te vragen wanneer ze zich over de kwestie zullen uitspreken. De verwachtingen zijn hooggespannen : het Instituut moet weten wanneer het de verschillende offerteaanvragen kan doen om het vooropgestelde tijdschema te kunnen naleven.

De heer Etienne Wéry voegt eraan toe dat een ander Brussels ziekenhuis, dat van plan is om zijn installaties op een nieuw terrein volledig te heropbouwen, al een principeakkoord en een vergunning voor de werken op zak heeft, hoewel het zijn aanvraag tegelijk met het Bordet-Instituut heeft ingediend. Hoe komt dat ?

Mevrouw Danielle Caron vraagt of de nadruk niet te veel gelegd wordt op de klassieke ziekenhuisopname in vergelijking met de ambulante zorg (streven om het aantal bedden te verhogen van 154 tot 250 in een geval tegenover een stijging van 13 naar 40 in het andere geval). Zou de ambulante zorg geen voorrang moeten krijgen ?

De volksvertegenwoordigster heeft ook vragen over de manier waarop de toenadering tussen een monocommunaire academisch ziekenhuis en een bicommunautaire instelling zal worden geregeld.

Tot slot vraagt ze of er een reflectie over de palliatieve zorg is gehouden. Wordt die kwestie geïntegreerd in de follow-up van de patiënten ?

Mevrouw Dominique de Valeriola erkent dat de toename van het aantal bedden voor de klassieke ziekenhuisopname hoger is dan van de bedden voor de ambulante zorg. Het ziekenhuis tracht evenwel de ambulante zorg te promoten. De bevolking vergrijst echter en het is niet altijd makkelijk om patiënten regelmatig naar de daghospitalisatie te doen komen. Bovendien beschikt het Instituut Bordet over gespecialiseerde eenheden (bijvoorbeeld zware hematologische aandoeningen) waar de patiënten geen ambulante zorg kunnen krijgen. Tot slot vereisen de studies over nieuwe geneesmiddelen soms een opname om de patiënten enige tijd te kunnen observeren. Het cijfer van 250 bedden is dus gebaseerd op de huidige activiteit van het ziekenhuis, de vergrijzing van de bevolking en een vergelijking met andere Europese centra die hetzelfde type activiteiten uitoefenen.

M. Etienne Wéry insiste sur le fait que chaque hôpital conserve son identité; l'Institut Bordet reste donc un hôpital public.

Mme Anne Herscovici aimerait savoir pourquoi les autorisations tardent à être délivrées. Quel est le calendrier des travaux ?

Mme Dominique de Valeriola souligne que l'hôpital a fait le nécessaire pour demander l'autorisation de travaux et l'accord de principe de la Commission communautaire commune. Un courrier de rappel vient d'ailleurs d'être envoyé aux ministres compétents pour leur demander quand ils se prononceraient sur la question. L'attente est énorme; l'Institut doit savoir quand il peut lancer les différents appels d'offres afin de pouvoir respecter le calendrier qu'il s'est fixé.

M. Etienne Wéry ajoute qu'un autre hôpital bruxellois, qui a l'intention de reconstruire totalement ses installations sur un nouveau terrain, a quant à lui déjà reçu un accord de principe et une autorisation de travaux alors qu'il a rentré sa demande en même temps que l'Institut Bordet. Pourquoi ?

Mme Danielle Caron se demande si l'accent n'est pas trop mis sur l'hospitalisation classique par rapport à l'ambulatoire (volonté d'augmenter le nombre de lits de 154 à 250 dans un cas contre une hausse de 13 à 40 dans l'autre cas). Ne faudrait-il pas plutôt privilégier l'ambulatoire ?

La députée s'interroge également sur la manière dont le rapprochement entre un hôpital universitaire monocommunaire et un établissement bicommunautaire sera géré.

Elle aimerait enfin savoir si une réflexion sur les soins palliatifs existe. Est-ce que cette question est intégrée dans suivi des malades ?

Mme Dominique de Valeriola convient que l'augmentation du nombre de lits en hospitalisation classique est supérieure à celle en ambulatoire. L'hôpital essaie pourtant de promouvoir les soins ambulatoires. Toutefois, la population vieillit et il n'est pas toujours aisé de faire venir des patients de manière récurrente en hospitalisation de jour. De plus, l'Institut Bordet dispose d'unités spécialisées (hématologie lourde par exemple) dans lesquelles les patients ne peuvent pas être soignés en ambulatoire. Enfin, les études sur de nouveaux médicaments nécessitent parfois d'hospitaliser des patients afin de pouvoir les surveiller pendant un certain temps. Le chiffre de 250 lits est donc basé sur l'activité actuelle de l'hôpital, la tendance au vieillissement de la population ainsi qu'une comparaison avec d'autres centres européens exerçant le même type d'activités.

Er werden twee eenheden voor palliatieve zorg opgezet, onder meer een eenheid voor geriatrische patiënten. Het ziekenhuis tracht de patiënten te volgen vanaf de opvang tot het levenseinde, hun terugkeer naar huis te bevorderen in samenwerking met diensten voor thuiszorg (Artemis) en hen op te vangen voor pijnbestrijding of wondverzorging.

De heer Etienne Wéry wijst erop dat de stijging in absolute cijfers van de opvangcapaciteit voor de klassieke ziekenhuisopname inderdaad hoger is dan die van de dag-hospitalisatie, maar dat zulks niet het geval is in relatieve cijfers (+ 65 % tegenover + 200 %).

De uitdaging in het Brussels Gewest bestaat erin alle ziekenhuizen te doen samenwerken, ongeacht hun levensbeschouwing, hun aandeelhouderschap of de Gemeenschap waaronder ze ressorteren, opdat ze de openbare fondsen die ze krijgen, optimaal aanwenden.

De spreker benadrukt opnieuw dat de openbare actoren trachten om de identiteit van het Jules Bordet Instituut, dat een specifieke opvang van kankerpatiënten heeft, te behouden.

Mevrouw Elke Roex stelt zich vragen bij de samenwerking die er zal zijn tussen het nieuwe Bordetziekenhuis en de anderen instellingen van de Iris-koepel enerzijds en het UZ Brussel anderzijds. Er zal in de toekomst veel meer nabijheidsgeneeskunde zijn, ook inzake oncologie. Zij is ervan overtuigd dat chemotherapie en dergelijke regelmatige behandelingen zo dicht mogelijk bij de patiënten zouden moeten kunnen gebeuren. Tegelijkertijd zijn ook gespecialiseerde instellingen noodzakelijk voor het stellen van de diagnose, het bepalen van de behandeling of het maken van preparaten van de chemotherapie. De spreekster vraagt zich af hoe dat overleg binnen de Iris-ziekenhuizen verloopt. Wordt er verder gedacht dan de huidige verdeling van de taken tussen de verschillende iris-instellingen? Steeds meer oncologische therapieën worden bij voorbeeld van het Bracopsziekenhuis weggehaald en de patiënten worden naar Elsene doorverwezen wat een ongelooflijk tijdverlies is. Een volledige integratie moet mogelijk zijn waardoor die zorg dichtbij de patiënten kunnen gebeuren. Dat veronderstelt ook dat er binnen het instituut een centrum is waar de nodige apparatuur is. Dat soort dienstverlening van het JBI zal ten dienste van de andere ziekenhuizen kunnen staan om hun lokale rol te versterken. Alle ziekenhuizen proberen te vaak elk apparaat dat er bestaat te hebben, wat absoluut niet noodzakelijk is.

Het UZ Brussel is niet onverdeeld positief over dit project. Normaal zou er in de non-profitsector geen concurrentie mogen bestaan. Maar spijtig genoeg is dat niet het geval. De keuzes die hier worden gemaakt zijn niet enkel keuzes die van een winstmaximalisatie voor de maatschappij uitgaan. Ze zijn ook genomen om de winst van het ziekenhuis te maximaliseren. Binnen oncologische therapieën moet er

Deux unités de soins palliatifs ont été conçues, notamment une unité pour les patients gériatriques. L'hôpital essaie de suivre les personnes depuis leur prise en charge jusqu'à la fin de leur vie, de favoriser leur retour à domicile en collaboration avec des services de soins à domicile (Arémis) et de leur permettre de revenir à l'hôpital pour gérer des douleurs ou un problème de soins de plaie.

M. Etienne Wéry indique que si l'augmentation de la capacité de l'hospitalisation classique est effectivement supérieure à celle de l'hôpital de jour en chiffres absolus, il n'en va pas de même en termes de pourcentage (+ 65 % contre + 200 %).

Le défi en Région bruxelloise est d'arriver à faire collaborer tous les hôpitaux, quel que soit leur confession, leur actionariat ou la Communauté dont ils dépendent, afin qu'ils utilisent au mieux l'argent public qu'ils reçoivent.

L'orateur souligne à nouveau la volonté des acteurs publics de conserver l'identité de l'Institut Jules Bordet, lequel assure une prise en charge spécifique des patients cancéreux.

Mme Elke Roex se pose des questions au sujet de la collaboration qui sera instaurée entre, d'une part, le nouvel hôpital Bordet et les autres établissements de la coupole Iris et, d'autre part, l'UZ Brussel. La médecine de proximité sera beaucoup plus répandue à l'avenir, également dans le domaine de l'oncologie. Elle est convaincue que la chimiothérapie et autres traitements réguliers similaires devraient pouvoir être dispensés au plus près du patient. En même temps, des établissements spécialisés sont également nécessaires pour poser le diagnostic, déterminer le traitement ou réaliser les préparations pour la chimiothérapie. L'intervenante se demande comment se déroule cette concertation entre les hôpitaux Iris. Réfléchit-on plus loin que la répartition actuelle des tâches entre les différents établissements Iris? De plus en plus de traitements du cancer sont par exemple supprimés à l'hôpital Bracops et les patients sont envoyés à Ixelles, ce qui représente une perte de temps incroyable. Une intégration complète doit être possible, afin que ces soins puissent être dispensés à proximité des patients. Cela suppose également la présence au sein de l'établissement d'un centre équipé des appareillages nécessaires. Ce type de service offert par l'IJB pourra être mis à la disposition des autres hôpitaux afin de renforcer leur rôle local. Tous les hôpitaux tentent trop souvent d'avoir tous les appareils qui existent, ce qui n'est absolument pas nécessaire.

L'UZ Brussel n'est pas entièrement favorable à ce projet. Normalement, la concurrence ne devrait pas jouer dans le secteur non marchand. Mais malheureusement, ce n'est pas le cas. Les choix qui sont faits ici ne sont pas seulement des choix fondés sur une optimisation des bénéfices pour la société. Ils sont également posés afin de maximiser le profit de l'hôpital. Dans le cadre des traitements anticancéreux, il

soms doorverwezen worden. Als de patiënt binnen het Iris-net zit, wordt hij naar Bordet doorverwezen. Er zijn ook gevallen waarin men naar de universitaire ziekenhuizen moet doorverwezen worden en, binnen de Iris-koepel, is dat standaard naar het Erasmusziekenhuis. UZ Brussel is toch op bepaalde gebieden van oncologie zeer gespecialiseerd. Als het gaat over genetische onderzoeken of over fertiliteit binnen oncologische therapieën moet men standaard de twee universitaire ziekenhuizen (Erasmus en UZ Brussel) aanbieden. Er is geen enkele reden waarom een patiënt niet zou kunnen kiezen om naar het UZ Brussel te gaan.

Mevrouw Dominique de Valeriola denkt dat de doelstelling van de programma's voor oncologische zorg uit 2003 erin bestond naar drie niveaus te gaan (basiszorg, klassieke zorg en referentiezorg). Dat project is niet volledig afgerond en men heeft zich tot twee niveaus beperkt.

Men kan zich vragen stellen bij de opportuniteit van zoveel radiotherapiecentra in België omdat de kleine instellingen niet over de meest recente technologie beschikken. De Iris-koepel moet erop toezien dat correcte schalen in het gemeenschappelijk medisch plan opgenomen worden; er is vooruitgang geboekt in die zin maar de mentaliteit moet nog veranderen want er bestaat nog altijd een zekere naijver tussen de ziekenhuizen van het net. Het gaat echter om een probleem van volksgezondheid dat niet op het niveau van Iris geregeld zal worden.

Het UZ Brussel is niet het enige ziekenhuis dat zich zorgen maakt over de heropbouw van Bordet. De doelstelling van die heropbouw is echter niet de andere ziekenhuisinstellingen te plezieren, maar wel de zorg voor de patiënten te verbeteren. De spreekster meent dat de samenwerking met het UZ Brussel bevorderd moet worden. Zij meent trouwens dat bepaalde nieuwe technologieën in een beperkt aantal centra in België geconcentreerd zouden moeten worden. Misschien moet gedacht worden aan een Europese schaal wanneer het maar om enkele patiënten in België gaat.

De heer Etienne Wéry zegt dat er grote vooruitgang geboekt is op het vlak van de schaal waarop kanker in het Iris-net behandeld wordt (PET-scan, radiotherapie, moleculaire biologie, Mobetron, pathologische ontleedkunde enz.). Hij geeft wel toe dat verbetering nog mogelijk is.

De spreker onderstreept dat de bevordering van de samenwerking de inzet van de twee partijen vereist. De Irisziekenhuizen zijn bereid samen te werken met het UZ Brussel; leden van die instelling zijn trouwens aanwezig op de RVB van Iris.

Mevrouw Elke Roex beschuldigt Bordet niet van slechte wil, maar de mogelijkheid om naar het UZ Brussel te gaan wordt niet automatisch voorgesteld. Bovendien, wie voor het UZ Brussel kiest, moet daarna zijn plan trekken terwijl Bordet en Erasmus afspraken hebben.

faut parfois aiguiller le patient vers une autre structure. Si le patient se trouve dans le réseau Iris, on l'envoie à Bordet. Il y a également des cas où le patient doit être renvoyé vers les hôpitaux universitaires; au sein de la coupole Iris, il s'agit généralement de l'hôpital Erasme. L'UZ Brussel est pourtant très spécialisé dans certains domaines de l'oncologie. S'agissant d'examen génétiques ou de fertilité dans le cadre des traitements anticancéreux, les deux hôpitaux universitaires (Erasme et UZ Brussel) doivent être proposés systématiquement. Il n'y a aucune raison qu'un patient ne puisse décider d'aller à l'UZ Brussel.

Mme Dominique de Valeriola pense que l'objectif des programmes de soins oncologiques lancés en 2003 était d'instaurer un échelonnement en trois niveaux (soins de base, classiques et de référence). Ce projet n'a pas abouti et l'échelonnement mis en place se limite à deux niveaux.

On peut s'interroger sur l'opportunité d'avoir autant de centres de radiothérapie en Belgique car les petites institutions ne disposent pas des dernières technologies. La faitière Iris doit veiller à intégrer un échelonnement correct dans le plan médical commun; des progrès sont faits en ce sens mais les mentalités doivent encore évoluer car il existe toujours une certaine compétition entre les différents hôpitaux du réseau. Il s'agit toutefois d'un problème de santé publique qui ne se résoudra pas au niveau d'Iris.

L'UZ Brussel n'est pas le seul hôpital inquiet de voir Bordet se reconstruire. L'objectif de cette reconstruction n'est toutefois pas de faire plaisir aux autres institutions hospitalières mais d'améliorer les soins apportés aux patients. L'oratrice indique que des collaborations doivent être développées avec l'UZ Brussel. Elle pense d'ailleurs que certaines nouvelles technologies devraient être concentrées dans un nombre limité de centres sur le territoire belge. Il faudrait peut-être même envisager un échelonnement au niveau européen lorsque seuls quelques patients sont concernés en Belgique.

M. Etienne Wéry indique que des progrès considérables ont été réalisés en matière d'échelonnement de la prise en charge du cancer au sein du réseau Iris (un pet-scan, une radiothérapie, une biologie moléculaire, un mobétron, une anatomie pathologique, etc.). Il reconnaît toutefois que les choses peuvent encore être améliorées.

L'orateur souligne que le développement de collaborations nécessite la volonté des deux parties. Les hôpitaux Iris sont prêts à travailler avec l'UZ Brussel; des membres de cette institution sont d'ailleurs présents au CA d'Iris.

Mme Elke Roex n'accuse pas Bordet de faire preuve de mauvaise volonté, mais la possibilité d'aller à l'UZ Brussel n'est pas proposée systématiquement. En outre, le patient qui opte pour l'UZ Brussel doit ensuite tirer son plan, alors que Bordet et Erasme ont des accords entre eux.

Mevrouw Dominique de Valeriola preciseert dat het communicatiebeleid van Bordet naar de andere ziekenhuizen nog altijd hetzelfde is, of nu gaat om een instelling van het Irisnet of niet. Er bestaat trouwens samenwerking met het UZ Brussel op het vlak van radiotherapie; die moet meer geformaliseerd worden, zichtbaarder gemaakt worden en uitgebreid worden.

Mevrouw Anne Herscovici wijst erop dat de rol van de behandelende artsen en de structuren van de thuiszorg versterkt wordt door de nadruk die gelegd wordt op de ambulante zorg. Zij stelt wel vast dat de diensten voor thuiszorg het water aan de lippen staat. De spreker vraagt of het Bordet-Instituut overeenkomsten met die diensten heeft en of het mogelijk is ze te steunen.

Mevrouw Dominique de Valeriola antwoordt dat het om een reëel probleem gaat. De eenheden voor ondersteunende en palliatieve zorg proberen samen te werken met de bestaande structuren voor thuiszorg maar er zijn er te weinig. Het ziekenhuis poogt de huisartsen zoveel mogelijk te helpen, door onder andere bijscholingen te organiseren over ingewikkelde zorg of technieken.

De spreker voegt eraan toe dat in de landen waar de oncologie sterk aanwezig is in de ambulante zorg, het aantal patiënten dat terugkeert naar de spoeddiensten toeneemt. Het is dus geen wonderoplossing.

Mevrouw Anne Herscovici wijst erop dat de keuze voor ambulante zorg niet mag ingegeven worden door economische redenen.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux heeft vragen bij de plannen van Bordet om samen te werken en toch onafhankelijk te blijven. Is dat geen tegenstelling ?

De volksvertegenwoordigster vraagt of het medische en paramedische corps van het instituut Bordet een apart statuut zal krijgen vergeleken met het personeel van Erasmus.

Zij vraagt tot slot wat de bestemming van het huidige gebouw van Bordet wordt.

De heer Etienne Wéry vindt het niet tegenstrijdig om meer samen te werken en tegelijk onafhankelijk te blijven.

Het kaderakkoord voorziet in een harmonisering van de statuten van de personeelsleden van beide instellingen omdat die verplicht zullen zijn op dezelfde plaatsen in gemeenschappelijke teams samen te werken.

Het huidige Bordet-gebouw is eigendom van het OCMW van Brussel; elk Irisziekenhuis heeft een erfpachtovereenkomst voor zijn gebouw, waarin bepaald wordt dat het ziekenhuis het gebouw op eigen kosten renoveert en heropbouwt en dat het eigendom wordt van het OCMW wanneer

Mme Dominique de Valeriola précise que la politique de communication de Bordet vers les autres hôpitaux est toujours la même, qu'il s'agisse d'une institution du réseau Iris ou non. Des collaborations existent d'ailleurs avec l'UZ Brussel en matière de radiothérapie; elles doivent être plus formalisées, plus visibles et plus développées.

Mme Anne Herscovici signale que l'importance du rôle des médecins traitants et des structures de soins à domicile est renforcée par l'accent mis sur les soins ambulatoires. Elle constate pourtant que les services de soins à domicile rencontrent de grosses difficultés pour s'en sortir. L'oratrice aimerait donc savoir si l'Institut Bordet a des conventions avec ces services et s'il est possible de les soutenir.

Mme Dominique de Valeriola répond qu'il s'agit d'un réel problème. Les unités de soins supportifs et palliatifs essaient de mettre en place des collaborations avec les structures de soins à domicile existantes mais leur nombre est insuffisant. L'hôpital essaie d'aider au mieux les médecins généralistes, notamment en organisant des formations sur certains soins ou techniques compliqués.

L'oratrice ajoute que dans les pays où l'oncologie est particulièrement développée en ambulatoire, le nombre de retours des patients par les urgences augmente. Il ne s'agit donc pas de la solution miracle.

Mme Anne Herscovici souligne que le choix de l'ambulatoire ne doit pas être guidé par des considérations économiques.

Mme Jacqueline Rousseaux s'interroge sur la volonté affichée par l'Institut Bordet de développer des collaborations tout en gardant son indépendance. N'est-ce pas contradictoire ?

La députée demande si le corps médical et paramédical de l'Institut Bordet aura un statut distinct de celui du personnel d'Erasmus.

Elle aimerait enfin connaître le devenir du bâtiment actuel de l'Institut Bordet.

M. Etienne Wéry pense qu'il n'est pas incompatible de développer des collaborations tout en restant indépendant.

L'accord-cadre prévoit une harmonisation des statuts des membres du personnel des deux institutions car ils seront amenés à travailler dans les mêmes lieux au sein d'équipes communes.

Le bâtiment actuel de Bordet appartient au CPAS de la ville de Bruxelles; chaque hôpital Iris dispose d'un bail emphytéotique sur son bâtiment, qui prévoit qu'il le rénove et le reconstruit à ses frais et qu'il redevienne la propriété du CPAS une fois désaffecté. L'accord-cadre prévoit de créer

het verlaten wordt. Het kaderakkoord voorziet in de oprichting van een opsporingscentrum maar dat is een keuze die door het OMCW van Brussel gemaakt moet worden.

Mevrouw Olivia P'tito heeft het over de rol van het ziekenhuis op het vlak van preventie. De opsporingsgraad van kanker blijft tamelijk klein. Hoe kan men de Brusselaars aanmoedigen om een mammotest te laten uitvoeren ?

De volksvertegenwoordigster wenst meer uitleg over de vergunningsaanvragen uitgaande van het Irisnet in juli 2011.

De heer Etienne Wéry preciseert dat het probleem bij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ligt, die talmt om haar principeakkoord voor het project en de vergunning voor de werken te geven.

Mevrouw Dominique de Valeriola onderstreept dat de behandelende arts een belangrijke rol speelt op het vlak van borstkankerpreventie. Het Bordet-Instituut kan de huisartsen informeren over de verschillende vormen van preventie en het overleg tussen de verschillende actoren starten.

De dynamiek van de mammotest is bijzonder ingewikkeld omdat heel wat elementen meespelen : bevoegdheden, onafhankelijke radiologen enzovoort.

De heer Georges Casimir wijst erop dat het kankerplan naar convergentie tussen de betrokken gezagsniveaus streeft, zowel preventief als curatief. Hij pleit voor een soortgelijk initiatief in de pediatrie om een geïntegreerd beheer in te voeren voor de behandeling van kinderen tussen de federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten.

II. Einde van de bespreking

Op 2 februari 2012 beslist de commissie om de besprekingen af te ronden en een verslag te publiceren.

– *Vertrouwen wordt geschonken aan de rapporteurs voor het opstellen van het verslag.*

De Rapporteurs,

Dominique BRAECKMAN
Bianca DEBAETS

De Voorzitter,

Philippe CLOSE

un centre de dépistage mais ce choix appartient au CPAS de la ville de Bruxelles.

Mme Olivia P'tito évoque le rôle de l'hôpital en matière de prévention. Le taux de couverture du dépistage du cancer du sein reste relativement faible. Comment peut-on encourager les Bruxelloises à effectuer un mammothest ?

La députée souhaite recevoir des éclaircissements sur les demandes d'autorisation formulées par le réseau Iris en juillet 2011.

M. Etienne Wéry précise que le problème se situe au niveau de la Commission communautaire commune qui tarde à donner son accord de principe sur le projet et son autorisation de travaux.

Mme Dominique de Valeriola souligne que le médecin traitant a un rôle essentiel à jouer en matière de prévention du cancer du sein. L'Institut Bordet peut informer les généralistes sur les différents modes de prévention et organiser la concertation entre les différents acteurs.

La dynamique du mammothest est particulièrement complexe car de nombreux éléments entrent en jeu : compétences, radiologues indépendants, etc.

M. Georges Casimir signale que le plan cancer organise la convergence des différents niveaux de pouvoir concernés que ce soit sur le plan préventif ou curatif. Il plaide pour une démarche similaire en pédiatrie afin de mettre en place une gestion intégrée de la prise en charge des enfants entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions.

II. Clôture des débats

En date du 2 février 2012, la commission décide de clore les débats et de publier un rapport.

– *Confiance est faite aux rapporteuses pour la rédaction du rapport.*

Les Rapporteuses,

Dominique BRAECKMAN
Bianca DEBAETS

Le Président,

Philippe CLOSE

III. Bijlagen

Gelet op de omvang van de bijlagen, zullen die niet gepubliceerd worden. Zij blijven ter beschikking voor raadpleging via de website van het Parlement.

Bijlage 1 : Voorstelling van het centrum voor geriatrische geneeskunde van Sint-Lambrechts-Woluwe

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/ZGR.ppt>

Bijlage 2 : Voorstelling van de kliniek Sint-Jan

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Sint-Jan.ppt>

Bijlage 3 : Voorstelling van het ziekenhuis VALIDA

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Valida_NL.ppt

Bijlage 4 : Voorstelling van CHIREC

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Chirec_NL.ppt

Bijlage 5 : Voorstelling van de Europa-ziekenhuizen

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Europa_Zkh.ppt

Bijlage 6 : Voorstelling van de kliniek Sint-Anna Sint-Remi

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Sint-Anna_Sint-Remi.ppt

Bijlage 7 : Voorstelling van het Iris-netwerk

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Iris_1_NL.ppt

Bijlage 8 : Voorstelling van het UMC Sint-Pieter

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Sint-Pieter.ppt>

Bijlage 9 : Voorstelling van het UVC Brugmann

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Brugmann_FR-NL.ppt

Bijlage 10 : Voorstelling door het Iris-netwerk bij het akkoord tussen de ULB, de stad en het OCMW van Brussel, het ziekenhuis Erasmus en het Irisnet

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Iris_2_NL.ppt

III. Annexes

En raison de leur volume, les annexes ne seront pas publiées mais resteront disponibles pour consultation via le site du Parlement.

Annexe 1 : Présentation du Centre de médecine gériatrique de Woluwe-Saint-Lambert

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/HRG.ppt>

Annexe 2 : Présentation de la Clinique Saint-Jean

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Saint-Jean.ppt>

Annexe 3 : Présentation du Centre hospitalier VALIDA

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Valida_FR.ppt

Annexe 4 : Présentation du CHIREC

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Chirec_FR.ppt

Annexe 5 : Présentation des Cliniques de l'Europe

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Cl._Europe.ppt

Annexe 6 : Présentation de la Clinique Ste-Anne St-Rémi

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Sainte-Anne_Saint-Remi.ppt

Annexe 7 : Présentation du réseau Iris

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Iris_1_FR.ppt

Annexe 8 : Présentation du CHU Saint-Pierre

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Saint-Pierre.ppt>

Annexe 9 : Présentation du CHU Brugmann

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Brugmann_FR-NL.ppt

Annexe 10 : Présentation par le réseau Iris de l'accord-cadre signé entre l'ULB, la ville et le CPAS de Bruxelles, l'hôpital Erasme et le réseau Iris

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Iris_2_FR.ppt

Bijlage 11 : Voorstelling van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF)

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/UKZKF.ppt>

Bijlage 12 : Voorstelling van het Jules Bordet Instituut

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Bordet_NL.ppt

Annexe 11 : Présentation de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)

<http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/HUDERF.ppt>

Annexe 12 : Présentation de l'Institut Jules Bordet

http://www.parlbruparl.irisnet.be/annexes/ppc/Bordet_FR.ppt

