

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

**Compte rendu intégral
des interpellations et
des questions orales**

Commission de la Santé

**RÉUNION DU
JEUDI 25 AVRIL 2013**

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

**Integraal verslag
van de interpellaties en
mondelijke vragen**

Commissie voor de Gezondheid

**VERGADERING VAN
DONDERDAG 25 APRIL 2013**

Le **Compte rendu intégral** contient le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions - *imprimées en italique* - sont publiées sous la responsabilité du service des comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

Publication éditée par le
Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale
Direction des comptes rendus
tél 02 549 68 02
fax 02 549 62 12
e-mail criv@parlbru.irisnet.be

Les comptes rendus peuvent être consultés à l'adresse
<http://www.parlbruparl.irisnet.be/>

Het **Integraal verslag** bevat de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling - *cursief gedrukt* - verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

Publicatie uitgegeven door het
Brussels Hoofdstedelijk Parlement
Directie verslaggeving
tel 02 549 68 02
fax 02 549 62 12
e-mail criv@bruparl.irisnet.be

De verslagen kunnen geconsulteerd worden op
<http://www.parlbruparl.irisnet.be/>

SOMMAIRE**INHOUD**

INTERPELLATIONS	4	INTERPELLATIES	4
- de Mme Bianca Debaets	4	- van mevrouw Bianca Debaets	4
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "l'interculturalisation des soins de santé".		betreffende "de interculturalisering van de zorg".	
<i>Discussion – Orateurs : Mme Magali Plovie, M. Pierre Migisha, M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, Mme Bianca Debaets.</i>	6	<i>Bespreking – Sprekers: mevrouw Magali Plovie, de heer Pierre Migisha, de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, mevrouw Bianca Debaets.</i>	6
- de Mme Elke Roex	16	- van mevrouw Elke Roex	16
à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,		tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen,	
et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique de la Santé et la Fonction publique,		en tot mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid en het Openbaar Ambt,	
concernant "les soins de première ligne".		betreffende "de eerstelijnszorg".	
<i>Discussion – Orateurs : M. Jacques Morel, M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, Mme Elke Roex.</i>	18	<i>Bespreking – Sprekers: de heer Jacques Morel, de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, mevrouw Elke Roex.</i>	18

*Présidence : M. Jacques Morel, doyen d'âge.
Voorzitterschap: de heer Jacques Morel, oudste lid in jaren.*

INTERPELLATIONS

M. le président.- L'ordre du jour appelle les interpellations.

INTERPELLATION DE MME BIANCA DEBAETS

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "l'interculturalisation des soins de santé".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Guy Vanhengel répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Debaets.

Mme Bianca Debaets (*en néerlandais*).- *Près de la moitié de la population bruxelloise est d'origine étrangère. Cette multiculturalité contribue à l'attractivité de Bruxelles, même si le vivre ensemble n'est pas toujours aisé. De ce fait, l'internationalisation des soins constitue un enjeu de taille pour le secteur de la santé. Les soins doivent être accessibles à tous et chacun a le droit d'être informé de l'offre existante.*

Le fonctionnement de notre système de soins manque toutefois de clarté pour les migrants et les minorités ethniques, en raison notamment de leur méconnaissance des langues nationales. Les

INTERPELLATIES

De voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW BIANCA DEBAETS

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de interculturalisering van de zorg".

De voorzitter.- Collegelid Guy Vanhengel zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Debaets heeft het woord.

Mevrouw Bianca Debaets.- Als ik zeg dat Brussel op heel korte termijn een echte multiculturele en multireligieuze stad is geworden, trap ik natuurlijk een open deur in. Bijna de helft van de Brusselse bevolking is afkomstig uit het buitenland of heeft ouders die geboren zijn in een ander land. Dat is op zich een positief gegeven. De gekleurde rijkdom maakt dat heel veel mensen voor Brussel kiezen. Samenleven is echter niet altijd makkelijk.

Als gevolg van de migratie en de multiculturaliteit staat de zorgverlening voor grote uitdagingen. Het spreekt voor zich dat iedereen toegang moet

personnes dans la précarité tardent généralement à se faire soigner ou, au contraire, font trop souvent appel aux services d'urgence.

Je ne prône pas la création d'un système de soins spécifique à ces communautés, mais bien le développement d'une offre sensible aux différences culturelles, assortie d'une formation adaptée pour les prestataires de soins.

Les gens issus de l'immigration vieillissent également, et au sein de leurs communautés le problème de leur encadrement se pose aussi de plus en plus.

Vu l'importante pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux bruxellois et le taux de chômage de 20% que connaît notre capitale, ne pourrait-on prévoir des formations pour pourvoir les emplois vacants dans le secteur de la santé ?

La Cocom a-t-elle pris des mesures concernant l'interculturalisation des soins de santé ? Quels investissements a-t-elle réalisés à cette fin ?

Par quels canaux ces minorités sont-elles informées et encadrées dans leur demande de soins ? Comment les institutions de soins sont-elles sensibilisées à cette problématique ? Quelles mesures envisagez-vous pour répondre aux besoins croissants de cette population ?

hebben tot de gezondheidszorg en het recht heeft om goed geïnformeerd te zijn over het aanbod. Ik ga ervan uit dat we die uitgangspunten allemaal onderschrijven. Het omzetten van die principes in de praktijk is echter niet altijd evident. Heel wat zorgvragers uit andere etnisch-culturele groepen kennen de diensten niet goed en weten niet wat er allemaal bestaat. Ook beheersen ze de landstalen niet altijd voldoende. Bovendien lijken ze langer te wachten om hulp te vragen. Dat heeft ongetwijfeld te maken met kansarmoede. De campagne van de vzw Welzijnszorg met de titel 'Arm maakt ziek' is bekend. Wie arm is, stelt gezondheidszorg nu eenmaal langer uit. Anderen doen dan weer het tegenovergestelde en maken bijvoorbeeld te vaak gebruik van de spoeddiensten.

Uiteraard pleit ik er niet voor om voor elke gemeenschap een aparte zorgvoorziening te creëren, maar wel om het aanbod zo toegankelijk mogelijk te maken voor andere groepen. Aangezien elkaar begrijpen een basisvoorwaarde is voor kwalitatieve zorg, moet de Brusselse gezondheidszorg evolueren naar een cultuursensitieve zorg. Dat houdt in dat de hulpverlener zich bewust is van de cultuur van de zorgvrager.

De interculturalisering van de zorg moet bovendien ook bekeken worden in het licht van de vergrijzing. Het klopt dat Brussel nog steeds het jongste gewest is, maar ondertussen worden ook de mensen die uit de migratie afkomstig zijn, ouder. Zij worden meer en meer met problemen geconfronteerd, want ook in deze gemeenschappen brokkelen structuren als mantelzorg af.

Daarnaast vind ik het essentieel dat, als we proberen het tekort aan medisch en paramedisch personeel op te vangen, dat we dan ook voldoende aandacht schenken aan mensen met een andere culturele achtergrond.

De IRIS-koepel alleen al heeft ongeveer 350 vacatures voor verpleegkundigen. In heel het land, maar zeker in Brussel, is het moeilijk om verpleegkundigen te vinden. Sommige ziekenhuizen gaan verpleegkundigen zoeken in Polen, Roemenië en zelfs de Filipijnen. Ondertussen heeft Brussel 20% werklozen. Doen we er niet beter aan om die mensen op te leiden voor zorgberoepen?

Discussion

M. le président.- La parole est à Mme Plovie.

Mme Magali Plovie.- La prise en compte de la diversité culturelle est fondamentale en matière de santé. L'absence d'une telle prise en considération peut avoir des conséquences graves, tant en matière de soins de santé que de prévention.

Au-delà de la problématique linguistique, des conceptions culturelles peuvent parfois entraver l'approche au corps, les gestes à poser au moment des soins ; la question de savoir comment aborder la maladie, la vieillesse, un handicap ; la prévention en matière d'habitudes alimentaires ou de dépistage ; les soins à domicile ou encore la question de l'intrusion à domicile ou du respect de la vie privée.

Les barrières linguistiques et culturelles peuvent avoir un impact négatif sur l'accès et la qualité des soins, voire nuire aux droits des patients. Diverses fonctions - médiateurs interculturels ou coordinateurs de la médiation interculturelle - ont donc été créées pour remédier à ces problèmes.

D'autres pistes peuvent être envisagées au niveau régional ou de la Cocom. Citons une prise en considération spécifique des personnes âgées, notamment au niveau social, par la mise en place de formations et de sensibilisations des directeurs

Welke investeringen doet u met oog op de interculturalisering van de (preventieve) gezondheidszorg? Welke initiatieven ondersteunt de GGC op dat vlak?

Via welke kanalen worden zorgvragers met een allochtone achtergrond bereikt en hoe worden ze in hun zorgvraag begeleid?

Hoe worden zorginstellingen bewust gemaakt van de thematiek? Ook op dat vlak is er immers nog een lange weg af te leggen.

Welke maatregelen plant u om de stijgende behoefte aan interculturele (ouderen)zorg op te vangen?

Bespreking

De voorzitter.- Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (in het Frans).- *Het is van fundamenteel belang dat de sector van de gezondheidszorg rekening houdt met de culturele diversiteit van de bevolking.*

Naast het taalprobleem is er ook het feit dat bepaalde culturele opvattingen een invloed hebben op de aanvaarding van bepaalde medische handelingen, screeningsmethoden, thuiszorg, voeding en zo meer.

De taalkundige en culturele belemmeringen kunnen negatief wegen op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorgverlening. Om daaraan te verhelpen werden verschillende functies in het leven geroepen, zoals interculturele bemiddelaars.

Het gewest en de GGC kunnen nog andere mogelijkheden overwegen, zoals opleidingen of bewustmakingscampagnes voor de directeurs of het personeel van rusthuizen en thuiszorgdiensten.

Daarnaast lopen er proefprojecten rond referenten. Dat zijn mensen die bejaarden bijstaan in hun sociale contacten.

De politieke bevoegdheden inzake gezondheid zijn erg verdeeld. Het is belangrijk dat de GGC de

ou du personnel des maisons de repos ou des services d'aide à domicile.

Outre l'importance de ces formations, évoquons des projets pilotes visant à définir des référents, des personnes pouvant aider les personnes âgées à ouvrir la porte de leur domicile.

Certaines choses peuvent donc être mises en place pour passer outre les barrières linguistiques ou culturelles.

Les compétences en santé sont éclatées entre plusieurs niveaux de pouvoir et entités fédérées. Dans ce cadre, la Cocom doit jouer un rôle important de coordination. À l'heure des réformes institutionnelles, nous devons insister sur la nécessité d'une plus grande cohérence des politiques de Santé en Région bruxelloise. Cela concerne la prévention, certains éléments du budget des moyens financiers dans les hôpitaux, les services intégrés de soins à domicile (SISD), les maisons de repos...

Nous devons mettre fin à cette dispersion des compétences en Région bruxelloise, trouver une organisation qui aille vers davantage de cohérence dans nos politiques au profit des Bruxellois néerlandophones et francophones. Il faut aussi éviter les concurrences périlleuses que créerait un tel éclatement.

Les transferts de compétences sont l'occasion de simplifier la vie des citoyens et d'améliorer les services qui leur sont proposés. J'espère que les décisions du Comité de mise en œuvre des réformes institutionnelles (Comori) iront dans ce sens.

La Cocom se concerta-t-elle avec le pouvoir fédéral sur les services de médiation interculturelle existant en Région bruxelloise ?

Existe-t-il un réseau et des collaborations entre les services de médiation interculturelle des hôpitaux relevant de la Cocom ? Je songe à des échanges d'interprètes, aux médiateurs... Existe-t-il une évaluation de ces services et de leurs besoins ?

Tous les hôpitaux ne disposent pas d'un service de médiation interculturelle et nombreux sont les acteurs de première ligne confrontés à des

zaken coördineert. Bij de institutionele hervormingen moeten we erop aandringen om het gezondheidsbeleid in Brussel coherent te maken, of het nu gaat om preventie, de budgetten van de ziekenhuizen, de rusthuizen, of andere zaken. Concurrentie tussen de overheden levert niets op, integendeel.

Overlegt de GGC met de federale overheid over de bestaande diensten voor interculturele bemiddeling in het Brussels Gewest?

Vindt er samenwerking plaats tussen de diensten voor interculturele bemiddeling van de bicommunautaire ziekenhuizen? Worden die diensten en hun behoeften geëvalueerd?

Niet alle ziekenhuizen beschikken over zo'n dienst en veel mensen uit de eerstelijnszorg worden geconfronteerd met taalkundige of culturele barrières. De Services de traduction et d'interprétariat en milieu social (Setis) en de vzw Le Foyer kunnen de aanvragen niet aan. Hebben zij financiële middelen gevraagd aan de GGC?

Plant u een specifieke opleiding voor mensen uit de gezondheidszorg? Hebt u overleg gepleegd om een coherent preventie- en gezondheidszorg uit te werken voor het Brussels Gewest, dat rekening houdt met de diversiteit van de bevolking?

Sinds 2002 promoot de EU het netwerk Migrant Friendly Hospitals, met als doelstelling dat iedereen toegang moet hebben tot medische zorg. Hebben de bicommunautaire ziekenhuizen contact opgenomen met het netwerk?

obstacles d'ordre culturel ou linguistique. Les services de traduction et d'interprétariat en milieu social (SeTIS) et l'asbl le Foyer sont débordés. Ont-ils demandé un financement par la Cocom ?

Avez-vous prévu des formations spécifiques pour les professionnels de la santé ?

Quelle concertation avez-vous organisée pour assurer une politique de prévention et de soins de santé cohérente en Région bruxelloise qui prenne en compte la diversité des patients et du personnel ?

L'Union européenne promeut le réseau Migrant-Friendly Hospitals depuis 2002. Il vise à apporter des réponses adaptées aux besoins spécifiques de patients qui ont des conceptions différentes en matière de santé et d'organisation des services de santé, l'objectif étant que tous aient un accès équitable aux soins et aux traitements. Les hôpitaux relevant de la Cocom ont-ils pris contact avec ce réseau ? Dans la négative, ne serait-ce pas souhaitable ?

M. le président.- La parole est à M. Migisha.

M. Pierre Migisha.- La question soulevée par Mme Debaets est cruciale. La dimension culturelle est difficile à définir, dans la relation soignant-soigné, parce que la culture est un processus en évolution, influencé par le parcours de vie plus que par les croyances et les origines.

Cette dimension n'est pas liée uniquement aux migrations, mais plus aux représentations. Ainsi, la différence culturelle quant aux soins n'est pas seulement liée à une question linguistique ou culturelle ou au niveau de formation, mais elle peut aussi provenir du niveau socio-économique. Cependant, le cumul de plusieurs de ces facteurs, en plus des questions de l'âge, de l'honneur, de la pudeur, des besoins alimentaires, affecte la capacité de certains usagers des soins de santé à accéder de manière optimale et adaptée aux services essentiels.

Dans le contexte d'une stratégie interculturelle de la santé, il faut surtout tenir compte des principaux obstacles à l'accès aux services de santé. Il s'agit souvent de l'obtention d'informations, de la compréhension des procédures à suivre dans le

De voorzitter.- De heer Migisha heeft het woord.

De heer Pierre Migisha (in het Frans).- *Een definitie geven van de culturele dimensie van de relatie tussen verzorger en patiënt is niet makkelijk, aangezien cultuur een evolutief proces is dat meer door de levensloop dan door het geloof en de origine wordt beïnvloed.*

In de zorgsector worden cultuurverschillen niet altijd veroorzaakt door taalproblemen, culturele problemen of verschillen in opleidingsniveau. Zij kunnen ook te maken hebben met het sociaal-economische niveau van de patiënt. Een combinatie van meerdere van die factoren, bovenop de leeftijd, het eergevoel, het schaamtegevoel en de voedingsgewoonten, kan ertoe leiden dat bepaalde personen geen optimale toegang tot de gezondheidszorg hebben.

In een interculturele benadering van de gezondheidszorg moeten wij dus vooral trachten de obstakels weg te werken die een goede toegang tot de dienstverlening belemmeren. Sommige personen beschikken niet over voldoende informatie, begrijpen niet welke procedures zij moeten volgen of hebben geen huisarts. Andere

système de santé, qui est bien complexe, de l'accès à une gamme de services de soins, et surtout de la nécessité d'accéder aux services d'un généraliste. Un autre obstacle peut être la discrimination ou le racisme.

Dans une relation soignant-soigné, le fait de ne pas comprendre les besoins et les demandes constitue déjà un facteur d'inégalité face aux soins. À la demande de la ministre Laurette Onkelinx, un groupe d'experts nommé eHealth a rédigé une étude sur la question de la réduction des inégalités de santé auprès des migrants et des minorités ethniques. Cette étude met en évidence le retard de la Belgique en ce domaine et formule une série de recommandations.

L'idée n'est pas de proposer des services et des soins de santé différenciés en fonction de l'origine ethnique des patients, ce qui conduirait à de la ségrégation et à la création de stéréotypes. Il s'agit au contraire de promouvoir une prise en charge inclusive et globale de la personne en reconnaissant que son contexte socio-économique et culturel est un élément incontournable de sa santé.

Cela suppose la formation de professionnels qui soient culturellement compétents et sensibilisés aux spécificités des migrants et des minorités ethniques en matière de santé.

Cette question ne doit cependant pas rester l'apanage des professionnels de la santé et des institutions de soins, ces personnes peuvent aussi être issues du monde de la cohésion sociale et l'éducation permanente ainsi que des associations de quartier qui ont un rôle important à jouer dans le domaine de la prévention en santé car ils sont en contact direct avec les personnes les plus vulnérables.

C'est pourquoi, du temps où je siégeais à la Communauté française, j'ai interpellé sur ce sujet Mme Laanan, ministre de la Santé, de l'Égalité des chances et de l'Éducation permanente.

Pour élargir le débat sur la question des soins de santé des communautés, il me semble essentiel de ne pas créer différents réseaux de soins en fonction de l'appartenance du patient. D'autant plus que se déroulent actuellement les négociations pour la

personen worden dan weer geconfronteerd met discriminatie of racisme.

Als de behoeften van de patiënt niet worden begrepen, ontstaat er al een vorm van ongelijkheid. Op vraag van minister Onkelinx heeft de deskundigengroep eHealth een studie bij de migranten en etnische minderheden uitgevoerd met het oog op de reductie van de ongelijkheid op het vlak van gezondheid. De studie toont aan dat België heel wat achterstand in dit domein heeft.

Doel is niet om andere diensten aan te bieden naargelang de etnische oorsprong van de patiënt, wat tot segregatie zou leiden, maar om de personen op een inclusieve en globale manier ten laste te nemen, rekening houdend met hun sociaal-economische en culturele achtergrond.

Een dergelijke benadering houdt in dat de gezondheidswerkers een aangepaste opleiding krijgen over de specifieke noden van migranten en etnische minderheden.

Die benadering moet overigens niet alleen voorbehouden worden voor de professionele gezondheidswerkers en de gezondheidsinstellingen. Ook de verenigingen die zich bezighouden met sociale cohesie en permanente vorming evenals de buurtverenigingen kunnen een belangrijke rol spelen in de gezondheidspreventie, aangezien zij rechtstreeks in contact staan met de meest kwetsbare personen in de samenleving.

Wij moeten vermijden om aparte zorgnetwerken te creëren naargelang de taalgemeenschap waartoe de patiënt behoort. Momenteel vinden de onderhandelingen over de zesde staatsvorming plaats. Mijn fractie vindt dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) de nieuwe bevoegdheden inzake gezondheid moet krijgen. Op die manier kunnen wij ervoor zorgen dat eenzelfde terugbetalingssysteem geldt voor alle Brusselaars en kunnen wij rekening houden met de diversiteit van de bevolking om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren.

De interculturele benadering van de gezondheidszorg zal alsmaar belangrijker worden.

Hoe zit het met de analyse van de behoeften?

sixième réforme de l'État. Je réaffirme l'attachement de mon groupe à considérer la Cocom en tant que réceptacle des compétences de santé transférées afin de garantir un seul et unique régime de remboursement pour tous les Bruxellois avec les interlocuteurs sociaux, mutuelles et prestataires de soins.

On peut supposer que les représentants du CD&V et des autres familles lors de ces négociations vont aller dans ce sens, et qu'ils se souviendront que, sur le plan institutionnel, nous avons deux grandes communautés à Bruxelles. Dès lors, la Cocom, qui gère les matières liées à la Santé et à l'Aide aux personnes dans notre Région, pourra être la caisse de résonance de la diversité dans l'accès et la promotion des soins de santé.

Qu'en est-il de l'évaluation des besoins en la matière ?

Quelle projection peut-on faire pour notre ville-Région qui, comme l'a rappelé Mme Debaets, se développe vers de plus en plus de diversité ? Les questions des inégalités de santé et de la prise en considération de la diversité dans l'approche de la santé vont devenir de plus en plus essentielles.

M. le président. - La parole est à M. Vanhengel.

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni. - Ce n'est pas suffisamment connu ou répété, mais notre Région-capitale fournit les meilleurs soins de santé au monde. Aucun endroit ne propose une offre aussi riche : trois grands hôpitaux académiques, un important réseau d'hôpitaux publics, ainsi qu'un très important réseau d'hôpitaux privés, confessionnels ou non.

Nous allons par ailleurs fortement investir pour qu'un hôpital flambant neuf puisse être construit dans l'une des parties les moins bien desservies de Bruxelles. Nulle part ailleurs, ou presque, on ne trouve une offre semblable sur un si petit territoire. La liberté de choix du patient est unique et les prix sont abordables.

(poursuivant en néerlandais)

Nous ne sommes pas suffisamment conscients du fait que nous bénéficions de l'un des meilleurs

De voorzitter. - De heer Vanhengel heeft het woord.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College (in het Frans). - *Het Brussels Gewest verstrekt de beste gezondheidszorg ter wereld. Nergens is het aanbod zo rijk: drie grote academische ziekenhuizen, een uitgebreid netwerk van openbare ziekenhuizen en tal van privé-ziekenhuizen.*

We plannen bovendien grote investeringen voor de bouw van een gloednieuw ziekenhuis in dat deel van Brussel waar het aanbod beperkt is. Nagenoeg nergens vindt men zo'n groot aanbod op zo'n klein grondgebied. De patiënt beschikt over een unieke keuzevrijheid en de prijzen zijn betaalbaar.

(verder in het Nederlands)

Zoiets bestaat nergens anders ter wereld. We zijn ons daar onvoldoende van bewust. We vinden het zo gewoon dat we het zelf niet meer beseffen. We moeten blijven herhalen dat we een van de beste

systèmes de soins de santé au monde, tellement nous y sommes habitués.

(poursuivant en français)

Les soins de santé sont le fleuron de notre sécurité sociale.

Particulièrement concerné par le sujet, je vis la problématique de l'interculturalité au quotidien, notamment à travers ce que m'en raconte mon épouse, qui travaille dans une maternité bruxelloise où elle rencontre des patientes venant du monde entier.

Elle m'a ainsi raconté que, grâce à nos techniques et nos méthodologies, il a été possible de trouver en peu de temps une personne à même de traduire, par téléphone depuis Anvers, un dialogue entre une patiente qui ne parlait qu'un patois afghan et le corps médical.

Nos modes de fonctionnement sont fabuleux. Par contre, au niveau politique et de la gestion, c'est souvent moins facile.

(poursuivant en néerlandais)

Dans notre système institutionnel hybride, la compétence en matière de santé est exercée tant au niveau fédéral qu'à l'échelon des Communautés et de la Commission communautaire commune (Cocom).

Cela n'empêche que l'offre sur le terrain est excellente et que les services fournissent un travail formidable.

À l'heure actuelle, l'investissement se fait principalement autour des aspects linguistiques et de communication de cette problématique. De nombreux nouveaux arrivants bruxellois ne maîtrisent pas encore nos langues nationales, ce qui ne facilite pas le contact avec les services et les prestataires de soins.

Bien que les moyens proviennent principalement du pouvoir fédéral - médiateurs interculturels et Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRÉ) -, la Cocom a également soutenu des initiatives en la matière. Ainsi, depuis 2008, 25.000 euros sont libérés chaque année en guise

gezondheidszorgsystemen ter wereld hebben, zo niet de beste.

(verder in het Frans)

Interculturaliteit ligt me na aan het hart en ik word dagelijks geconfronteerd met de problematiek. Mijn vrouw werkt immers in een kraamkliniek en komt in contact met mensen uit de hele wereld.

Zo slagen we er dankzij onze schitterende werkingstechnieken en -methodes in om snel tolken te vinden, zodat de communicatie tussen de patiënt en het medisch team zelfs telefonisch kan plaatsvinden.

Op politiek en beleidsvlak verlopen de dingen echter niet altijd zo vlot.

(verder in het Nederlands)

In ons hybride institutionele systeem wordt de bevoegdheid inzake gezondheid zowel door het federale niveau, de gemeenschappen als de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) uitgeoefend.

Dat neemt niet weg dat het aanbod op het terrein uitstekend is en de diensten fantastisch werken. Op het terrein communiceren de betrokkenen vrij goed met elkaar, hebben veel contact en organiseren samen een efficiënte dienstverlening. Dat wil echter niet zeggen dat er geen verbeteringen meer mogelijk zijn.

Op dit moment wordt er vooral geïnvesteerd in de interculturele taal- en communicatieaspecten. Heel wat Brusselse nieuwkomers zijn immers de landstalen nog niet machtig. Daardoor verloopt het contact met de diensten, de zorgverstrekkers en het medische team niet altijd gemakkelijk.

Hoewel daartoe vooral federale middelen worden ingezet, zoals de interculturele bemiddelaars die in de meeste ziekenhuizen aanwezig zijn en de Coördinatie en Initiatives pour Réfugiés et Étrangers (CIRE), heeft ook de GGC al initiatieven ondersteund. Zo wordt er sinds 2008 jaarlijks 25.000 euro uitgetrokken ter ondersteuning van de oprichting van nieuwe wijkgezondheidscentra. Die middelen worden

de soutien au lancement de nouvelles maisons médicales.

Ces services de médiation et de traduction sont bien présents au sein des établissements de soins bruxellois, mais restent peu accessibles pour un médecin individuel. C'est ainsi qu'est né le projet pilote movi4, grâce auquel les médecins peuvent faire appel en ligne, lors d'une consultation, aux médiateurs interculturels travaillant dans un hôpital.

Toute une série d'associations et d'asbl qui promeuvent la communication interculturelle bénéficient également de subventions octroyées par divers pouvoirs publics.

(poursuivant en français)

J'attire votre attention sur le fait que l'asbl Le Foyer ne reçoit pas de subsides de la Cocom, mais du niveau fédéral, de la Communauté flamande et de la Communauté française. C'est d'ailleurs par le biais de cette asbl que les contacts ont été pris pour venir en aide à la dame afghane que j'ai évoquée précédemment. Il s'agit d'un service très efficace.

(poursuivant en néerlandais)

La prévention et la promotion de la santé à l'égard de ces groupes-cibles sont peu développées. Les méthodes classiques, telles que les prospectus et les brochures ne conviennent pas à sensibiliser ces groupes-cibles, ni les personnes dans la précarité.

Pour les nouveaux arrivants à Bruxelles, la sensibilisation quant à l'usage des soins de première ligne est pourtant importante.

(poursuivant en français)

Une des raisons pour lesquelles les Bruxellois s'adressent immédiatement aux hôpitaux et aux services des urgences est que, souvent, dans les pays d'origine, les soins de santé sont quasi exclusivement hospitaliers. La possibilité de s'adresser à un généraliste n'est donc pas toujours connue. Un travail est encore nécessaire pour faire comprendre à tous que nous disposons ici d'un réseau de généralistes.

onder meer gebruikt om interculturele bemiddelaars in de wijkgezondheidscentra in te schakelen.

Hoewel er diensten aanwezig zijn en zeker ook worden gebruikt door de Brusselse zorginstellingen, blijven die bemiddelings- en vertaaldiensten voor een individuele huisarts moeilijk toegankelijk. In dat verband is het proefproject movi4 gestart, dat tegelijk in Brussel, Charleroi en Antwerpen loopt. Daarbij kunnen de interculturele bemiddelaars die in een ziekenhuis werkzaam zijn, door een arts worden gevraagd om via online interactie als vertaler op te treden bij een consultatie. De moderne technologie maakt dat mogelijk. Ik heb daarnet over telefonische vertaaldiensten gesproken, maar men kan ook met elkaar skypen en op die manier zorgen voor een vlotte mondelinge communicatie.

Daarnaast worden ook verschillende verenigingen en vzw's inzake interculturele werking betoelaagd. Zo is er onder meer Cultures&Santé, Centrum Etnische Minderheden & Gezondheid, Kind en Gezin, ONE, Medimmigrant, kortom een hele waaier aan diensten. Ze worden echter niet altijd door dezelfde overheden betoelaagd.

(verder in het Frans)

De vzw le Foyer krijgt geen subsidies van de GGC, maar wel van de federale overheid, de Vlaamse en de Franse Gemeenschap. De tolkdiensten van de vzw zijn bijzonder efficiënt.

(verder in het Nederlands)

Preventie en gezondheidspromotie gericht op allochtone doelgroepen zijn nog weinig ontwikkeld. De klassieke benaderingen en methodes, zoals flyers en brochures, zijn doorgaans niet zo geschikt om die doelgroepen te bereiken. Hetzelfde geldt trouwens voor andere doelgroepen met een laag sociaaleconomisch profiel.

Voor nieuwkomers in het gewest is bewustmaking rond het aanbod van de eerstelijnszorg (de huisartsen) nochtans zeer relevant.

(verder in het Frans)

Par le passé, des initiatives ont été prises pour faire connaître ce réseau, comme l'installation de médecins généralistes à proximité des hôpitaux et des services d'urgences.

Parmi les prestataires de soins bruxellois, ce sont principalement les maisons médicales et les "wijkgezondheidscentra" qui sont motivés et disposent des moyens pour investir dans des soins adaptés à ces groupes cibles. Il y a aussi Médecins du monde, les services sociaux des hôpitaux et les prestataires de soins de première ligne qui ont une pratique leur permettant de s'adapter à la culture d'origine du patient.

(poursuivant en néerlandais)

Ces services sont sensibles à la problématique et investissent pour trouver des solutions. En revanche, beaucoup d'autres prestataires estiment que c'est aux patients à s'adapter.

(poursuivant en français)

Mais cette attitude autoritaire se fait de plus en plus rare. Vu les initiatives développées par toutes les instances officielles, l'ensemble du corps médical et des prestataires de soins semblent de plus en plus conscients du respect que méritent leurs patients. L'approche appropriée qu'ils adoptent inclut évidemment des efforts de communication, de connaissance des langues...

De nombreux hôpitaux et prestataires de soins vivent cette situation au travers de leur personnel dont les origines se diversifient, ce qui permet une sensibilisation naturelle à la question.

(poursuivant en néerlandais)

La dimension interculturelle est progressivement intégrée dans les formations et les recyclages dispensés par certains hôpitaux (Saint-Jean, Saint-Pierre, UZ VUB), suivis principalement par les infirmiers. Les médecins ressentent visiblement moins le besoin de suivre ces formations.

Un autre phénomène notable est le "tourisme médical". Beaucoup d'étrangers se font soigner dans notre Région, grâce à la réputation et à la qualité des soins médicaux de nos institutions.

Brusselaars richten zich vaak uitsluitend tot een ziekenhuis of een spoeddienst omdat de gezondheidszorg in hun land van herkomst geen netwerk van huisartsen kent. We moeten duidelijk uitleggen dat wij wel over een netwerk van huisartsen beschikken.

Aan de zijde van de Brusselse zorgverstrekkers zijn het hoofdzakelijk de medische huizen en de wijkgezondheidscentra die over middelen beschikken om te investeren in aangepaste gezondheidszorg voor eerder genoemde doelgroepen. Daarnaast leveren ook de sociale diensten van de ziekenhuizen en de huisartsen opmerkelijke inspanningen.

(verder in het Nederlands)

Al die diensten zijn zich bewust van de problematiek en investeren dus ook in oplossingen. Daarnaast zijn er echter een heleboel hulpverleners die het probleem niet erkennen. Ze zijn van mening dat er in de zorg geen aanpassingen nodig zijn en dat de patiënt zich maar moet aanpassen.

(verder in het Frans)

Een dergelijke autoritaire houding komt echter steeds minder vaak voor. We stellen vast dat het medische korps en de zorgverstrekkers zich er steeds sterker van bewust zijn dat hun patiënten klanten zijn die respect verdienen. Uiteraard vereist dat een aangepaste benadering met inspanningen op het vlak van communicatie, talenkennis en zo meer.

Tal van ziekenhuizen worden daar dagelijks mee geconfronteerd. Doordat hun personeel meer personen van allochtone origine telt dan vroeger, gaat er van nature al meer aandacht naar de culturele eigenheid van de patiënten.

(verder in het Nederlands)

Stilaan worden er ook interculturele vaardigheden opgenomen in de opleidingstrajecten en nascholingsinitiatieven van het zorgpersoneel. Concreet gezien worden die vooral door een klein aantal ziekenhuizen georganiseerd (St.-Jan, St.-Pieter, UZ VUB). Ook het Erasmus Ziekenhuis organiseert dergelijke opleidingen, in het bijzonder

Au sein même des formations universitaires en médecine, on commence à accorder une certaine attention à l'interculturalité et aux soins sensibles aux différences culturelles, mais à l'heure actuelle cela constitue rarement une formation obligatoire.

(poursuivant en français)

La Fondation Roi Baudouin a également publié divers ouvrages sur cette problématique, dont "La migration : la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé", paru en 2011, "L'accompagnement du patient d'origine étrangère et sa famille face au cancer", un projet du Centre hospitalier universitaire Brugmann, ou "Les soins de santé face aux défis de la diversité : le cas des patients musulmans", paru en 2005.

Plusieurs organisations bruxelloises, comme le Conseil bruxellois du bien-être et la Maison de la Santé, ont par ailleurs engagé des collaborateurs dont la mission principale est une meilleure compréhension de l'interculturalité.

À la demande de Mme Laurette Onkelinx, ministre fédérale de la Santé publique, un groupe d'experts a rédigé en 2011 une liste de propositions pouvant encourager une plus grande égalité dans la situation médicale des migrants et minorités ethniques. Il s'agissait du programme Ethealth ou "Ethnic Health".

En décembre 2011, les résultats et recommandations de ce groupe de travail ont été publiés dans un rapport intitulé "Vers des soins de santé interculturels". L'objectif est de discuter de ce rapport lors de la Conférence interministérielle santé publique, mais cela n'a pas encore eu lieu.

Quelques études et réflexions existent à Bruxelles en ce qui concerne les personnes âgées, par exemple l'étude du Kenniscentrum Woonzorg et la publication de la Fondation Roi Baudouin : "Migrants âgés, seniors de chez nous : des leçons tirées de la pratique", parue en 2012. Toutefois, à l'heure actuelle, peu d'initiatives ont été prises en la matière.

Une difficulté supplémentaire chez ces migrants âgés réside dans le fait que ces personnes préféreraient faire appel à leurs enfants pour leur logement et leurs soins quotidiens, comme c'est

bij de spoeddiensten. Het blijken vooral verpleegkundigen te zijn die eraan deelnemen. Dat hoeft niet te verbazen, want wanneer er zich communicatieproblemen voordoen, zijn het meestal de verpleegkundigen die tussen de patiënt en de arts instaan om de communicatie mogelijk te maken of te verbeteren. Artsen lopen binnen en buiten, stellen diagnoses en therapieën voor, maar de uitvoering en het dagelijkse, meer klassieke contact verloopt nog altijd via de verpleegkundigen. Artsen hebben blijkbaar minder behoefte aan dergelijke opleidingen. Van hen wordt dan weer verwacht dat ze zich bijscholen op medisch vlak, wat in ons gewest zeker gebeurt.

Een ander fenomeen dat misschien niet zo bekend is maar wel sterk aanwezig is in ons gewest, is het 'medische toerisme'. Heel wat mensen uit het buitenland komen naar onze instellingen wegens hun reputatie en de kwaliteit van de medische zorg die ze verstrekken.

Binnen de universitaire opleidingen geneeskunde begint men stilaan ook enige aandacht te besteden aan interculturaliteit en cultuursensitieve zorg. Toch vormen die thema's voorlopig nog geen verplicht onderdeel van de opleidingen.

(verder in het Frans)

De Koning Boudewijnstichting realiseerde de vorige jaren een aantal publicaties over de problematiek.

Heel wat Brusselse organisaties, zoals de Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad en het Gezondheidshuis, hebben medewerkers in dienst genomen die zich op interculturaliteit toeleggen.

Op verzoek van minister Onkelinx stelde een groep deskundigen in 2011 een lijst op met voorstellen voor een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden, het programma Ethealth (Ethnic Health).

In december 2011 verschenen die voorstellen in het verslag 'Naar een interculturele gezondheidszorg'. Dat moet nog besproken worden in de interministeriële conferentie Sociale Zaken en Gezondheid.

Ook op het vlak van bejaardenzorg werden in

d'usage dans leur pays d'origine, mais ces enfants, intégrés dans notre société belge, n'ont plus nécessairement le temps d'assumer ces soins. Une certaine reconversion doit pouvoir se faire dans les mentalités.

(poursuivant en néerlandais)

En outre, beaucoup de ces migrants âgés ont toujours pensé qu'ils retourneraient passer leurs vieux jours dans leur pays d'origine, et ne constatent qu'à un âge avancé que ce n'est plus possible.

(poursuivant en français)

Auparavant, ces migrants âgés n'étaient pas demandeurs d'une offre bruxelloise adaptée et ne s'y sont donc pas préparés. Nous avons pour notre part aussi omis de nous préparer à cette nouvelle demande, qui devient de plus en plus pressante.

Le défi est donc de taille pour le secteur de maisons de repos et de soins, qui est en évolution permanente. Avec le soutien des pouvoirs publics, il doit pouvoir s'adapter à toutes les patientèles présentes sur notre territoire.

M. le président.- La parole est à Mme Debaets.

Mme Bianca Debaets *(en néerlandais)*.- *Vous avez bien indiqué qu'il faut mieux faire connaître l'offre auprès du demandeur, mais qu'il reste aussi beaucoup de travail à faire au niveau des prestataires et des institutions de soins.*

Vous faites référence au projet movi4. Est-ce une initiative de la Cocom ?

M. le président.- La parole est à M. Vanhengel.

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni *(en néerlandais)*.- *C'est une initiative du gouvernement fédéral, qui est menée à Charleroi, à Anvers et à Bruxelles. Ici, à Bruxelles, le projet est mené en concertation avec la Cocom.*

Brussel een aantal studies gevoerd, maar tot op vandaag blijft het aantal initiatieven voor die doelgroep beperkt.

Een bijkomend probleem bij bejaarde migranten is dat zij bij voorkeur een beroep doen op hun kinderen voor huisvesting en dagelijkse verzorging. Die kinderen, die geïntegreerd zijn in onze samenleving, hebben daar vaak onvoldoende tijd voor. Er moet ruimte zijn voor een mentaliteitswijziging op dat vlak.

(verder in het Nederlands)

Veel bejaarde migranten zijn er altijd van uitgegaan dat ze zouden terugkeren naar hun land van herkomst om hun oude dag door te brengen. Pas op hoge leeftijd stellen ze vast dat dat geen optie meer is, omdat hun kinderen en kleinkinderen hier gevestigd zijn en ze de band met het land van herkomst een beetje verloren zijn.

(verder in het Frans)

Oorspronkelijk kwam er daarom vanuit die doelgroep geen vraag naar een aangepast zorgaanbod. Wij hebben ons niet voorbereid op de nieuwe behoeften, waardoor de rusthuissector vandaag voor een grote uitdaging staat.

De voorzitter.- Mevrouw Debaets heeft het woord.

Mevrouw Bianca Debaets.- U hebt goed aangegeven dat het aanbod beter moet worden bekendgemaakt bij de zorgvrager, maar dat er ook aan de kant van de zorgverleners en de zorginstellingen nog veel werk aan de winkel is.

U verwijst naar een project tussen drie steden, movi4. Is dat een initiatief van de GGC?

De voorzitter.- De heer Vanhengel heeft het woord.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Het project is een initiatief van de federale overheid en loopt in Charleroi, Antwerpen en Brussel. In Brussel gebeurt het in samenspraak met de GGC. Dergelijke initiatieven gaan vaak uit

Mme Bianca Debaets (*en néerlandais*).- *Le projet est-il en cours dans tous les hôpitaux bruxellois ?*

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (*en néerlandais*).- *Non, mais je ne suis pas en mesure de vous communiquer les hôpitaux participants. Je peux cependant me renseigner.*

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE MME ELKE ROEX

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET LA FONCTION PUBLIQUE,

concernant "les soins de première ligne".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Guy Vanhengel répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Roex.

Mme Elke Roex (*en néerlandais*).- *Il est essentiel de favoriser l'accès aux soins de première ligne dans le cadre de soins de santé abordables et de qualité. Les Bruxellois ont plus rapidement recours aux hôpitaux ou aux spécialistes.*

Selon le rapport 2010 de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, il est difficile d'identifier le nombre exact de médecins généralistes actifs dans notre Région. Quant à leur dispersion géographique, le rapport constatait une

van de interministeriële conferentie, waar mevrouw Fremault en ik de Brusselse overheid vertegenwoordigen.

Mevrouw Bianca Debaets.- Loopt het project in alle Brusselse ziekenhuizen?

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Bij mijn weten niet, maar ik weet niet precies welke Brusselse ziekenhuizen eraan deelnemen. Ik kan het voor u nagaan.

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ELKE ROEX

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, FINANCIËN, BEGROTING EN EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID EN HET OPENBAAR AMBT,

betreffende "de eerstelijnszorg".

De voorzitter.- Collegelid Guy Vanhengel zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Roex heeft het woord.

Mevrouw Elke Roex.- Toegankelijke eerstelijnszorg is cruciaal voor een kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg. In het Brussels Gewest is de eerstelijnszorg minder uitgebouwd dan bijvoorbeeld in Vlaanderen. Brusselaars doen sneller een beroep op ziekenhuizen of specialisten.

Het blijft moeilijk vast te stellen hoeveel gezondheidswerkers er in de eerste lijn werkzaam zijn, zoals het Gezondheidsrapport van het Observatorium van 2010 al vermeldde. Bij de

plus forte concentration dans le sud de la Région. Nous devons développer un meilleur suivi de l'offre de soins de première ligne et stimuler leur recours à Bruxelles.

En 2011, la Cocom a créé un groupe de travail Soins de première ligne à Bruxelles, qui peut rendre des avis au Collège. Après analyse de l'impact de la réforme de l'État, ce groupe de travail devait à nouveau se réunir à partir de septembre ou octobre 2012.

La réforme de l'État nous offre une occasion inédite de suivre une nouvelle piste en matière de soins de santé et de faire le choix de soins de proximité qui restent abordables pour le patient et la communauté. À cet égard, la Cocom peut jouer un rôle de chef de file.

En 2002, l'Observatoire de la santé et du social et le Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad (BWR) ont organisé la table ronde "Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne", qui a accouché d'une série de recommandations. Quelles suites y ont-elles été données ?

Comment évaluez-vous l'accès aux soins de première ligne à Bruxelles ? Quelles initiatives prenez-vous pour éviter un recours trop rapide aux spécialistes ? Y voyez-vous un fossé social ?

Quelles mesures prenez-vous pour développer les soins de première ligne à Bruxelles ? Quelles actions entreprenez-vous pour sensibiliser les Bruxellois à l'importance des soins de première ligne ? Combien y a-t-il de médecins généralistes en activité à Bruxelles et comment leur nombre a-t-il évolué ces dernières années ? Combien de Bruxellois disposent-ils d'un dossier médical global (DMG) ?

Avez-vous donné suite aux recommandations de la table ronde ? Quand le groupe de travail Soins de première ligne s'est-il encore réuni ? Quelles sont ses conclusions ou ses recommandations ?

Quel impact aura la sixième réforme de l'État sur l'organisation des soins de première ligne à Bruxelles et comment préparez-vous ces changements ? La Cocom essaie-t-elle d'en prendre la direction ou se montre-t-elle attentiste ?

opmaak van dat rapport bleek immers hoe moeilijk het was om te achterhalen hoeveel huisartsen er precies in het gewest actief waren. Nochtans is de informatie belangrijk om de spreiding van huisartsen over het gewest te evalueren.

Inzake de ruimtelijke spreiding van huisartsen in het gewest stelde het rapport wel een grotere concentratie van huisartsen in het zuiden van het gewest vast. In gemeenten als Molenbeek waren er bijvoorbeeld veel meer inwoners per huisarts. Dat kan er misschien op duiden dat er minder huisartsen in armere gemeenten actief zijn, omdat de vraag er minder groot is. In dat geval moet de GGC mensen bewust maken van het belang van een vaste huisarts. Alleszins moeten we aan een betere monitoring van het aanbod werken en het gebruik van de eerstelijnszorg in Brussel stimuleren, samen met dat van de tweede-, derde- en vierdelijnszorg.

In 2011 startte de GGC een werkgroep Eerstelijnsgezondheidszorg in Brussel, die het College advies kan verstrekken. Na een analyse van de impact van de staats hervorming zou de werkgroep vanaf september of oktober 2012 opnieuw van start gaan.

De staats hervorming biedt ons een uitgelezen kans om inzake gezondheidszorg een nieuwe weg in te slaan en de keuze te maken voor zorg die dicht bij de patiënt staat maar tegelijk zowel voor de patiënt als voor de gemeenschap betaalbaar blijft. De GGC kan daar een voortrekkersrol in spelen. We mogen ons zeker niet laten voorbijsteken door de twee andere gemeenschappen. Zoals u weet, heeft de staats hervorming niet helemaal uitgeklaard naar waar de bevoegdheid precies wordt overgeheveld. Het is dus des te belangrijker om op dat vlak vooruitgang te boeken.

Meer dan tien jaar geleden, in 2002, organiseerde het Observatorium en de Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad (BWR) een rondetafelconferentie 'De Brusselse OCMW's en de eerstelijnsgezondheidszorg', waaruit een reeks aanbevelingen voortvloeide: standaardconventies en ontmoetingsplaatsen tussen OCMW's, apothekers en geneesheren; patiënten toelaten hun behandelende geneesheer te behouden zelfs als hij of zij in een andere gemeente werkzaam is; een meer toegankelijke procedure 'dringende medische

hulp' en zo meer. Ik ben benieuwd welk gevolg aan die aanbevelingen is gegeven.

Hoe evalueert u de toegang tot de eerstelijnszorg in Brussel? Welke initiatieven neemt u om te vermijden dat er te vlug een beroep wordt gedaan op specialisten? Ontwaart u daar een sociale kloof?

Welke maatregelen neemt u om de eerstelijnszorg in Brussel uit te bouwen? Welke acties onderneemt u om Brusselaars te sensibiliseren over het belang van de eerstelijnszorg? Hoeveel huisartsen zijn er momenteel actief en hoe evolueerde dat aantal de voorbije jaren? Hoeveel Brusselaars beschikken over een globaal medisch dossier (GMD)?

Hebt u gevolg gegeven aan de aanbevelingen van de conferentie? Wanneer is de werkgroep Eerstelijnsgezondheidszorg nog samengekomen? Welke conclusies of aanbevelingen resulteerden daaruit?

Welke impact heeft de zesde staatshervorming op de organisatie van de eerstelijnszorg in Brussel en hoe bereidt u de veranderingen voor? Probeert de GGC de leiding te nemen of neemt ze een afwachtende houding aan?

(Mme Magali Plovie, doyenne d'âge, prend place au fauteuil présidentiel)

(Mevrouw Magali Plovie, oudste lid in jaren, treedt als voorzitter op)

Discussion

Bespreking

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

Mevrouw de voorzitter.- De heer Morel heeft het woord.

M. Jacques Morel.- Les remarques de M. le ministre sur la qualité irréprochable de notre système de santé me confortent dans l'idée qu'il faut aborder le sujet des soins de santé par le biais de la première ligne, car la référence à peu près exclusive en la matière est classiquement celle de l'hôpital. C'est sans doute insuffisant pour justifier la qualité de notre système de santé, d'autant qu'il

De heer Jacques Morel *(in het Frans).*- *U spreekt over de uitstekende kwaliteit van onze gezondheidszorg, maar de klemtoon ligt daarbij bijna altijd op de ziekenhuizen. Minstens even belangrijk is echter de kwaliteit van de eerstelijnszorg.*

Onlangs onderzochten de ziekenfondsen de door het RIZIV gepubliceerde cijfers over het gebruik

s'agit de la pièce la plus chère du puzzle.

Récemment, les mutualités libres, chrétiennes et socialistes ont commenté les chiffres de l'audit produit par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) sur la consommation des soins de santé. Elles ont usé, pour Bruxelles, de titres particulièrement significatifs, tels que "Les Bruxellois évitent le médecin".

L'audit montre que les Bruxellois consomment 20% de soins de moins que les autres Régions. Ils ne sont pourtant pas moins malades. Un Bruxellois sur quatre renonce à des soins médicaux, notamment aux consultations et aux achats de médicaments, ou choisit de postposer ses dépenses. Au niveau national, 14% des gens agissent de la sorte. Quelque 17% des Bruxellois ne fréquentent carrément pas de médecins, hormis à l'hôpital. Seuls 54% des Bruxellois se déclarent satisfaits de leur médecin généraliste, contre plus de 70% dans d'autres endroits tels que la province de Liège, le Hainaut et d'autres provinces.

Cela donne un tableau bruxellois assez particulier. La Région compte plus de jeunes et de naissances, plus de variété culturelle, plus de pauvres et de chômeurs, plus d'infradiplômés, plus de reports de soins, moins de bonne santé globale, une vie plus courte, plus de maladies chroniques, plus de problèmes psychologiques, moins d'activités préventives, un quart de la population sous le seuil de pauvreté, ainsi que beaucoup de patients en droit d'obtenir un statut Omnio et qui ne peuvent en profiter, notamment, pour des raisons administratives. La situation n'est donc pas totalement idyllique !

L'insatisfaction vis-à-vis de la médecine générale à Bruxelles témoigne du fait qu'elle y est plus dégradée qu'ailleurs. La situation à Bruxelles est la suivante : pléthore d'hôpitaux et de spécialistes, accès libre à la deuxième ligne, et première ligne qui se raréfie pour des raisons d'âge et de pénurie de personnel, du fait de conditions de financement inférieures à celle de la médecine spécialisée.

La médecine générale à Bruxelles se diversifie en sous-activités. De ce fait, le médecin généraliste n'intervient plus toujours en tant que généraliste. Je déplore également le nombre de spécialistes surnuméraires, qui officient en qualité de

van de gezondheidszorg. De titel van het Brusselse hoofdstuk is veelzeggend: "De Brusselaars vermijden de arts".

Uit de audit blijkt dat de Brusselaars 20% minder medische zorg krijgen dan de andere Belgen. Nochtans zijn ze niet minder ziek. Een kwart van de Brusselaars gaat niet naar de dokter en koopt geen medicijnen, of stelt gezondheidsuitgaven uit. Het nationale gemiddelde op dat vlak is 14%. Zo'n 17% van de Brusselaars bezoekt gewoon geen dokter, tenzij in het ziekenhuis. Slechts 54% van de Brusselaars is tevreden over zijn huisarts, tegen 70% elders in het land.

Het Brussels Gewest heeft meer jongeren, meer geboortes, meer culturele diversiteit, meer armen en werkzoekenden, meer laaggeschoolden, een minder goede globale gezondheid, een kortere levensverwachting, meer chronische ziekten, meer psychologische problemen, minder preventie, een kwart van de bevolking onder de armoeddrempel en veel patiënten die recht hebben op een Omniostatuut maar het om administratieve redenen niet krijgen. Echt rooskleurig is de toestand dus niet!

De ontevredenheid over de huisartsen toont aan dat de eerstelijnszorg in Brussel minder goed is dan elders. Brussel heeft erg veel ziekenhuizen en specialisten en de toegang tot de tweedelijnszorg is vrij, maar ondertussen boert de eerstelijnszorg achteruit door een tekort aan personeel, veroorzaakt door pensioneringen en minder interessante financiële voorwaarden.

Veel specialisten treden op in gevallen die best gewoon door de huisarts behandeld zouden worden. De huisartsen van hun kant moeten er andere activiteiten bijnemen om rond te komen.

De wijkgezondheidscentra zijn populairder dan de huisartsen omdat de financiële drempel er lager is. Daarmee moet de overheid rekening houden als ze mensen naar de eerstelijnszorg wil oriënteren, weg dus van de tweede of derde lijn. Die zijn immers duur en hebben vaak een onaangepast zorgaanbod.

De wijkgezondheidscentra vertegenwoordigen 8% van het Brusselse zorgaanbod. Paradoxaal genoeg bestaat er een soort moratorium op de verdere

généraliste pour des affections cardiaques ou du tube digestif, pour des rhumatismes... Les généralistes voient de ce fait leur champ d'activités rétréci, puisque celui-ci est assimilable à des prestations du même type que les soins infirmiers.

Les chiffres de l'Inami indiquent que la moyenne des contacts est de 2,6 par an en médecine générale, et de 3,8 par an en maisons médicales. Les questions financières constituent un obstacle moins important dans les maisons médicales.

Cela traduit la possibilité, moyennant un mode de financement et d'organisation, de rapatriement des activités et de contacts médicaux vers la première ligne, pour éviter qu'ils n'aillent vers la seconde et la troisième ligne. Celles-ci coûtent cher et produisent une offre de soins souvent inadaptée aux problèmes posés.

Le secteur des maisons médicales représente 8% de l'offre de soins à Bruxelles. Une forme de moratoire destiné à en limiter le développement est cependant de mise, ce qui est paradoxal, eu égard aux constats que nous venons de faire.

Augmenter le recours à la première ligne implique d'abord une référence à un système de santé structuré en plusieurs échelons et une politique qui l'organise en ce sens.

La référence à la "première ligne" soulève également une question de définition. S'agit-il du premier contact et du recours habituel pour l'essentiel des problèmes de santé des patients ?

À l'heure actuelle, 70% des problèmes de santé peuvent être abordés par le secteur de la médecine générale, pour peu qu'il soit organisé. Une telle approche implique un contact non sélectif, qui n'est pas axé sur une seule tranche d'âge ou un seul type de pathologie (santé mentale, toxicomanie...). On doit s'éloigner d'une certaine segmentation de la prise en charge.

Par "première ligne", il convient plutôt d'entendre une ouverture à l'ensemble de la population et des problèmes. Il s'agit d'une forme de bas seuil, une approche psycho-médico-sociale globale de la santé.

Il faut donc commencer par nous mettre d'accord

ontwikkeling van die centra.

Om ervoor te zorgen dat de eerstelijnszorg een grotere rol speelt, moet de overheid in de gezondheidszorg een meer hiërarchische structuur uitbouwen.

Daarbij moeten we de 'eerste lijn' goed definiëren. Gaat het om een eerste contact of om regelmatige raadplegingen bij dezelfde arts voor algemene gezondheidsproblemen?

Momenteel kunnen de huisartsen ongeveer 70% van de medische problemen aan. Dat impliceert een niet-selectieve benadering, waarbij ze niet gericht zijn op een bepaalde leeftijdsgroep of op bepaalde soorten ziekten.

De 'eerste lijn' moet staan voor een laagdrempelige dienstverlening naar de hele bevolking toe, evenals voor een psychologische, medische en sociale benadering van de algemene gezondheid.

Eerstelijnszorg is dus niet noodzakelijk hetzelfde als ambulante zorg. Misschien moeten we binnen de eerste lijn nog een aantal subniveaus onderscheiden. Wie werkt er allemaal in de eerstelijnszorg? De huisartsen en de thuiszorgsector maken er alvast deel van uit.

Valt de ambulante zorg die door de GGC gesubsidieerd wordt onder de eerste lijn of is er in dat geval sprake van een hoger niveau, aangezien dat aanbod niet noodzakelijk laagdrempelig is?

Hoe zit het met de specialisten buiten de ziekenhuizen? Hun zorgverstrekking is ambulante, maar ze behoren zeker niet tot de eerstelijnszorg.

Om ervoor te zorgen dat meer mensen een beroep doen op de eerstelijnszorg, moet je die toegankelijker maken. Dat kan op twee manieren.

Om te beginnen moet ze voor de patiënten betaalbaar zijn. Met een forfaitaire financiering lukt dat beter dan met systemen zoals de derde betaler. Nu gaan mensen vaak naar een ziekenhuis of een spoeddienst omdat ze er niet meteen moeten betalen.

Ook belangrijk zijn de culturele en geografische

sur la signification de ce terme. En effet, "première ligne" ne signifie peut-être pas non plus "ambulatoire", notion qui s'oppose à l'idée d'être hébergé ou hospitalisé.

Peut-être pourrait-on distinguer, au sein d'un premier échelon de soins, une première "ligne" et un premier "niveau". En définitive, on peut donc se demander quels sont les acteurs de cette première ligne. Il va de soi que les médecins généralistes, ainsi que tous ceux œuvrant dans le secteur des soins à domicile, en font partie.

Le secteur ambulatoire, reconnu et financé par la Cocof, fait-il partie de la "première ligne" ou appartient-il à un "premier niveau ambulatoire", l'offre n'étant pas nécessairement de type "bas seuil" pour tous ces secteurs ?

Que faut-il dire de tous les spécialistes extrahospitaliers, pour peu qu'il s'agisse d'un secteur devant être entretenu ? Sans doute sont-ils ambulatoires lorsqu'ils ne sont pas dans l'hôpital, mais ils ne peuvent que rarement offrir une disponibilité de première ligne.

Pour augmenter la référence à la première ligne, il faut maximiser la possibilité d'y avoir recours. Cela passe par au moins deux dimensions.

D'abord, du côté des patients et des utilisateurs, celle de l'accessibilité, notamment financière. Un mode de financement comme le forfait permet de rapatrier davantage de gens en difficulté que des moyens comme le tiers-payant ou d'autres. Les gens se rendent plus spontanément à l'hôpital ou aux urgences car la transaction financière y est souvent abrogée. C'est une dimension importante.

L'accessibilité culturelle et l'accessibilité géographique sont aussi des facteurs dont il faut tenir compte. Certaines zones de Bruxelles sont plus ou moins bien desservies, en hôpitaux comme en services de première ligne.

Bien entendu, il est inutile de rendre des services accessibles s'il n'y a pas de disponibilité du côté des professionnels. Celle-ci change avec la féminisation des professions ou la possibilité de supporter la pénibilité de ces professions. Ces services doivent évidemment être de qualité et adaptés aux besoins de la population.

toegankelijkheid van de dienstverlening. Sommige gebieden in Brussel beschikken over minder ziekenhuizen en eerstelijnszorg.

Uiteraard kunnen de diensten maar toegankelijker worden als de zorgverleners voldoende beschikbaar zijn. De vervrouwelijking van de beroepen en de lage verloning spelen daarbij een belangrijke rol. De dienstverlening moet ook kwaliteitsvol zijn en aangepast aan de behoeften van de bevolking.

Dat alles vraagt om een interdisciplinaire aanpak. De eerstelijnszorg is niet het enige element in het systeem. Het geheel structureren, zou een taak kunnen zijn voor de GGC.

De bevoegdheidsoverdrachten in het kader van de zesde staatshervorming zullen ons verder in staat stellen om structuur te brengen in de eerstelijnszorg.

De kostprijs zou moeten kunnen dalen. Op federaal niveau werd er zelfs in het budget voor gezondheidszorg gesnoeid.

De algemene beleidsverklaring voorziet in een algemeen gezondheidsbeleid, de uitwerking van aanbevelingen inzake goede praktijken en een overlegplatform tussen spelers en zorgverstrekkers, ziekenhuizen en eerstelijnsdiensten.

Hoe zult u werk maken van een verbetering van de eerstelijnszorg in ons gezondheidssysteem?

Tout cela demande de la pratique et une organisation, notamment, de l'interdisciplinarité. Par ailleurs, la première ligne n'est pas l'unique élément du système, il y en a une deuxième, une troisième... Cela demande une structuration, qui pourrait relever de la fonction de coordination de la CCC.

Les transferts de compétences prévus par la sixième réforme de l'État vont élargir nos possibilités d'organiser la première ligne. Je songe à Impulseo, le fonds d'impulsion pour la médecine générale, aux cercles de médecins généralistes, à l'organisation de la garde ou aux services intégrés de soins à domicile (SISD).

Même en dehors des transferts, la question des coûts et de leur réduction est bien réelle. À l'échelon fédéral, même le budget des soins de santé a été raboté.

Notre déclaration de politique générale prévoyait d'œuvrer à une politique globale de santé, d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques, de soutenir une plate-forme de concertation entre les acteurs et les prestataires de santé, les hôpitaux et les services de première ligne.

Qu'en est-il du chantier de la première ligne dans notre système de santé ? C'est une question d'engagement et une nécessité pour l'amélioration des services.

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

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni.- La présence d'un éminent médecin à la présidence de cette commission rend la réponse du ministre dérisoire.

En effet, je souscris pleinement à l'analyse et aux suggestions de M. Morel. Il apporte déjà des réponses aux questions posées par Mme Roex qui, elle aussi, connaît bien le secteur des soins de première ligne et la nécessité de mieux les organiser.

(poursuivant en néerlandais)

Mevrouw de voorzitter.- De heer Vanhengel heeft het woord.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De aanwezigheid van een uitmuntende arts als commissievoorzitter maakt het antwoord van de minister futiel.*

Ik sluit me volledig aan bij de analyse en suggesties van de heer Morel. Hij geeft al een aantal antwoorden op de vragen van mevrouw Roex, die de eerstelijnszorg goed kent, en weet dat ze dringend aan structurering toe is.

(verder in het Nederlands)

Volgens de Nationale gezondheidsenquête van

Selon l'Enquête de santé nationale de 2008, le pourcentage de citoyens qui postposent des soins de santé pour des raisons financières s'élève à 26% à Bruxelles, contre 14% dans le reste du pays. Sur la base des données de l'Inami issues du rapport de 2008 sur la performance de la médecine générale, 17% des Bruxellois (ayant une assurance maladie) n'ont pas eu de contact en 2008 avec un médecin (généraliste ou spécialiste). La moyenne nationale est de 12%.

Nous constatons également que le nombre de patients qui ont fait appel à un médecin généraliste est de 81% à Bruxelles, contre 92% en Flandre et 89% en Wallonie.

(poursuivant en français)

En ce qui concerne les médecins spécialistes, il n'y a pas de différence entre notre Région et les deux autres. Dans tous les cas, 60 à 61% des patients interrogés ont fait appel à des spécialistes.

(poursuivant en néerlandais)

La différence de consommation concerne donc principalement la consultation du médecin généraliste.

Notons toutefois que les indicateurs de contact avec les prestataires de soins ne constituent pas de parfaits indicateurs de l'accessibilité des soins, puisqu'une personne en bonne santé ne consultera pas de médecin.

(poursuivant en français)

Les différences entre les Régions au niveau des consultations médicales s'expliquent en partie par la population relativement jeune en Région de Bruxelles-Capitale, et nettement plus âgée en Flandre. Il convient de prendre cet élément en considération dans l'appréciation des chiffres dont nous disposons.

(poursuivant en néerlandais)

Il convient également de souligner que le comportement des citoyens des grandes villes n'est pas le même que celui des habitants des petites et moyennes villes ou de la campagne. Il serait dès lors judicieux de comparer la Région bruxelloise

2008 bedraagt het percentage bewoners dat gezondheidszorg uitstelt wegens financiële redenen in Brussel 26%. Dat percentage ligt een heel stuk hoger dan in de rest van het land (België: 14%). Het vertaalt zich dan ook in een lager gebruik van gezondheidszorg door inwoners van het Brussels Gewest dan die van de andere gewesten. Op basis van RIZIV-gegevens uit het rapport over de performantie van de huisartsgeneeskunde 2008 stellen we vast dat 17% van de (ziekteverzekerde) Brusselaars in 2008 geen ambulante contact had met een arts (huisarts of specialist). Voor heel België was dat 12%.

Ook zien we dat in Brussel het aantal patiënten dat een beroep deed op een huisarts 81% bedraagt, een percentage dat beduidend lager ligt in dan in de andere gewesten (Vlaanderen 92% en Wallonië 89%).

(verder in het Frans)

Wat de specialisten betreft, bestaat er geen verschil tussen het Brussels Gewest en de andere gewesten: 60 tot 61% van de bevraagde patiënten doet een beroep op specialisten.

(verder in het Nederlands)

Het verschil in het consumptiepatroon zit dus vooral in het raadplegen van een huisarts, al dan niet in combinatie met het raadplegen van een specialist.

De indicatoren inzake de contacten met de zorgverleners zijn echter geen zuivere indicatoren inzake de toegankelijkheid van de zorg. Iemand die in goede gezondheid verkeert, zal immers geen arts raadplegen.

(verder in het Frans)

De discrepantie tussen de gewesten kan gedeeltelijk worden verklaard door de betrekkelijk jonge bevolking van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in vergelijking met die van Vlaanderen.

(verder in het Nederlands)

Er dient tevens op gewezen te worden dat het gedrag van inwoners van grote steden niet strookt met dat van inwoners van kleine of middelgrote

aux autres grandes villes, plutôt qu'à la Flandre ou à la Wallonie.

Les résultats des enquêtes nationales et internationales sont relativement favorables à notre pays.

(poursuivant en français)

Par exemple, d'après Eurostat, la Belgique a toujours fait partie des cinq États membres de l'Union européenne où le pourcentage d'habitants nécessitant des soins médicaux et ne les ayant pas reçus était le plus faible. Nous sommes donc bien notés.

Grâce au système belge d'offre de soins et d'assurance maladie, peu de personnes ne reçoivent pas les soins qui leurs sont nécessaires. En outre, il n'y a pas de grandes différences entre les classes sociales. C'est positif.

Cependant, vu le nombre élevé de Bruxellois devant postposer des soins médicaux pour des raisons financières et le nombre élevé de personnes vivant sous le seuil de pauvreté dans notre Région, il convient d'apporter une attention particulière à l'accessibilité financière des soins de première ligne. Vous en avez fait la démonstration.

Mais le non-recours à l'offre de soins n'est pas toujours justifié par les problèmes financiers des patients. On constate en effet un non-recours ou un recours trop faible à des soins gratuits, comme les soins dentaires chez les enfants ou les mammotests. D'autres facteurs sont donc à prendre en considération.

D'après les chiffres du Service public fédéral (SPF) Santé publique, le nombre de médecins généralistes conventionnés s'élevait au 31 décembre 2011 à 1.491 en Région bruxelloise. Il s'agit d'une légère augmentation par rapport au 31 décembre 2009 et 2010, où le nombre de médecins conventionnés s'élevait chaque fois, hasard des chiffres, à 1.476. Cette augmentation est proportionnelle à l'augmentation de la population.

De plus, 10,1% des médecins généralistes belges conventionnés sont domiciliés en Région bruxelloise, ce qui correspond plus ou moins à la

steden of van bewoners van het platteland. Het strekt dan ook tot aanbeveling om de situatie in het Brussels hoofdstedelijk Gewest te vergelijken met de situatie in andere grote steden, zoals Antwerpen, Charleroi, Gent en Luik, eerder dan de Brusselse situatie te vergelijken met Vlaanderen of Wallonië. Ik vind het overigens altijd interessant als men het heeft over andere 'grote' steden: als je ze bij elkaar optelt kom je nog niet eens aan de omvang van Brussel.

De resultaten van nationale en internationale onderzoeken over de eerstelijnsgezondheidszorg zijn relatief gunstig voor ons land.

(verder in het Frans)

Volgens Eurostat behoort België tot de vijf Europese lidstaten met het laagste percentage inwoners die niet de geneeskundige hulp krijgen die ze nodig hebben. Dat is te danken aan ons systeem van zorgaanbod en ziekteverzekering. Bovendien kennen we geen grote verschillen tussen de sociale klassen.

Gezien het grote aantal Brusselaars dat medische zorg moet uitstellen om financiële redenen en het grote aantal Brusselaars dat onder de armoedegrens leeft, blijft bijzondere aandacht voor de financiële toegankelijkheid van de eerstelijnszorg noodzakelijk.

Het feit dat men geen beroep doet op medische zorg heeft overigens niet altijd te maken met financiële problemen. Soms wordt er onvoldoende beroep gedaan op kosteloze geneeskundige zorg, zoals tandheelkundige zorg voor kinderen of mammotests.

Volgens de cijfers van de FOD Volksgezondheid telde Brussel 1.491 erkende huisartsen op 31 december 2011. Dat is een zeer lichte stijging ten opzichte van 2010 en 2009. Toen werden telkens 1.476 erkende huisartsen geregistreerd. De stijging is evenredig met de bevolkingsgroei.

10,1% van de Belgische huisartsen woont in Brussel, wat overeenkomt met het nationale aandeel van de Brusselse bevolking.

Die cijfers geven evenwel niet aan hoeveel artsen effectief praktijk voeren in Brussel. Sommige

part nationale de la population bruxelloise.

Ces chiffres n'indiquent toutefois pas le nombre de médecins qui exercent effectivement leur pratique en Région bruxelloise. Les médecins qui sont conventionnés de par leur formation, mais qui n'ont pas de cabinet médical, pourraient être proportionnellement plus nombreux en Région bruxelloise où de nombreuses institutions nationales ayant trait à notre système de santé sont installées et où beaucoup de médecins sont employés.

Pour ces raisons, l'Inami calcule depuis quelques années également le nombre de médecins généralistes équivalent temps plein sur la base des contacts effectifs avec les patients remboursés.

En Région bruxelloise, l'Inami a comptabilisé 707 généralistes à temps plein, soit un généraliste pour 1.580 habitants. C'est un peu moins que dans le reste du pays, où l'on trouve un généraliste à temps plein pour 1.100 habitants.

(poursuivant en néerlandais)

Leur répartition sur les communes bruxelloises reflète de grandes différences, mais celles-ci ne s'expliquent pas par des facteurs socio-économiques. En outre, les besoins en soins de santé à Bruxelles sont également déterminés par la connaissance linguistique et les préférences des patients.

Quoi qu'il en soit, selon les acteurs de terrain, l'offre de médecins généralistes à Bruxelles est trop faible pour couvrir l'ensemble des besoins. Si le nombre de Bruxellois qui possèdent un dossier médical global (DMG) a augmenté progressivement ces dernières années, il n'était toujours que de 29% en 2010, contre une moyenne nationale de 47%. Cette situation est également liée au fait que les Bruxellois sont moins fidèles à un même médecin généraliste.

(poursuivant en français)

Les changements de médecin généraliste sont probablement beaucoup plus fréquents à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie.

gediplomeerde huisartsen voeren geen eigen praktijk, maar werken in een van de vele gezondheidsinstellingen.

Daarom berekent het RIZIV sinds een paar jaar het aantal voltijds equivalente huisartsen ook op basis van de effectieve raadplegingen die worden terugbetaald.

In het Brussels Gewest telde het RIZIV op die manier 707 voltijdse huisartsen, goed voor 1 huisarts per 1.580 inwoners. Dat is iets minder dan één huisarts per 1.100 inwoners in de rest van het land.

(verder in het Nederlands)

In het Brussels Gewest is het aantal huisartsen per inwoner dus kleiner dan in de rest van het land. De verdeling over de Brusselse gemeenten varieert zeer sterk. De verschillen zijn echter niet te verklaren door sociaaleconomische factoren, zoals mevrouw Roex suggereerde. Bovendien worden de behoeften inzake gezondheidszorg in Brussel ook bepaald door de talenkennis en de voorkeur van de patiënten.

Volgens de mensen die op het terrein werken, is het aantal huisartsen in Brussel alleszins te klein om aan de behoeften te voldoen. Het aantal Brusselaars met een globaal medisch dossier neemt de laatste jaren geleidelijk aan toe, maar strandde in 2010 op 29%. Dat percentage is niet echt hoog. Voorlopig blijft het nog ruim onder het nationale gemiddelde van 47%. Dat heeft ook te maken met het feit dat Brusselaars minder vaak een vaste huisarts hebben.

(verder in het Frans)

In Brussel veranderen mensen wellicht veel vaker van huisarts dan in Vlaanderen of Wallonië.

(verder in het Nederlands)

In de Gezondheidsenquête 2008 gaf 19% van de Brusselse bevroegden aan geen vaste huisarts te hebben, tegenover slechts 6% in Wallonië en 3% in Vlaanderen. Het aantal globale medische dossiers (GMD) in Brussel ligt inderdaad laag, maar het Brusselse percentage houdt geen rekening met patiënten die forfaitair ingeschreven

(poursuivant en néerlandais)

Selon l'enquête de santé 2008, 19% des Bruxellois interrogés n'ont pas de médecin généraliste fixe, contre 6% en Wallonie et 3% en Flandre. Par ailleurs, le nombre de DMG est en effet faible à Bruxelles, mais il ne comprend pas les patients inscrits au forfait dans une maison médicale. Il faudra voir si le nombre de DMG a augmenté depuis que l'Inami n'exige plus que le patient avance la somme.

La semaine dernière, la presse a rapporté que le nombre de consultations chez le médecin généraliste a augmenté de 1,7% en 2012 par rapport à 2011. Le nombre de consultations augmente depuis dix ans à un rythme annuel moyen de 1,5%.

Fin 2011, le groupe de travail Soins de première ligne, créé au sein du département Soins de première ligne et Soins à domicile de la Commission de la santé, regroupe des institutions de soins, des organisations de personnel, des organisations d'utilisateurs et des experts, dans le but de développer une vision commune de l'accueil des personnes âgées et des soins à domicile à Bruxelles, de mettre en place des initiatives communes et de rendre des avis politiques.

(poursuivant en français)

Le groupe de travail planche actuellement sur un inventaire des structures, organisations et initiatives existantes, et essaie d'esquisser une vision globale de la situation en Région bruxelloise.

Ainsi, l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale a déjà été entendu sur les évolutions démographiques et Home Info a présenté un aperçu des services existants tels qu'il les connaît.

En mai, le groupe de travail se penchera sur les résultats de l'étude du Kenniscentrum Woonzorg de la VGC. L'étude Verté sur la programmation des lits figurera également à son agenda.

zijn in een medisch huis. Daar er in het Brusselse toch wel wat medische huizen zijn, is het percentage minder laag dan schijnbaar het geval is. Die correctie laat evenwel niet toe om het in Vlaanderen opgetekende percentage te behalen in Brussel. Men zou moeten nagaan of het aantal GMD's in Brussel is gestegen sinds het RIZIV niet langer vereist dat de patiënt de som voorschiet om een GMD aan te maken. De arts kan thans het bedrag rechtstreeks aan het RIZIV vragen.

De media meldden vorige week dat het aantal raadplegingen bij een huisarts in 2012 is toegenomen met 1,7% in vergelijking met 2011. Die tendens is al verscheidene jaren aan de gang. Het aantal consultaties gaat al tien jaar in stijgende lijn, met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 1,5%. Op tien jaar tijd noteren we een stijging van 15%.

De werkgroep Eerstelijnsgezondheidszorg, eind 2011 opgericht in de schoot van de afdeling Eerstelijnsgezondheidszorg en Thuiszorg van de commissie voor Gezondheidszorg, verenigt een aantal zorginstellingen, personeelsorganisaties, gebruikersorganisaties en experts. Het is de bedoeling om een gezamenlijke visie te ontwikkelen op het vlak van ouderenzorg en thuiszorg in Brussel, om samen initiatieven op te zetten en om beleidsadviezen te geven.

(verder in het Frans)

De werkgroep maakt op dit moment een inventaris op van de bestaande structuren, organisaties en initiatieven en probeert de situatie in het Brussels Gewest in kaart te brengen.

Zo werd het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad al gehoord over de demografische evolutie en presenteerde Home-Info een overzicht van de bestaande diensten.

In mei zal de werkgroep zich buigen over de resultaten van de studie van het Kenniscentrum Woonzorg Brussel van de VGC. Ook de studie van professor Verté over de programmatie van bedden zal aan bod komen.

Mme la présidente.- Cette étude du professeur Verté, de la VUB, relative à la programmation des maisons de repos, sera, en principe, présentée en Commission des affaires sociales.

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale collabore avec le Kenniscentrum Woonzorg à l'analyse de l'étude, qui doit être traduite en propositions politiques.*

Le groupe de travail a opté momentanément pour une approche exploratoire, dans l'attente du développement concret des transferts de compétences dans le cadre de la réforme institutionnelle en cours. Pour permettre une approche plus transversale, une collaboration est prévue avec Connectar.

La sensibilisation aux soins de première ligne relève essentiellement du gouvernement fédéral ou des mutuelles. Par ailleurs, les campagnes de prévention des Communautés flamande et française appellent les patients à s'adresser à un médecin généraliste. De même, les accords médico-mutualistes prévoient des mesures pour soutenir les soins de première ligne, et plus particulièrement la médecine générale.

Pour ce qui est de l'impact de la sixième réforme de l'État, je ne peux me prononcer à ce stade. Cela étant, nous savons que la Cocom détiendra des compétences personnalisables. Le Conseil d'État a émis plusieurs avis à ce sujet, notamment concernant notre ordonnance du 19 juillet 2007 relative à la politique de prévention en santé.

(poursuivant en français)

La conclusion du Conseil d'État était qu'un prestataire individuel qui n'a aucun lien organisé avec la Communauté flamande ou française, ne peut être considéré comme une institution.

Le simple fait qu'il déclare se lier avec une Communauté est une donnée purement subjective qui ne peut en rien amener le prestataire à être considéré comme une institution.

Mevrouw de voorzitter.- De studie van professor Verté van de VUB wordt in principe gepresenteerd in de commissie Sociale Zaken.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad werkt samen met het Kenniscentrum Woonzorg aan de analyse en bespreking van de studie, die moet worden omgezet in beleidsvoorstellen. Dat is de uiteindelijke bedoeling.

De werkgroep koos voorlopig voor een verkennende aanpak in afwachting van de concrete uitwerking van de bevoegdheidsoverdrachten binnen de lopende staatshervorming. Om een meer transversale aanpak mogelijk te maken, wordt er een samenwerking gepland met Connectar (ondersteuning eerstelijns- en thuiszorg, gefinancierd door de GGC).

De bewustmaking rond eerstelijnszorg is vooral in handen van de federale overheid of de ziekenfondsen. De campagnes rond het globaal medisch dossier waren bijvoorbeeld federaal. De preventiecampagnes van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, die zich uiteraard ook tot de Brusselaars richten, roepen op om zich te wenden tot de huisarts. Verder zijn er bijvoorbeeld nog de medico-mutualistische akkoorden, die maatregelen bevatten om de eerstelijnszorg en in het bijzonder de huisartsen te ondersteunen.

Over de impact van de zesde staatshervorming kan ik mij nog niet uitspreken, aangezien er nog onderhandeld wordt over de precieze rol van de gewesten en de gemeenschappen. We weten wel al dat het de GGC zal zijn die zich zal bezighouden met bevoegdheden die rechtstreeks verband houden met personen. De Raad van State heeft daarover ook advies uitgebracht, onder andere in verband met de ordonnantie van 19 juli 2007 met betrekking tot het preventie- en gezondheidsbeleid. Een deel van dat advies behandelt de vraag of een zorgverstrekker kan worden beschouwd als een instelling in de zin van artikel 128 § 2 van de Grondwet.

(verder in het Frans)

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

Mme Elke Roex (*en néerlandais*).- *Je doute que ce soit effectivement le cas. Lors d'un débat au Parlement flamand, un avis du Conseil d'État avait été invoqué, selon lequel un médecin généraliste pouvait, compte tenu d'une série de subventions, être considéré comme une institution.*

Étant donné que toutes les matières personnalisables sont désormais gérées directement par la Cocom, il incombe à celle-ci d'organiser les soins de première ligne.

S'agissant des préparatifs de la réforme institutionnelle, vous évoquez la réalisation d'un inventaire, mais celui-ci ne semble guère progresser. C'est décevant, sachant que les néerlandophones de Bruxelles ne partagent pas tous le même avis à propos du rôle de la Cocom.

Ceci est une occasion unique pour prendre la situation en mains en tant que Bruxellois. Si nous nous laissons faire par certains partis qui entendent renforcer le rôle des Communautés à Bruxelles, y compris dans le domaine des soins de santé, nous risquons de renforcer l'éparpillement des compétences en la matière.

Il est étonnant d'entendre citer le professeur Verté à propos de la programmation des lits. En effet, celui-ci est un socio-pédagogue spécialisé dans la participation et la politique des aînés, et pas dans la programmation des lits d'hôpitaux.

Volgens de Raad van State kan een individuele zorgverstrekker zonder georganiseerd verband met de Vlaamse of Franse Gemeenschap niet als instelling worden beschouwd.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Roex heeft het woord.

Mevrouw Elke Roex.- Ik twijfel of dat inderdaad zo is. Ik herinner me dat er in het verleden tijdens debatten in het Vlaams Parlement een advies van de Raad van State werd aangevoerd, dat stelde dat een huisarts wel als een instelling kan worden beschouwd vanwege een aantal subsidiëring-mechanismen. Ik zou dat moeten opzoeken in mijn archieven, want ik weet niet meer precies hoe dat zat.

In de Brusselse context maakt het echter minder uit dan in die van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap. Aangezien volgens de laatste staats hervorming alle aangelegenheden die rechtstreeks personen aangaan, onder de exclusieve bevoegdheid van de GGC vallen, is het in beide gevallen aan de GGC om de eerstelijnszorg te organiseren.

Ik vind uw antwoord over de voorbereiding van de zesde staats hervorming tamelijk teleurstellend. Ik stel vast dat men een inventaris opmaakt, maar dat men nog niet verder gaat. Ik vind het niet teleurstellend vanuit mijn oppositierol, maar wel omdat ik weet dat de Nederlandstaligen in Brussel niet allemaal op dezelfde lijn zitten wat betreft de rol die de GGC kan en zou moeten spelen.

Dit is een unieke kans om de situatie als Brusselaar in handen te nemen, maar tegelijk ook een groot gevaar aangezien de versnippering nog groter kan worden dan ze nu al is. Als we ons laten doen door sommige partijen die de rol van de gemeenschappen in Brussel willen versterken, ook op het vlak van de gezondheidszorg, dreigt er een complete versnippering, waardoor de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in Brussel onvoldoende zal worden geprogrammeerd.

Ik vind het vreemd dat professor Verté wordt genoemd in verband met de programmatie van ziekenhuisbedden. Volgens mij is hij een sociaal pedagoog gespecialiseerd in participatie en ouderenbeleid. Hij heeft het participatieve luik

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

M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni (en néerlandais).- *Je transmettrai vos inquiétudes à votre président de parti, qui dirige les négociations dans ce cadre.*

Mme Elke Roex (en néerlandais).- *Ce n'est pas mon parti qui devrait vous inspirer de l'inquiétude.*

- *L'incident est clos.*

over de ouderenbeleidsplannen in Vlaanderen en ook in een aantal Waalse gemeenten uitgevoerd. Hij is niet echt gespecialiseerd in de programmatie van ziekenhuisbedden. Wellicht heb ik de opzet van de studie niet goed begrepen.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Vanhengel heeft het woord.

De heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College.- Ik zal uw bekommernissen overmaken aan uw partijvoorzitter, die daarover onderhandelt. Mijn voorzitter is in elk geval op de hoogte.

Mevrouw Elke Roex.- Die van mij ook. Het is niet van mijn partij dat u bang moet zijn.

- *Het incident is gesloten.*