

En conclusion, et pour répondre précisément à vos questions, Messieurs Maron et De Bock, j'ai, au sein du Gouvernement régional, défendu ces projets d'incubateurs socio-sanitaires globaux. Comme vous le savez sans doute, la classification de ces projets figurait cependant dans des enveloppes saturées à 700%.

Monsieur De Bock, l'axe économique dans lequel Médecins du monde et l'asbl Projet Lama ont inscrit leur projet - l'axe 2 - avait reçu 700% de demandes. De nombreux projets sont donc restés sans financement. Il est probable que la lisibilité, par les experts extérieurs, de projets moins directement liés à l'axe économique n'a pas favorisé leur émergence. Il s'agissait pourtant bien de projets sérieux, très complets, rassembleurs, qui répondaient pleinement aux objectifs du Feder.

Les projets sont loin d'être enterrés. J'ai eu un contact avec le directeur de Médecins du monde le jour même et je lui ai dit qu'il fallait réfléchir à des solutions alternatives pour pouvoir concrétiser son projet et rencontrer les annonces faites dans les déclarations de politique générale de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française. Des discussions vont avoir lieu avec M. Gosuin et moi-même, mais il est prématuré d'en parler aujourd'hui.

(Applaudissements sur les bancs des groupes FDF et cdH)

Mme la présidente.- La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- Je me réjouis du fait que vous pointiez la qualité de ces projets portés par Médecins du monde, l'asbl Projet Lama et d'autres acteurs associatifs et de santé.

Il demeure à Bruxelles une problématique très importante d'accès aux soins de qualité pour le public le plus précarisé. Vous avez à nouveau souligné que vous en aviez bien conscience et qu'un centre social ciblé de ce type figurait bien dans les objectifs de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune.

Il y avait évidemment beaucoup de demandes au niveau du Feder, mais pour les acteurs du social et de la santé ou pour les gens qui sont sensibles à ces problématiques, aux besoins de la population bruxelloise en la matière ou même aux leviers de développement que ces projets peuvent représenter pour Bruxelles, voir que de tels projets sont refusés mais que l'on subventionne le Temple de la bière est un peu difficile à comprendre.

(Remarques de M. Philippe Close, député)

Vous m'expliquerez tout ce que vous voudrez sur la pertinence de subsidier le Temple de la bière, mais en soi, l'opportunité d'un tel projet nous pose fortement question, si ce n'est en termes de « disneylandisation » du centre-ville. Pour ça, vous êtes fort ! Mais c'est un autre débat !

(Rumeurs)

Ce n'est certainement pas pour les artisans brasseurs, puisque ce sont Inbev et les multinationales qui sont derrière ce projet ! Si au moins vous défendiez les PME bruxelloises qui font des produits de qualité ! Ce que vous défendez, Monsieur Close, ce sont les multinationales !

Mme la présidente.- Revenons au centre social-santé.

M. Alain Maron (Ecolo).- Je constate que dans la programmation de Feder, il y a de l'argent pour que des multinationales créent le Temple de la bière, mais pas pour un centre de santé-social global.

(Rumeurs)

Que la Ville de Bruxelles veuille être un État dans l'État et une multinationale dans tout, c'est une évidence. Je suis bien content que, pour une fois, vous l'admettiez ! Ce n'est pas le cas d'habitude.

Mme la présidente.- Revenez à la question, M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- Pour le groupe Ecolo, c'est politiquement un peu dur à avaler. Je me réjouis néanmoins que vous essayiez de trouver des solutions complémentaires ou différentes avec les acteurs. Je prends bonne note du fait que vous avez établi des contacts et que vous essayez de trouver des solutions, mais qu'il est trop tôt pour en parler. Nous reviendrons donc sur ce dossier.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

L'ÉVOLUTION DES BESOINS EN SOINS PALLIATIFS À BRUXELLES

DE MME CATHERINE MOUREAUX

À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE DE LA SANTÉ

Mme la présidente.- La parole est à Mme Moureaux.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Nous avons été interpellés, ici même, lors du jeudi de l'hémicycle du 4 juin, par les professionnels des soins palliatifs à propos des défis et des difficultés qu'ils rencontrent aujourd'hui dans notre Région. L'importance du sujet est évidente et, en résumant cette importance en une phrase, ce serait : mourir dans la dignité, entouré, et en bénéficiant des soins les plus appropriés, est un droit pour chacun.

Ces professionnels dénoncent aujourd'hui une inadéquation entre les besoins du terrain et l'offre qui existe en termes de services de soins. Ils expliquent que l'augmentation de l'espérance de vie, la croissance démographique, la complexification des pathologies et des possibilités thérapeutiques, l'évolution multiculturelle de notre ville-région, ainsi que son appauvrissement, sont autant de facteurs contribuant potentiellement à une demande de plus en plus importante en soins palliatifs.

De plus, l'élargissement même du concept, reconnu comme nécessaire par les corps professionnel et scientifique et qui est à l'étude dans le monde politique, porte en lui également le germe de besoins reconnus encore majorés.

Or, il me revient que les lits actuellement dédiés spécifiquement à ce type de prise en charge ainsi que les services de seconde ligne travaillant au domicile des patients ne suffisent pas pour rencontrer les demandes exprimées aujourd'hui. Le secteur dénonce un débordement de tous les services impliqués. Concrètement, cela signifierait que certains malades en attente de soins palliatifs doivent être hospitalisés alors qu'ils souhaiteraient être pris en charge à domicile. Ceci serait non seulement éthiquement dommageable, mais aussi terriblement inefficace.

L'apparition de listes d'attente pour certains services signifierait également que certains patients ne reçoivent pas les soins auxquels ils ont droit au moment où le besoin s'en fait sentir, mais bien plus tard. Il s'agirait en la matière de retards coupables dans le chef d'un État qui se veut civilisé.

Quel est le rôle de la Commission communautaire française dans ce dossier ? Probablement, la plupart de mes collègues ne le savent pas. Aujourd'hui la Commission communautaire française intervient dans la prise en charge palliative par différents biais. Le plus clairement identifié est bien évidemment le financement dans le cadre du décret

ambulatoire de la Fédération bruxelloise des soins palliatifs (FBSP).

Je rappellerai simplement que celle-ci est financée principalement pour sa mission de représentation politique du secteur, mais qu'elle peut également, en vertu du décret, remplir une mission de recherche scientifique.

La Commission communautaire française finance par ailleurs quatre formations dans le domaine des soins palliatifs de même qu'une série de projets : la Cité Sérine, projet pilote en « middle-care », Interface Saint-Luc et Arémis, projet pilote d'hospitalisation à domicile.

Dans ce contexte, je souhaiterais vous poser quatre questions, dont deux sur l'adéquation de l'offre aux demandes et besoins.

Disposez-vous d'informations sur l'utilisation des capacités actuelles en termes de lits disponibles et de soutien aux équipes de première ligne ? Quelle est l'évolution constatée des besoins en la matière ?

Existe-t-il des listes d'attente pour ces services ? Dans l'affirmative, est-il possible de connaître le sort réservé aux patients sur liste d'attente : trouver une autre offre de soins ou « attendre leur tour » ?

Êtes-vous associée aux réflexions en cours sur l'élargissement du concept à l'échelon fédéral ? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous communiquer l'agenda prévu pour cette thématique et, éventuellement, les perspectives à l'étude quant à l'évolution du financement des prises en charge ? Dans la négative, est-il prévu d'aborder ce point en conférence interministérielle santé dans un futur proche ?

Êtes-vous associée aux réflexions en cours dans le cadre du Plan de santé bruxellois ? Existe-t-il une structure destinée à formaliser la concertation entre les entités concernées en Région bruxelloise ?

(Applaudissements)

Mme la présidente.- La parole est à Mme d'Ursel.

Mme Anne Charlotte d'Ursel (MR).- C'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons suivi les interventions qui nous ont été présentées lors de la dernière séance des « Jeudis de l'hémicycle », consacrée aux soins palliatifs en Région bruxelloise. Cette séance était vraiment très enrichissante.

Je me permets toutefois de regretter la manière assez cavalière avec laquelle Mme Moureaux a déposé son interpellation le jour du Bureau élargi, soit le lendemain de la présentation, privant ainsi aujourd'hui les autres députés du droit de réponse à la ministre.

La quasi-totalité des partis bruxellois avaient pourtant répondu à l'appel du secteur et marqué leur intérêt sincère pour la problématique.

De fait, nous avons bien entendu la sonnette d'alarme tirée par le secteur des soins palliatifs à Bruxelles. Il a été rappelé que, depuis 1997, le secteur se structure et tente de faire émerger une vraie culture en matière de soins palliatifs, d'organiser des formations pour les prestataires de soins, de coordonner les initiatives entre les organisations et les services et d'évaluer les services palliatifs.

Ce sont autant de missions et de services essentiels qu'il convient à présent de maintenir et de renforcer.

Les difficultés rencontrées par les acteurs du secteur palliatif ont bien été identifiées : des demandes de prise en charge de plus en plus nombreuses ; des cas de plus en plus complexes ; une palette d'âge des patients de plus en plus étendue ; une distorsion entre la croissance des budgets et celle des demandes de soins, ce qui entraîne un allongement des listes d'attente ; un manque de connaissance de l'utilité des services ; un problème de diffusion de l'information ; des problèmes de prise en charge d'une population de plus en plus précarisée ; des problèmes communicationnels ; le manque de formation du personnel et de connaissance de la législation ; des normes d'agrément peu claires ; des conditions de financement peu contrôlées, ...

Si ces difficultés ne sont pas toutes du ressort pas de la Commission communautaire française, le secteur nous invite malgré tout à profiter des changements institutionnels pour repenser certains mécanismes. Ainsi que vous le rappeliez encore cette semaine en commission de la Santé, Madame la ministre, la sixième réforme de l'État est manifestement plus complexe et plus longue à mettre en place qu'initialement prévu et ses répercussions budgétaires suscitent de nombreuses questions et inquiétudes parmi les acteurs de terrain. Les intervenants actifs en matière de soins palliatifs ne font pas exception.

La confection d'un budget est une affaire de choix et il était donc important de recadrer les activités d'un secteur trop souvent victime d'*a priori* et qui nous a dit avoir du mal à diffuser cette information. Il apparaît souhaitable que des vecteurs d'information soient rapidement mis en place pour relayer ces enjeux et favoriser un échange constructif entre les structures de prise en charge.

J'aimerais donc savoir si la Commission communautaire française sera ce relais et quels leviers seront activés pour en accroître l'efficacité.

Pour avoir une meilleure vision des moyens d'action de la Commission communautaire française, pouvez-vous nous retracer, Madame la ministre, l'ensemble des budgets dont elle dispose pour agir, directement ou indirectement, en faveur des dispositifs existant dans le secteur des soins palliatifs ?

J'insiste aussi sur l'importance d'une organisation solide des soins palliatifs, ce qui facilite sa professionnalisation. Selon moi, cela vaut d'ailleurs pour tous les secteurs de l'ambulatoire.

Qu'en est-il des standards de prise en charge palliative via les structures financièrement soutenues par la Commission communautaire française ?

Travaillent-elles toutes avec les mêmes indicateurs de qualité ? L'enregistrement de l'activité palliative requis dans tous les lieux qui bénéficient d'un financement spécifique pour la prise en charge de patients palliatifs, y compris les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS), est-il harmonisé ? Son information est-elle bien transmise et facilement utilisable ? Les dossiers sont-ils standardisés et comparables dans tous les lieux afin de consigner et de suivre la planification avancée des soins ?

(Applaudissements)

Mme la présidente.- La parole est à Mme Sidibé.

Mme Fatoumata Sidibé (FDF).- La semaine dernière, lors du jeudi de l'hémicycle consacré aux soins palliatifs, les professionnels de la santé nous ont dressé un panorama du

secteur. Ils ont également partagé leurs préoccupations. Le but était de dégager des pistes de réflexion afin d'améliorer l'intégration des soins palliatifs dans les soins de santé et de permettre d'avantage leur développement harmonieux en Région de Bruxelles-Capitale.

Je me souviens du bref témoignage d'une dame qu'il nous a été donné de voir en vidéo. Elle disait : « je ne veux pas souffrir, je veux mourir chez moi entourée de gens que j'aime ». Elle parle de projets, même si à chaque projet suffit un jour. Il est donc fondamental que les patients en fin de vie ou en soins continus soient accompagnés jusqu'au bout, dans les meilleures conditions, chez eux ou en institution. Même quand ils sont en fin de vie, ils ont aussi faim de vie et ont un projet de vie qui se décline de jour en jour. Les soins palliatifs, ce sont aussi des valeurs. L'une d'entre elles est que « le processus de fin de vie n'est pas uniquement un événement médical, mais un événement humain potentiellement porteur de croissance personnelle ».

Durant cette matinée, nous avons pu prendre la mesure des défis qui se présentent au secteur. On l'a rappelé à plusieurs reprises : l'augmentation de la demande et l'insuffisance de l'offre. Nous sommes face à une situation où les équipes spécialisées sont saturées et en surcharge de travail. Il y a des patients qui sont sur liste d'attente, ce qui est insoutenable. Il y a une explosion des besoins à domicile.

Par ailleurs, ces besoins deviennent complexes. En effet, les équipes soignantes doivent être en mesure de prendre charge des pathologies diverses et des patients différents qui sont jeunes voire très jeunes. Nous avons eu l'occasion de visiter l'asbl Villa Indigo dans le cadre de la commission des Affaires sociales de la Commission communautaire française et donc de prendre la mesure de cette structure qui ne dépend pas de la Commission communautaire française mais dont le projet est interpellant.

Il y a également la question de la multiculturalité qui est difficile à gérer et qu'il faut anticiper. Nous sommes aussi confrontés à des pathologies de plus en plus diversifiées. Un autre aspect qui a été mis en évidence est l'épuisement des familles et des aidants proches, l'absence de relais abordables financièrement pour soutenir ces aidants proches, l'encadrement et la professionnalisation de la fonction de garde-malade.

La nécessité du renforcement des équipes de deuxième ligne qui jouent un rôle de pompiers a aussi été soulignée. Elles sont insuffisantes et ne sont pas assez armées pour faire face à la diversité des prises en charge. Cela nous amène à la question des compétences et à leur acquisition par la formation. La Commission communautaire française prend en charge des formations en la matière. Nous avons aussi évoqué des patients de plus en plus précaires.

On relève également une insuffisance de moyens face aux nouveaux besoins et donc l'impératif d'obtenir de nouvelles adaptations budgétaires, ceci, alors que nous sommes confrontés à un désinvestissement de l'État fédéral vis-à-vis des entités fédérées, avec un minimum de financement alternatif.

En Commission communautaire française, les soins palliatifs et continus font partie plus largement des coordinations de soins et services à domicile en ce qu'ils concernent la problématique plus particulière des maladies à pronostic fatal ou des maladies chroniques. C'est donc au niveau de la coordination des soins et services à domicile que la Commission communautaire française peut activer des leviers.

Comment Commission communautaire française se situe-t-elle face aux constats, défis et demandes du secteur évoqué en début d'intervention ?

Nous sommes à la croisée de plusieurs compétences. Quelles sont les concertations entre les trois instances (Commission communautaire française, Commission communautaire commune, Vlaamse Gemeenschapscommissie) et le niveau fédéral permettant d'élaborer une politique concertée en Région bruxelloise ?

Un Plan santé est en cours d'élaboration par le ministre de la Santé. Avez-vous déjà eu l'occasion de participer aux réflexions concernant les soins palliatifs ? Les soins palliatifs feront-ils l'objet d'un focus spécifique ? Un calendrier de travail sur les soins palliatifs est-il déjà prévu ?

(Applaudissements sur les bancs des groupes de la majorité)

Mme la présidente.- La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- À votre initiative, nous avons tenu un très intéressant débat dans le cadre des Jeudis de l'hémicycle, auquel participait la quasi-totalité des groupes politiques.

J'ai déposé une interpellation en Commission communautaire commune, puisque l'essentiel des subventions en ce domaine émane de cette institution et que seuls des francophones étaient présents lors du débat dont question. Mme Moureaux a déposé une interpellation à la Commission communautaire commune.

Il est toutefois utile de faire le point directement avec vous pour ce qui relève des compétences de la Commission communautaire française et de connaître vos réactions aux demandes concrètes formulées à l'occasion de ce Jeudi de l'hémicycle. Elles concernent le soutien au travail fédératif. Il semble en effet que la fédération ne bénéficie que d'un mi-temps. Elle travaille tant avec les institutions francophones que néerlandophones, mais elle est soutenue par la Commission communautaire française, et tant mieux si elle l'est également par la Communauté flamande ou la Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Nous avons été choqués d'apprendre que des services de soins palliatifs devaient refuser des patients. On évoque une centaine de dossiers. Il est difficilement acceptable sur le plan humain que des patients ne puissent pas être accompagnés en fin de vie par manque de place et de disponibilité. Pareille situation nous renvoie à nos propres responsabilités.

C'est pour cette raison que nous nous permettons d'intervenir aujourd'hui. Notre groupe, en tout cas, n'avait pas pleinement conscience de la gravité du problème et de la pression supportée par les services concernés.

J'attire votre attention sur le fait que des propositions ont été déposées à l'échelon fédéral, notamment par Ecolo-Groen, qui visent à étendre la définition des soins palliatifs pour permettre aux personnes d'y accéder plus tôt. Il a été rappelé, lors des Jeudis de l'hémicycle, que plus tôt le travail palliatif était entamé, meilleur il était jusqu'à la fin, ce qui justifie le dépôt de cette proposition par Mme Gerken et Groen.

Celle-ci doit évidemment s'accompagner de moyens nouveaux proportionnels au public touché supplémentaire. Le débat en commission Santé au niveau fédéral s'est apparemment déroulé de façon constructive pour l'ensemble des groupes, en ce compris ceux de la majorité.

Les ministres fédéraux semblent même avoir réagi assez positivement aux demandes de financement complémentaire - notamment en matière de politique hospitalière - pour ce qui resterait des compétences fédérales.

Êtes-vous, dans le cadre du Plan santé bruxellois, en dialogue avec vos collègues de la Commission communautaire commune, concernant spécifiquement la problématique des soins palliatifs ? Comment cela sera-t-il intégré dans le Plan santé bruxellois ?

Par ailleurs, où en est le dialogue avec le niveau fédéral sur ces questions ?

(Applaudissements)

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je reviens sur la réflexion de Mme Anne Charlotte d'Ursel relative au dépôt de la question. Je trouve intéressant, précisément, de pouvoir débattre rapidement d'un sujet ayant fait l'objet d'une participation large aux Jeudis de l'hémicycle.

D'ailleurs, je suis tenté de relayer, via mon chef de groupe, la suggestion au Bureau d'organiser systématiquement un débat à l'issue d'un Jeudi de l'hémicycle. Je crois en effet que la plupart, ou en tout cas la majorité, de ces Jeudis ont entraîné des questions parlementaires dans leur sillage.

On sait que l'on n'est pas là pour discuter du beau temps et que ces séances sont organisées pour relayer les préoccupations de nombreuses associations. C'est là tout le sens de cette initiative et je fais donc la suggestion qu'un débat thématique soit systématiquement programmé après un Jeudi de l'hémicycle afin de permettre à chacun d'être entendu et de répliquer.

Comme l'ont rappelé tous mes collègues, le dernier Jeudi de l'hémicycle a relayé les doléances portées par l'ensemble des acteurs bruxellois du monde des soins palliatifs. Selon une étude menée à la fois par l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (Huderf) et l'Université catholique de Louvain (UCL), la demande en soins palliatifs a doublé en cinq ans. Évidemment, les moyens n'ont pas suivi la même courbe ascendante et il en résulte des listes d'attente kilométriques. Celles-ci s'expliquent également par un réel manque de formation à divers niveaux.

Par exemple, dans le cadre des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, souvent privées, cette dimension n'est pas assez prise en compte et il est rare de trouver une personne de référence. Cette situation incite ces structures à faire appel à des services spécialisés, à des services de seconde ligne qui se trouvent eux-mêmes surchargés et qui doivent souvent refuser la demande d'intervention.

Du côté des médecins généralistes, la situation n'est guère plus brillante, puisqu'ils ne reçoivent qu'une dizaine d'heures de formation. Difficile, ensuite, de s'impliquer réellement dans le processus d'accompagnement palliatif.

À cela s'ajoute une dimension interculturelle, qui est inhérente à notre Région et qui touche à la fois le personnel soignant et les patients. Trop souvent, le personnel est étranger au cadre législatif et se nourrit d'appréhensions éthiques souvent différentes, ce qui justifierait une formation particulière. De plus, face à des patients d'origines diverses ou ayant des croyances différentes, le personnel n'est pas assez formé.

Face à ce manque criant de formation adéquate, il serait important de définir des acquis d'apprentissage ainsi qu'un référentiel de compétences pour tous les prestataires de soins prenant en charge les patients palliatifs.

En outre, le statut palliatif devra certainement être revu car il recouvre, pour les patients, des besoins très différents.

Madame la ministre, j'ai donc deux questions à vous poser. La première porte sur l'offre de soins palliatifs à domicile.

De nombreuses études montrent que la majeure partie des patients préfèrent passer leur fin de vie dans un environnement qui leur est familier. Sachant que les coûts de ces types de soins sont inférieurs à ceux occasionnés en milieu hospitalier, le maintien à domicile de ces personnes serait certainement une solution pour désengorger le secteur actuellement saturé.

L'accord de gouvernement prévoit d'ailleurs qu'une attention particulière sera accordée au financement des équipes qui pratiquent les soins palliatifs à domicile.

Toutefois, bien que la sixième réforme de l'État ait transféré les compétences de l'Inami vers la Commission communautaire française ou la Commission communautaire commune, la gestion opérationnelle des équipes sera encore assurée par l'Inami jusqu'en 2017.

Qu'est-il prévu à cet égard ? Comment cette collaboration va-t-elle se dérouler ?

En matière de formation, il semble y avoir un manque évident. Que prévoyez-vous pour sensibiliser le personnel médical ainsi que celui qui travaille en MR et MRS à cette formation en soins palliatifs ? Plus précisément, existe-t-il une collaboration entre les quatre centres agréés par la Commission communautaire française et les différents acteurs du secteur afin de déterminer les acquis d'apprentissage ainsi qu'un référentiel de compétences valables pour tous les prestataires de soins palliatifs ?

Nous reviendrons également sur ces questions en Commission communautaire commune.

(Applaudissements sur les bancs des groupes de la majorité)

Mme la présidente.- La parole est à Mme Jodogne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Avant de répondre à vos différentes questions, il me semble nécessaire d'apporter une clarification en précisant le cadre institutionnel relatif aux soins palliatifs qui, vous le savez, est relativement complexe.

En effet, les équipes multidisciplinaires de soins palliatifs - auxquelles il a longuement été fait allusion lors de ce Jeudi de l'hémicycle - ne relèvent pas de la Commission communautaire française, mais du bicommunautaire. Je vous suggère donc de vous adresser aux autorités et services concernés pour obtenir des réponses à vos questions relatives aux lits disponibles, aux listes d'attente et au sort des patients sur ces listes. Aucune de mes compétences ne me permet d'obtenir ces informations. Par rapport à l'évolution en termes de besoins, la Commission communautaire française ne peut évidemment travailler que sur ce qui relève de ses compétences, en l'occurrence les structures ambulatoires de soins et services à domicile.

Cela étant précisé, vos préoccupations sont tout à fait légitimes et je peux vous garantir que la question des soins palliatifs est pour moi une priorité. Je suis convaincue qu'il s'agit là d'un enjeu essentiel qui ne fera que prendre de plus en plus d'importance dans les débats dans les différentes assemblées ou au sein de la population, que ce soit au regard du vieillissement de la population, de l'allongement de l'espérance de vie ou de l'évolution des pratiques médicales.

J'ai rencontré récemment les représentants de la Fédération bruxelloise de soins palliatifs et continuons pour envisager ensemble comment conjuguer nos efforts tout en respectant le

rôle de chacun. Une réflexion dans le cadre de la coordination des soins et services à domicile est également en cours avec les acteurs de terrain, notamment avec l'asbl Cité Sérine, pour envisager dans quelle mesure il serait possible de la renforcer dans sa mission du « middle care ». Il s'agit d'un projet pilote qui délivre des soins techniques complexes et un hébergement thérapeutique extrahospitalier pour des patients atteints d'une maladie grave qui ne doivent plus rester hospitalisés, mais qui sont incapables de réintégrer leur domicile.

La Commission communautaire française soutient onze structures de coordination de soins et soins palliatifs, avec un budget global de 2,6 millions d'euros. Sont comprises dans ces onze structures, pour un montant de 1,3 million d'euros, six structures de soins palliatifs dont quatre font de la formation : La Cité Sérine, Aremis, Continuing Care, Psycho-oncologie, Cefem et Cancer et Psychologie.

À cela, il convient d'ajouter Hospidom qui est un centre de coordination spécialisé en hospitalisation pédiatrique à domicile, mais qui n'est pas agréé à ce jour.

Le levier sur lequel nous pouvons travailler se situe donc bien au niveau de la coordination des soins et services à domicile. Pour être tout à fait complète, il faut également mentionner l'aide à domicile, qui dépend de ma collègue Céline Fremault, dans le cadre de ses compétences de l'action sociale et de la famille. C'est à ces deux niveaux qu'il faudra renforcer le financement lorsque cela sera possible.

De très nombreuses questions émanant de M. Maron, Mme d'Ursel, Mme Sidibé, M. du Bus de Warnaffe portaient sur des compétences qui débordent du cadre strict de la Commission communautaire française. C'est notamment le cas des questions relatives aux MR-MRS qui ne relèvent plus de mes compétences puisque ces établissements ont tous basculé vers la Commission communautaire commune. Néanmoins, pour les questions qui relèvent de mes compétences, je ne suis pas en mesure au stade actuel d'apporter toutes les réponses ici.

Un débat global inscrit aurait permis que j'obtienne vos questions à l'avance et que je puisse préparer des réponses. Ces questions sont légitimes et je vous invite à les poser à l'occasion.

Pour ce qui concerne les réflexions en cours au niveau fédéral, la Fédération bruxelloise de soins palliatifs participe activement à cette réflexion au sein de la cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs et soutient l'idée de l'élargissement du concept de soins palliatifs, dans le cadre d'une politique concertée. Cette question ne fait pas pour le moment l'objet d'un point à l'ordre du jour de la CIM santé publique. Ce sera vraisemblablement le cas prochainement car, comme l'a souligné M. Maron, il semble qu'il y ait un soutien assez large sur la demande d'élargissement du concept au niveau de tous les groupes politiques, y compris ceux de la majorité fédérale.

J'en viens maintenant au Plan de santé bruxellois.

Je suis associée à l'élaboration du plan, piloté conjointement par MM. les ministres Gosuin et Vanhengel, membres du collège réuni compétents pour la politique de Santé. Mon cabinet pilote d'ailleurs le groupe de travail relatif à la prévention et à la promotion de la santé. Il est également associé au pilotage de certains groupes de travail tels que la santé mentale, les toxicomanies ou les soins de première ligne.

Les soins palliatifs sont une des thématiques spécifiques du Plan de santé bruxellois. Un groupe de travail propre leur est consacré, dont la première réunion est fixée au 19 juin.

Enfin, il n'existe pas à ce jour de structure destinée à formaliser la concertation entre entités. La concertation se fait cependant au niveau des fédérations.

En ce qui concerne le soutien spécifique à la FBSP, ils m'ont fait part de leurs demandes et de leurs besoins lors de la rencontre que j'ai eue avec eux. La Commission communautaire française les soutient déjà et pour une aide supplémentaire, il conviendrait que cette fédération s'adresse notamment à la Commission communautaire commune puisqu'il s'agit d'une fédération bicommunautaire et il serait utile que l'autre communauté puisse également participer au travail de coordination de ce secteur au niveau bruxellois.

*(Applaudissements sur les bancs
des groupes de la majorité)*

Mme la présidente.- La parole est à Mme Moureaux.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Il s'agit d'une thématique que nous suivrons de près dans les différentes assemblées tout au long de cette législature.

Je vous remercie de vos réponses. Je retiens que le point de l'élargissement du concept sera inscrit en CIM dans un futur proche. C'est très positif.

La raison pour laquelle je pense que cette question a sa place ici en Commission communautaire française - même si j'entends que vous ne pouvez pas vous prononcer sur l'état exact de l'adéquation offre/demande - est précisément l'éclatement institutionnel que vivent nos structures. Les citoyens, et dans ce cas les patients, n'ont pas à subir les conséquences de notre mode d'organisation institutionnel. Il me semble évident que chacun des partenaires ministériels en charge de la Santé devrait veiller à ce que les besoins soient mieux connus. J'espère dès lors que vous êtes favorable et que vous participerez à la mise en œuvre d'une étude des besoins en matière de soins palliatifs aujourd'hui en Région bruxelloise.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

LA PROSTITUTION ESTUDIANTINE ET LA PRÉVENTION DANS LES UNIVERSITÉS

DE **MME SIMONE SUSSKIND**

À **MME CÉLINE FREMAULT**, MINISTRE EN CHARGE
DE L'**ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE**

Mme la présidente.- La parole est à Mme Susskind.

Mme Simone Susskind (PS).- Madame la ministre, nous apprenions en décembre dernier que la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Commission communautaire française allaient s'associer dans la réalisation d'une étude sur la prostitution en Région bruxelloise. Vous nous annonciez en décembre dernier qu'une première réunion entre la Commission communautaire française et la Fédération Wallonie-Bruxelles était prévue en janvier 2015.

Je suis heureuse qu'une telle étude soit menée et j'espère qu'elle permettra de mieux appréhender les différentes réalités liées à ce phénomène qui doit être abordé dans toute sa complexité. On ne peut en effet pas comparer les vécus des travailleurs et travailleuses de rue aux vécus de ceux et celles qui travaillent en maison close. On ne peut pas comparer les vécus des prostituées belges ou légalement en Belgique à ceux des immigrées dont beaucoup sont exploitées par des filières de traite des êtres humains. Le chiffre alarmant de 20.000 personnes contraintes par un proxénète de vendre leur corps a d'ailleurs récemment été avancé par la police fédérale et il mérite toute notre attention.