

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 13 FÉVRIER 2007

DINSDAG 13 FEBRUARI 2007

Après-midi

Namiddag

La discussion des questions et des interpellations est ouverte à 15 h 12 par M. Yvan Mayeur, président.

01 Interpellation de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport de la cellule d'accompagnement et d'expertise à la mise en place et au suivi de l'avant-projet de plan médical global et des plans de gestion des hôpitaux de la province de Luxembourg" (n° 1009)

01.01 Dominique Tilmans (MR) : Le rapport de la cellule d'experts désignés par la Région wallonne sur demande de la Coordination hospitalière luxembourgeoise recommande une refonte complète de l'offre de soins : la fusion en une seule des trois intercommunales hospitalières, le maintien de trois sites principaux (Arlon, Marche et Libramont), la fermeture du site aigu de Bastogne. Étant donné que les considérations de santé publique et la réorganisation de l'offre hospitalière sont de la compétence du fédéral, le ministre ou son cabinet ont-ils été associés à la rédaction de ce rapport ? Adhère-t-il aux recommandations ? Trouve-t-il ce rapport amendable ?

À côté de la proposition des experts, l'hôpital de Marche a déposé une proposition basée sur deux sites, avec la création d'un nouvel hôpital de 450 à 500 lits, intégré dans l'intercommunale unique, qui fusionnerait les établissements de Libramont, de Marche et de Bastogne. Cette orientation est-elle envisageable ? Le pouvoir fédéral pourrait-il y affecter des moyens budgétaires ? Ce choix garantirait-il l'accessibilité et l'efficacité des soins en province de Luxembourg ?

En ce qui concerne les urgences, je me réjouis de la réflexion en cours sur la réforme des appels aux urgences. Cela dit, la structuration de l'aide médicale urgente est prévue au départ du généraliste local, avec le PIT (*paramedical intervention team*), le SMUR (service mobile d'urgence) et le transport hélicoptéré. Les experts précisent que le pouvoir fédéral mettra des moyens à disposition. Quelles sont vos intentions en la matière ? L'expérience pilote du PIT a-t-elle été évaluée ? Sera-t-elle prolongée ? Dans l'affirmative, la formation de l'infirmier qui remplace le médecin urgentiste pourrait-elle être étendue ? N'y a-t-il pas une perte d'efficacité due à une moindre qualification ? Comment envisagez-vous la collaboration avec les médecins généralistes ? Une formation spécifique à l'urgence est-elle envisagée pour eux ? De nombreux généralistes n'y sont pas favorables. Une rémunération spécifique en cas d'intervention dans le cadre de l'urgence pourrait les faire changer d'avis. Est-elle prévue ? Comptez-vous intervenir financièrement pour le transport hélicoptéré ? Une convention pourrait-elle être envisagée avec le centre de secours de Bra-sur-Lienne ?

À Bastogne, dans l'hypothèse de la transformation du site aigu en polyclinique, est-il envisageable d'organiser une permanence 24 heures sur 24 ?

En ce qui concerne les soins palliatifs, il y a une centralisation de douze lits de soins palliatifs à Bastogne. Il est aussi prévu que la fonction palliative sera présente sur chaque site aigu. L'égalité d'accès aux soins palliatifs dans la province sera-t-elle ainsi garantie ?

Le rapport prévoit le développement de la cardiologie sur le seul site d'Arlon, avec des activités de base sur les trois sites. Soutenez-vous ce choix ? Qu'est-ce qui le justifie ? Est-il envisageable, dans le cadre d'une coopération transfrontalière avec le Luxembourg ou la France, d'avoir un centre B1-B2 à Libramont en collaboration avec Mont-Godinne et un centre B1-B2 ou voire B3 Interreg à Arlon ? Avez-vous pris des initiatives en matière de coopération transfrontalière ?

Le rapport recommande la présence d'une installation RMN (résonance magnétique nucléaire) dans chaque institution. Est-ce envisageable et finançable ?

Enfin, quelle est la part du financement fédéral dans la restructuration du paysage hospitalier luxembourgeois ? Est-il exact qu'elle atteindra 90 % si les travaux sont jugés prioritaires ? Le sont-ils ? Des conditions spécifiques sont-elles associées à cette clef de répartition 90/10 ? Cette mesure demeurera-t-elle d'application au-delà de cette législature ?

01.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Globalement, j'adhère aux recommandations des experts qui ont été chargés de cette étude par la Région wallonne.

Il ne m'appartient pas de me prononcer sur la proposition alternative de l'Intercommunale hospitalière Famenne-Ardenne-Condruz, je voudrais néanmoins préciser que la restructuration des hôpitaux luxembourgeois est un défi pressant.

En ce qui concerne les moyens fédéraux pour la construction de cet hôpital, ils ne peuvent se concevoir que dans le cadre du protocole d'accord publié au Moniteur belge le 19 janvier dernier. Cela signifie que l'accord de la Région wallonne est de toute manière requis.

Les expériences PIT sont en cours d'évaluation mais le sentiment général est qu'elles constituent une voie d'avenir. Leurs résultats détermineront à quelles conditions, avec certainement des nuances suivant les régions.

La question qui porte sur la centralisation des lits de soins palliatifs relève de la Région, qui est compétente pour fixer les priorités en ce qui concerne la programmation.

Concernant la cardiologie, les experts privilégient la solution d'un site B1-B2 à Arlon. Le cadre légal actuel ne permet pas d'envisager une collaboration transfrontalière.

Il n'est pas acquis que chaque hôpital pourra disposer d'une RMN. Le nombre maximum de services équipés d'un tomographe à résonance magnétique et les critères d'attribution sont fixés par arrêté royal.

Enfin, je vous confirme que, lorsque les travaux d'investissement sont considérés comme prioritaires par la Région, le taux d'amortissement peut être porté par le fédéral à 90 % desdits travaux prioritaires. Ceux-ci peuvent être des investissements nécessaires pour répondre à de nouvelles normes, conduisant à une rationalisation de l'offre de soins, relatifs à l'hospitalisation de jour ou améliorant l'accessibilité et le confort du patient.

Les investissements dont vous faites mention peuvent donc entrer dans ce cadre, mais la Région wallonne doit encore se prononcer.

Pour ce qui est du mode de financement, nous avons amplifié un mécanisme qui existait déjà. Je tiens toutefois à préciser que le budget global n'augmente pas, même si l'outil peut être très utile dans le cadre d'investissements prioritaires.

À présent, il appartient à la Région de prendre ses responsabilités.

01.03 Dominique Tilmans (MR) : Monsieur le ministre, les grandes options du rapport sont-elles amendables ?

En ce qui concerne les urgences, domaine fédéral, la mise à disposition d'un chef de projet, de moyens d'organisation et de procédures, de moyens techniques relève-t-elle bien du fédéral ?

01.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Oui.

01.05 Dominique Tilmans (MR): C'est parfait.

Ne serait-il pas intéressant d'avoir un PIT fonctionnant avec un médecin SIAMU et de prolonger l'expérience en cours à Virton ?

Toujours en matière d'aide médicale urgente, où en est-on dans la réflexion sur la responsabilité, les assurances et la définition d'actes en ce qui concerne les infirmiers proposés par le PIT ?

Ne pourrait-on pas imaginer une rémunération particulière pour les généralistes qui veulent s'investir dans l'urgence?

01.06 Rudy Demotte, ministre (en français) : Cela existe déjà.

01.07 Dominique Tilmans (MR) : C'est parfait ! L'idée est d'organiser dans une polyclinique une garde 24h/24 avec des généralistes et des spécialistes.

01.08 Rudy Demotte, ministre (en français) : À Saint-Pierre, le tri aux urgences fonctionne très bien.

01.09 Dominique Tilmans (MR): En zone rurale, l'organisation actuelle des urgences du PIT contraint les ambulances à des détours insensés. Le PIT devrait aussi pouvoir sortir avec un infirmier pour des cas sans gravité. Dans des circonstances graves, les infirmiers ambulanciers ont peur de prendre des initiatives en l'absence d'un médecin.

L'aller-retour jusqu'au centre aigu prend souvent 40 minutes, ce qui met les malades ou les accidentés dans des situations périlleuses.

Y aura-t-il une intervention plus importante qu'aujourd'hui pour le transport hélicoptéré ? Pourrait-on imaginer une intervention avec Bra-sur-Lienne, qui jouxte la province du Luxembourg ?

En ce qui concerne la cardiologie, vous n'envisagez pas de prévoir un site B1-B2 à Libramont en collaboration avec Mont-Godinne ni, à l'avenir, un site B1-B2-B3, qui pourrait pourtant être intéressant. En effet, des centres se développent au Luxembourg et en France, ce qui représente un potentiel important de patients.

01.10 Rudy Demotte, ministre (en français) : Je vais demander davantage d'informations à mon administration pour vous répondre en ce qui concerne le transport hélicoptéré.

La question des soins palliatifs relève de la Région. Lorsque l'on fixe des normes, l'implémentation est toujours mise en œuvre par la Région. Il en va de même concernant les RMN.

Quant aux investissements, on détermine les moyens budgétaires et la norme de partage – dans ce cas: 10-90 – et la Région procède ensuite à l'arbitrage.

Quant aux PIT, nous sommes en plein processus d'évaluation, ce qui signifie qu'il est prématuré de me prononcer sur des questions particulières. A priori, les soins infirmiers doivent correspondre aux obligations légales prévues dans l'arrêté royal de 1978 qui fixe les conditions auxquelles on pratique l'art infirmier.

En ce qui concerne la relation entre l'infirmier, l'équipe infirmière paramédicale et les médecins, les protocoles sont fixés en fonction de la réalité du terrain. Un recensement a priori des personnes et moyens se trouvant sur le terrain doit être fait.

Chaque PIT doit déterminer, en fonction de sa région, la nature de ce lien. Il faut également examiner le lien avec la structure hospitalière et la combinaison des deux.

On peut faire appel soit à la structure hospitalière, soit à un médecin couvrant la zone.

Il est prématuré de vous présenter une matrice répondant à toutes ces questions, car les rapports des PIT sont en train d'être déposés.

Aux Etats-Unis, toute l'aide médicale d'urgence fonctionne selon ce modèle, qui fonctionne bien.

C'est à la Région wallonne qu'il faut demander si le rapport est amendable.
En matière de cardiologie, je ne peux me prononcer.

01.11 Dominique Tilmans (MR) : Vous parlez de la possibilité d'un centre B3 en cas de coopération transfrontalière?

01.12 Rudy Demotte, ministre (en français) : Oui.

Le B1-B2 sur Arlon est une solution privilégiée par les experts en raison des activités respectives d'Arlon et de Libramont et des habitudes de mobilité des patients.

Le cadre légal actuel ne permet pas d'envisager la collaboration que vous évoquez avec la ville de Luxembourg. Si cette éventualité était rendue possible, il faudrait revoir toute la construction de l'offre de soins dans le bassin.

Nous sommes donc encore aujourd'hui incapables d'aller plus avant dans la collaboration transfrontalière.

01.13 Dominique Tilmans (MR) : Ce plan médical global est essentiel pour la province de Luxembourg. L'urgence sera un élément déterminant en province de Luxembourg.

Il faut faire la distinction entre l'urgence réelle et l'urgence secondaire. J'estime que pour répondre aux besoins de l'urgence réelle, il faut créer un système où le médecin, s'il est appelable, doit être très rapidement sur les lieux.

01.14 Rudy Demotte, ministre (en français) : La philosophie suivie veut que l'on juge le degré de soins nécessaires pour la prise en charge d'urgence et donc de veiller à amener, le cas échéant, un médecin dans un délai raisonnable.

01.15 Dominique Tilmans (MR) : Monsieur le président, je donne entièrement raison au ministre. Cependant, Monsieur le ministre, vous évoquez une situation où l'on peut trouver à la fois un PIT et un SMUR dans le même hôpital. Dans le cas qui me préoccupe, il est question d'un SMUR dans une polyclinique où il n'y a pas d'urgentiste.

01.16 Rudy Demotte, ministre (en français) : L'organisation doit être assurée par les cercles de médecins.

01.17 Dominique Tilmans (MR) : Des mesures doivent absolument être prises en la matière. Il est nécessaire de prévoir une formation des médecins généralistes et une rémunération de ces derniers dans le cadre de l'urgence. Par ailleurs, on constate que le nombre de médecins généralistes venant s'installer dans les régions rurales est en diminution.

01.18 Rudy Demotte, ministre (en français) : C'est pour cette raison que l'on a créé un fonds Impulseo.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consultation du dossier médical d'un défunt par le médecin conseil d'une compagnie d'assurances" (n° 13825)

02.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD) : Selon un avis rendu par le conseil national de l'Ordre des médecins, le praticien mandaté par les proches pour consulter le dossier médical d'une personne décédée ne peut être le médecin-conseil d'un organisme assureur. Même si elle est appliquée en pratique, cette contrainte ne figure pas dans la loi.

Des médecins-conseil ont déjà été cités devant le conseil provincial de l'Ordre pour avoir demandé le droit de consulter le dossier médical d'une personne décédée.

Quelle est la position du ministre ? Qu'advient-il des médecins cités devant le conseil provincial ?

02.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : En vertu de la loi relative aux droits du patient, le partenaire ainsi que les parents jusqu'au deuxième degré peuvent consulter le dossier d'une personne décédée par l'entremise d'un praticien, à moins que la personne décédée n'ait marqué son opposition expresse à cet égard. Ce droit est incontestable.

La même loi dispose aussi que les compagnies d'assurance sont seulement informées de la cause du décès et non des antécédents médicaux. Le droit de consultation des proches parents ne peut pas être détourné pour permettre aux médecins d'assurance d'accéder à l'ensemble du dossier.

Je partage la position du conseil national de l'Ordre des médecins, selon lequel le médecin d'assurance ne peut pas intervenir au nom des proches parents en tant que praticien professionnel. Cela générerait un conflit d'intérêts inadmissible.

Je ne puis me prononcer, en ma qualité de ministre, à propos de procédures en cours auprès du conseil provincial de l'Ordre des médecins.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrôles en vue du dépistage du cancer colorectal" (n° 13926)

03.01 Yolande Avontroodt (VLD) : En 2005, la Chambre a adopté une résolution en faveur de la prévention du cancer. En décembre 2006, l'INAMI a organisé un symposium avec les Communautés afin de faire le point de la situation en matière de dépistage du cancer dans les deux parties du pays.

Le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus fréquent mais il ne fait l'objet que d'un dépistage limité. En outre, les dépistages ne sont pas effectués conformément aux lignes directrices européennes alors que leur acceptation constitue précisément la base de la résolution. Ce n'est qu'à cette condition que des données transparentes pourront être rassemblées et que le *benchmarking* permettra d'établir des comparaisons avec d'autres pays européens.

Selon le centre d'expertise, le nombre de décès dus au cancer colorectal pourrait être réduit de 15 % grâce à un test très simple et peu coûteux à réaliser soi-même à domicile. La participation du médecin de famille n'est requise que pour l'enregistrement et le suivi.

La Flandre s'apprêterait à lancer une série de projets pilotes. Le *Vlaamse Gezondheidsraad* (conseil flamand de la santé) demande que le niveau local, à savoir les communes, y soient aussi associées. Par contre, la Wallonie voudrait instaurer un dépistage général et régional. Si l'on applique deux méthodes différentes, cela signifie aussi qu'il y aura deux modes d'enregistrement différents. Dans ces conditions, comment procéder à une évaluation uniforme et mener une politique harmonieuse, comme le demande pourtant l'INAMI ?

Quelles suites le ministre pense-t-il pouvoir réserver aux conclusions du symposium de l'INAMI ? Quelles mesures concrètes prendra-t-on ? Va-t-on développer un plan d'action pour le dépistage du cancer colorectal, comme aux Pays-Bas et en France ?

03.02 Minister **Rudy Demotte** (*en néerlandais*) : La politique de santé publique de l'UE est une politique

globale, qui est axée d'une part sur la prévention primaire et secondaire et, d'autre part, sur les informations relatives au tabac, à l'alcool et au sport, entre autres. Elle donne lieu à des recommandations, par exemple à propos du dépistage du cancer, mais aussi à la promotion d'un style de vie sain.

Je résume rapidement mes priorités en matière de lutte contre le cancer. Premièrement, il faut intensifier la prévention primaire, telle que la lutte contre le tabac et la promotion d'une alimentation saine. Deuxièmement, je souhaite disposer d'un registre national du cancer transparent. La Fondation Registre du Cancer a été créée à cet effet. Troisièmement, il faut veiller à une meilleure dispersion et une plus grande fiabilité du dépistage.

Dans le prolongement du colloque de décembre 2006 sur le dépistage du cancer du sein, des intestins et du col de l'utérus, j'ai demandé au groupe de travail Dépistage du cancer de la conférence interministérielle Santé d'examiner les conclusions des rapports et l'applicabilité des différents types de dépistage.

Les personnes de plus de 50 ans devraient se soumettre tous les deux ans au dépistage du cancer colorectal par le biais de la détection de sang occulte dans les selles. Le centre d'expertise recommande la mise en œuvre de projets pilotes visant à examiner l'acceptabilité de cette proposition. Le Comité de l'assurance a marqué son accord dans ce cadre sur le programme Procure visant à améliorer la lutte contre le cancer colorectal. L'assurance maladie pourrait proposer de prendre en charge un dépistage de masse organisé par les instances compétentes, comme c'est déjà le cas pour le dépistage du cancer du sein.

03.03 Yolande Avontroodt (VLD) : Ma question ne concernait pas les compétences, ni les thérapies mais le délai dans lequel cette question sera traitée dans le cadre de la conférence interministérielle. Je me réjouis que le ministre s'engage à ce que les frais de la prise de sang soient pris en charge par l'INAMI mais qu'advient-il si on se limite à des projets pilotes en Flandre et qu'on organise un dépistage général en Wallonie? L'enregistrement et l'organisation du dépistage relèvent effectivement de la compétence des Communautés mais quand ce point sera-t-il abordé au sein de la conférence interministérielle ?

03.04 Fabienne Nsanze, collaboratrice du ministre Demotte (en néerlandais) : Le groupe de travail Dépistage du cancer se réunit mensuellement. La dernière conférence interministérielle a eu lieu le 11 décembre 2006. Le résultat des discussions menées au sein du groupe de travail sera examiné lors de la prochaine conférence interministérielle. Les discussions visent à aboutir à un plan d'action national.

03.05 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : La prochaine conférence interministérielle aura lieu en juin 2007 et pourra donc se pencher sur les conclusions du groupe de travail.

03.06 Yolande Avontroodt (VLD) : En juin 2007, la Flandre aura déjà démarré une initiative.

03.07 Fabienne Nsanze, collaboratrice du ministre Demotte (en néerlandais) : Le groupe de travail ne peut empêcher la Flandre de déjà se mettre à l'œuvre.

03.08 Yolande Avontroodt (VLD) : Cette situation n'a pas que des conséquences budgétaires. Les coûts doivent être évalués mais les effets doivent en outre pouvoir être mesurés de manière uniforme. Il s'agissait précisément de l'objectif de la résolution et du symposium. Ce dossier est loin d'être clos... mais qu'advient-il en juin 2007 ?

Le **président** : La décision appartiendra aux électeurs.

L'incident est clos.

Le **président** : La question n° 13.957 de Mme Vautmans est reportée.

04 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le taux de nicotine dans les cigarettes" (n° 13961)

04.01 Colette Burgeon (PS) : Selon des chercheurs de l'université de Harvard, les fabricants de tabac, afin d'accroître le degré de dépendance, ont délibérément augmenté de 11 % le taux de nicotine dans les cigarettes durant ces sept dernières années.

Quelles conclusions tirez-vous de cette étude ? Ne faudrait-il pas soumettre cette industrie à une réglementation plus stricte ? Quelles dispositions pourriez-vous prendre, éventuellement au niveau européen, pour interdire ces pratiques ?

04.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Selon mon administration, il n'y a pas de problème.

L'arrêté royal du 13 août 1990 fixe les taux maximums de goudron et de nicotine. Cette dernière est passée de 1,5 mg par cigarette en 1990, à 1,2 mg en 1997 et à 1 mg en 2004.

Sur les cinquante et une marques analysées en 2006 par le SPF Santé publique, deux comportaient un taux de nicotine trop élevé : elles ont reçu un avertissement et seront suivies par le Service de contrôle du tabac, en vue d'une nouvelle analyse lors d'un prochain contrôle.

C'est la directive 201/37/CE du 5 juin 2001 qui règle la question des ingrédients contenus dans les cigarettes.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les colorants dans les bonbons" (n° 13959)

05.01 Colette Burgeon (PS) : Selon *Test-Santé* de février, les teneurs en colorants, parfois interdits, des bonbons artisanaux et vendus en vrac sont préoccupantes, et il faudrait afficher les informations relatives aux ingrédients même pour la vente en vrac, exclue de la réglementation sur l'affichage.

Quelles mesures de contrôle renforcé pouvez-vous prendre ? Ne faut-il pas revoir l'étiquetage des friandises ?

05.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : La législation est très stricte, l'arrêté royal du 9 octobre 1996 précise les colorants qui peuvent être ajoutés aux bonbons et dans quelles quantités.

Les colorants figurent parmi les ingrédients des denrées préemballées mais l'étiquetage n'est pas obligatoire en Europe pour les produits en vrac. L'Agence pour la sécurité de la chaîne alimentaire contrôle le respect de la législation et pratique un contrôle annuel basé sur une évaluation des risques. Tous les résultats sont favorables pour 2006.

Les colorants alimentaires sont réévalués au niveau européen, avec une attention particulière de la Belgique.

05.03 Colette Burgeon (PS) : Ne peut-on afficher les compositions par voie d'autocollants pour la vente en vrac ?

05.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Des tests bactériologiques seraient tout aussi intéressants !

L'incident est clos.

06 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique nutritionnelle dans notre pays" (n° 13960)

06.01 Colette Burgeon (PS) : Le bilan dressé par *Test-Achats* de la politique nutritionnelle dans notre pays n'est guère réjouissant : trop d'acides gras, de sucres et de pesticides, étiquetage vague, etc.

Comment interprétez-vous ces remarques ? Ne faudrait-il pas renforcer les contrôles et revoir note politique en matière de contraintes nutritionnelles et d'affichage ?

06.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : J'interprète les remarques de *Test-Achats* comme un positionnement de marketing. En avril 2006, j'ai lancé le Plan national nutrition santé (PNNS-B) sur la base des résultats d'une enquête de grande ampleur et après consultation de nombreux experts. Ce plan compte huit axes stratégiques et plus de soixante actions concrètes. D'autre part, vingt-deux communes ont élaboré un projet pour poursuivre les objectifs du PNNS-B. Et la réglementation de l'étiquetage est avant tout une compétence européenne. Je m'étonne donc des critiques de *Test-Achats*, d'autant que cette organisation a participé à chaque étape de la réalisation du PNNS-B.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le cancer du col de l'utérus" (n° 13965)

07.01 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Depuis le 3 novembre 2006, le Gardasil, un vaccin contre le cancer du col de l'utérus provoqué par le papillomavirus humain (HPV), est disponible sur le marché. Il offre principalement une protection contre les types 16 et 18 du HPV, qui, ensemble, sont responsables de 70 % des cas de cancers du col de l'utérus. Le vaccin coûte 412,2 euros. Entre-temps, un remboursement partiel a été approuvé.

Une vaccination adéquate constitue évidemment un élément très important mais ne rend pas superflu le dépistage du cancer du col de l'utérus. Disposera-t-on encore de moyens suffisants pour le dépistage ? Comment le ministre évitera-t-il que le vaccin ne crée un faux sentiment de sécurité parmi les jeunes femmes, si bien qu'elles ne se soumettront plus au test de dépistage lorsqu'elles seront plus âgées ? Le vaccin ne protège pas contre tous les types de HPV. Il serait par ailleurs possible qu'une vaccination en masse provoque un glissement vers d'autres types de HPV. Ce problème sera-t-il examiné ?

07.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La vaccination constitue incontestablement un progrès pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Le dépistage de ce cancer reste toutefois important puisque le médicament Gardasil ne protège pas contre tous les types de PVH, qu'aucun vaccin ne protège l'ensemble des personnes vaccinées et que la durée de la protection offerte par le vaccin est encore à l'étude. L'Union européenne recommande par ailleurs le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le remboursement du Gardasil n'a aucune incidence sur les budgets alloués au programme de dépistage national, qui sont négociés en Conférence interministérielle de la Santé publique. Le 11 décembre 2006, j'ai proposé de joindre le dépistage du cancer du col de l'utérus aux activités du groupe de travail de Dépistage du cancer, pour que le dépistage puisse être évalué.

Le *European Committee for Medicinal Products for Human Use* a posé quelques conditions à un avis favorable au Gardasil. Le *European Public Assessment Report* stipule toutefois qu'au stade actuel, rien n'indique que le nombre de sous-types de HPV augmenterait sous l'influence du vaccin ou que des glissements auraient lieu. La question est toujours à l'étude.

07.03 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Il est rassurant d'entendre que les études se poursuivent. J'ai constaté que certaines femmes qui ont été vaccinées pensent qu'elles ne courent plus de risques à présent. Or, la vaccination n'offre certainement pas une garantie totale et le screening demeure indispensable. Je demande dès lors au ministre de continuer à suivre cette question de près.

L'incident est clos.

08 Question de M. Bart Tommelein au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opportunité et l'efficacité de l'obligation pour les élèves fumeurs de porter des badges" (n° 13971)

08.01 Bart Tommelein (VLD) : Une école ostendaise a voulu obliger ses élèves fumeurs à porter un badge représentant des poumons détruits par la fumée. L'école entendait ainsi distinguer les élèves fumeurs des élèves non-fumeurs.

Le ministre a déclaré il y a quatre ans qu'il entendait faire une priorité de la lutte contre le tabagisme. Il y est sans nul doute parvenu. Je me demande toutefois si l'initiative de l'école en question ne va pas trop loin en

ce sens qu'elle stigmatise les élèves fumeurs.

Je suis bien conscient du fait que la prévention et l'enseignement relèvent de la compétence des Communautés mais je m'adresse à M. Demotte en tant que ministre compétent pour la lutte contre le tabagisme. Le ministre pense-t-il qu'une telle action peut être utile ? Quelles directives doivent être respectées dans le cadre des campagnes anti-tabac ? Le ministre se concertera-t-il avec les Communautés à ce sujet ?

08.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il appartient au ministre flamand de l'Enseignement d'autoriser ou non une telle action. Je ne puis en tout état de cause marquer mon accord sur une approche aussi stigmatisante. Je n'ai jamais utilisé une telle approche dans le cadre de mes actions de lutte contre le tabagisme. Il est dès lors rassurant d'apprendre que l'Institut Vésale d'Ostende a finalement renoncé à son projet.

Loin de culpabiliser le public cible, une bonne campagne de sensibilisation doit davantage promouvoir un comportement positif. Elle doit s'accompagner d'un message positif incitant les jeunes à rechercher de l'aide dans le but de résoudre leur problème de dépendance.

En 2006, différentes campagnes ont été soutenues par le Fonds tabac, telles que l'aide à la désaccoutumance dans les écoles, la campagne "Soyez gentils avec les fumeurs. Ils vivront moins longtemps que vous" et l'aide à la désaccoutumance à l'intention de femmes enceintes. Aucune décision n'a encore été prise quant aux projets qui seront soutenus par le Fonds en 2007.

Il convient de communiquer d'une façon appropriée avec les jeunes. La plupart des spécialistes de la communication font preuve de bon sens lorsqu'ils doivent traiter un sujet sérieux tel que celui des dépendances. Je veillerai régulièrement à ce qu'une concertation ait lieu au sein de la conférence interministérielle Santé publique.

08.03 Bart Tommelein (VLD) : Je me réjouis que le ministre s'oppose également à toute stigmatisation. Nous devons faire savoir aux citoyens d'une façon positive que le tabagisme est mauvais pour la santé et nocif pour l'entourage.

L'incident est clos.

09 Questions jointes de

- **Mme Hilde Dierickx** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les banques de sang" (n° 13976)
- **M. Luc Goutry** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'agrément d'une banque publique de stockage de sang de cordon" (n° 14122)
- **Mme Josée Lejeune** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation de cellules souches" (n° 14099)

09.01 Hilde Dierickx (VLD) : En Belgique, il existe des banques de sang tant privées que publiques. Les premières demandent des sommes élevées pour conserver le sang, les deuxièmes sont confrontées à d'important problèmes financiers. Personne ne peut empêcher une jeune mère de demander à une banque de sang privée de conserver du sang ombilical, même si les prix demandés sont élevés et l'utilité de cette mesure hypothétique.

Que pense le ministre de la réglementation existante sur les banques de sang ? A-t-il l'intention de modifier la législation en la matière ? Les futures mères seront-elles bientôt mieux informées ? Le financement des banques de sang publiques sera-t-il revu ? L'intérêt croissant pour les transplantations devrait être synonyme d'une nouvelle source de financement pour les banques de sang.

09.02 Josée Lejeune (MR) : Un hôpital belge a procédé, de façon répétée et en totale contradiction avec notre législation, à des injections de cellules souches, d'origine parfois incertaine, au prix de 12.000 euros.

Quel est l'état d'avancement de l'avant-projet de loi prévoyant des garanties d'accessibilité et de qualité pour les traitements par cellules souches dont vous aviez parlé en mars dernier ?

Quelles sont les conclusions de l'enquête relative au cas ci-dessus ?

N'est-il pas temps de réglementer ces pratiques, également au niveau européen ?

09.03 Luc Goutry (CD&V) : L'utilisation de cellules souche à des fins médicales paraissant envisageable à l'avenir, de plus en plus d'entreprises commerciales se montrent intéressées par la conservation de sang de cordon ombilical. Cette situation est cependant susceptible de mener à des excès commerciaux et partant, à une médecine à deux vitesses. Les pouvoirs publics doivent intervenir dès à présent pour exclure toute utilisation commerciale et préserver le principe de solidarité.

Quelle est la position du ministre en la matière ? Oeuvre-t-il à l'élaboration d'une réglementation adaptée afin de veiller à ce que les nouvelles applications médicales restent abordables et accessibles ?

09.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Le sang de cordon ombilical contient un certain nombre de cellules souches sanguines qui peuvent être concentrées et congelées en laboratoire. Ces cellules souches peuvent alors être conservées afin d'être utilisées ensuite pour des patients ayant besoin d'une transplantation de cellules souches.

Il existe dans notre pays cinq banques publiques de sang de cordon ombilical et une banque privée qui n'est pas reconnue.

Nous avons besoin d'une législation réglementant l'utilisation des cellules et des tissus. Cette législation pourrait être mise en place dans le cadre de la transposition de la directive européenne du 31 mars 2003. Il conviendrait d'y définir clairement les droits et les responsabilités des banques de matériel humain. Cette législation, dont le champ d'application ne se limiterait donc pas à l'utilisation de sang de cordon ombilical, doit compléter la législation existante en matière de transplantation d'organes et d'utilisation de sang périphérique.

Alors que l'utilité de l'utilisation allogène de cellules souches de sang de cordon ombilical est démontrée, le stockage de sang de cordon destiné à être utilisé exclusivement par l'enfant concerné est une pratique contestable, tant dans l'état actuel des connaissances scientifiques que pour des considérations éthiques.

Le gouvernement a décidé de laisser l'initiative législative au Sénat. Les débats y sont en cours. J'ai plaidé dans ce cadre pour une interdiction de la conservation de sang de cordon s'il est exclusivement destiné à l'enfant concerné.

En Belgique, les banques publiques de sang de cordon sont financées par la fourniture d'unités de sang de cordon pour le traitement de patients à l'étranger, ainsi que par des dons. Bien que le nombre de fournitures augmente, le financement par des dons reste nécessaire pour couvrir les frais et permettre le développement du service.

Depuis octobre dernier, les frais afférents au traitement, à la congélation et à la conservation du sang de cordon destiné au traitement de patients apparentés sont également couverts.

Il y a lieu de revoir le financement des banques publiques de sang de cordon. Il convient toutefois d'abord de connaître le contenu exact de la législation qui est en cours d'élaboration. Ce n'est qu'ensuite que l'on pourra déterminer les besoins de financement.

(*En français*) Une réglementation globale concernant les opérations effectuées avec des cellules et tissus humains est nécessaire. La Directive européenne du 31 mars 2003 doit être transposée et il faudra préciser le cadre de fonctionnement des banques de cellules et de tissus.

En raison des aspects éthiques de cette matière, le gouvernement laisse au Sénat - où les débats sont en cours - l'initiative de légiférer.

La mission d'inspection dépêchée d'urgence à Anvers a confirmé les allégations de pratiques illégales dans le cabinet du médecin.

En Belgique, la loi du 13 juin 1986 régit le prélèvement et la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, qui ne peuvent se dérouler que dans un hôpital agréé. Je souhaite faire voter aussi vite que possible une législation telle que je viens de la décrire. On ne pourra cependant garantir l'absence totale de telles activités illégales tant qu'elles restent dans l'ombre.

09.05 Hilde Dierickx (VLD) : Je sais évidemment que le Sénat débat de cette question en ce moment. J'espère que la nouvelle réglementation deviendra réalité avant le terme de l'actuelle législature car il est urgent de clarifier les choses dans ce dossier. Je suis convaincue qu'il serait opportun d'interdire l'usage à des fins exclusivement personnelles. Toutefois, il se peut fort bien qu'à l'avenir, la transplantation autologue se révèle être médicalement utile. Par conséquent, je préfère ne pas exclure totalement cette possibilité. Je demande en outre qu'il soit tenu compte des arguments qui militent en faveur de banques de sang privées.

09.06 Luc Gouty (CD&V) : Je me réjouis que le débat ait commencé au Sénat car si nous voulons éviter les dérapages, il faut intervenir maintenant. C'est maintenant que nous devons mettre un coup d'arrêt aux initiatives commerciales dont le but est de ne conserver les cellules que pour les donneuses et les donneurs. Je pense personnellement que ce serait une erreur de traiter séparément la question du financement et qu'il convient au contraire de lier l'une à l'autre les deux questions centrales dans ce dossier.

09.07 Josée Lejeune (MR) : Merci pour les réponses. Il est important d'avoir une réglementation claire en la matière, pour prévenir les dérives comme à Anvers, et éviter de profiter de la détresse de personnes souffrantes.

L'incident est clos.

09.08 Le président : Ce sera la dernière question pour aujourd'hui. Les autres questions seront inscrites à l'ordre du jour du 5 mars.

10 Question de M. Patrick De Groote au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les violations flagrantes de la législation sur l'emploi des langues en matière administrative" (n° 13983)

10.01 Patrick De Groote (N-VA) : Il a sans cesse été question, au cours de la présente législature, des commandes tardives d'attestations de soins. En Flandre, les médecins ont en outre reçu, dans le cadre de ces commandes, des courriers rédigés en français, avec bulletin de virement en français expédié par le service clientèle de l'INAMI.

L'article 57 des lois coordonnées sur l'emploi des langues en matière administrative prévoit des sanctions disciplinaires en cas d'infraction.

Combien d'infractions de ce type ont-elles été constatées à l'INAMI ces dernières années ? Combien d'enquêtes a-t-on menées pour établir les responsabilités ? Combien de sanctions ont été prises et lesquelles ?

10.02 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Aucune infraction aux lois linguistiques n'a été constatée à l'INAMI qui, par ailleurs, ne dispose pas de papier à lettres officiel avec en-tête bilingue.

Pour les attestations de soins, une confirmation de la commande a été envoyée dans une langue différente de celle du client dans deux cents cas environ. À noter, toutefois, que ce sont les "bonnes" attestations qui ont été envoyées. L'INAMI a immédiatement adressé une mise en demeure à SPEOS – l'organisme auquel la concession pour la production et la livraison des attestations de soins a été octroyée.

Par conséquent, aucune enquête n'a été menée et aucune sanction disciplinaire n'a été prise.

10.03 Patrick De Groote (N-VA) : Il est inadmissible qu'un médecin habitant à Loppem qui commande des certificats médicaux reçoive un document rédigé uniquement en langue française. Si les lois linguistiques ne sont pas respectées, le ministre doit intervenir et doit, si besoin est, imposer des sanctions. M. Dewael estime d'ailleurs que chaque ministre est responsable des infractions commises au sein de son département.

Le nombre de plaintes relatives à des dérogations aux lois linguistiques est limité parce que la procédure à suivre est tellement compliquée. Nous plaçons dès lors pour l'instauration d'un point de contact sur un site internet permettant de signaler des infractions par courrier électronique. De toute façon, les départements négligent le plus souvent d'intervenir lorsque cela s'avère nécessaire.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 51.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.12 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Yvan Mayeur.

01 Interpellatie van mevrouw Dominique Tilmans tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van de begeleidings- en expertisecel bij de uitwerking en de follow-up van het voorontwerp in verband met het alomvattend medisch plan en de beheersplannen van de ziekenhuizen van de provincie Luxemburg" (nr. 1009)

01.01 Dominique Tilmans (MR): Het rapport van de op de verzoek van de *Coordination hospitalière luxembourgeoise* door het Waals Gewest aangestelde expertisecel pleit voor een volledige herziening van het zorgaanbod: de drie ziekenhuisintercommunales moeten fuseren, de drie hoofdsites worden behouden (Aarlen, Marche en Libramont) en het acuut centrum moet dicht.

Werd de minister of zijn kabinet bij de totstandkoming van dat rapport betrokken, aangezien het federale beleidsniveau bevoegd is voor de volksgezondheid en de reorganisatie van het ziekenhuisaanbod? Sluit hij zich aan bij de aanbevelingen? Moet er op bepaalde punten worden bijgestuurd?

Naast het voorstel van de experts is er een voorstel van het ziekenhuis van Marche. Daarin wordt uitgegaan van twee centra, met de oprichting van een nieuw ziekenhuis met 450 à 500 bedden dat ingebed zou worden in één intercommunale, en waarbij de ziekenhuizen van Libramont, Marche en Bastenaken zouden fuseren. Is dat een haalbare kaart? Kan de federale overheid hier geld voor uittrekken op de begroting? Zou die keuze garanties bieden voor een laagdrempelige en efficiënte zorgverstrekking in de provincie Luxemburg?

Ik ben blij dat er momenteel nagedacht wordt over de hervorming van de noodoproepen voor de spoedgevallendiensten. Uitgangspunt voor de structurering van de dringende medische hulp wordt de lokale huisarts, met daarnaast het PIT (*paramedical intervention team*), de MUG (mobiele urgentiegroep) en de helihulp. Volgens de experts zal de federale overheid daarvoor middelen ter beschikking stellen. Wat zijn uw intenties op dat gebied? Werd het PIT-proefproject geëvalueerd? Zal het experiment verlengd worden? Zo ja, kan de opleiding van de verpleegkundige die de urgentiearts vervangt, worden verruimd? Zijn de interventies niet minder efficiënt doordat die mensen minder gekwalificeerd zijn? Hoe ziet u de samenwerking met de huisartsen? Krijgen zij een specifieke opleiding voor dringende medische hulpverlening? Veel huisartsen zitten daar niet op te wachten. Mogelijk kan een specifieke vergoeding voor dringende medische hulpverlening hen wel doen bijdraaien. Zit zulks in de pijplijn? Zal u een financiële tegemoetkoming verstrekken voor helihulp? Kan er een overeenkomst gesloten worden met het centrum voor dringende medische hulpverlening per helikopter van Bra-sur-Lienne?

Wanneer in Bastenaken de site 'acute geneeskunde' zou worden omgevormd tot polikliniek, kan dan nog een 24-uren wachtdienst worden georganiseerd?

Op dit ogenblik zijn de twaalf palliatieve bedden in Bastenaken gecentraliseerd. Ook zal elke site 'acute geneeskunde' over een palliatieve functie moeten beschikken. Zal de gelijke toegang tot de palliatieve zorg zodoende in de hele provincie kunnen worden gewaarborgd?

Volgens het verslag zou enkel Aarlen over een volwaardige afdeling cardiologie beschikken en zouden de drie andere ziekenhuizen basisdiensten aanbieden. Staat u achter die keuze? Waarop berust ze? Is het mogelijk, in het kader van een grensoverschrijdende samenwerking met Luxemburg of Frankrijk, dat Libramont in samenwerking met Mont Godinne over een B1-B2-centrum zou beschikken en Aarlen over een B1-B2-centrum of zelfs over een B3-Interreg-centrum? Heeft u initiatieven genomen met het oog op de grensoverschrijdende samenwerking?

Een van de aanbevelingen van het verslag betreft de aanwezigheid van NMR-apparatuur (nucleaire magnetische resonantie) in elke instelling. Is zulks mogelijk en betaalbaar?

In hoeverre wordt de herstructurering van de Luxemburgse ziekenhuizen door het federale niveau gefinancierd? Klopt het dat de federale overheid negentig procent van de herstructurering voor haar rekening zal nemen indien de werken als prioritair worden beschouwd? Zijn die werken ook prioritair? Zijn er specifieke voorwaarden aan die 90/10-verdeelsleutel verbonden? Blijft die maatregel na deze zittingsperiode van toepassing?

01.02 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Over het algemeen kan ik de aanbevelingen van de experts die door het Waalse Gewest werden gelast die studie uit te voeren, onderschrijven.

Het is niet mijn taak me uit te spreken over het alternatief dat door de ziekenhuisintercommunale Famenne-Ardenne-Condroz werd voorgesteld. De herstructurering van de Luxemburgse ziekenhuizen is evenwel een uitdaging die snel moet worden beantwoord.

De federale middelen voor de bouw van dat ziekenhuis kunnen enkel worden toegekend in het kader van het protocolakkoord dat op 19 januari jongstleden in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt. Dat maakt de instemming van het Waalse Gewest in elk geval noodzakelijk.

De tests met de PIT's worden thans beoordeeld, maar het algemene aanvoelen is dat die piste in de toekomst kan worden bewandeld. Op grond van de resultaten zal worden bepaald onder welke voorwaarden ze worden ingezet. Daarbij zal rekening worden gehouden met de specifieke situatie per streek.

De vraag betreft het centraliseren van palliatieve bedden dient aan het Gewest te worden gericht, vermits het bevoegd is voor het vaststellen van de prioriteiten inzake de programmering.

Wat de cardiologie betreft, geven de experts de voorkeur aan een B1-B2-site te Aarlen. De huidige wetgeving biedt geen ruimte voor grensoverschrijdende samenwerking.

Het staat niet vast dat elk ziekenhuis over een NMR-toestel zal kunnen beschikken. Het maximum aantal diensten dat met een NMR-tomograaf wordt uitgerust en de toekenningscriteria worden bij koninklijk besluit vastgesteld.

Ten slotte kan ik bevestigen dat, indien de investeringswerken door het Gewest als prioritair worden beschouwd, het federale niveau het afschrijvingspercentage op negentig procent van die werken kan brengen. Het kan daarbij gaan om investeringen die nodig zijn om aan nieuwe normen te voldoen, die het zorgaanbod rationaliseren, die betrekking hebben op dagopnames of die de toegankelijkheid voor de patiënt verhogen en zijn comfort bevorderen.

De door u vermelde investeringen kunnen dus in dat kader passen, maar het Waalse Gewest moet zich er nog over uitspreken.

Wat de financieringswijze betreft, hebben we een bestaand mechanisme uitgebreid. Ik wil er echter op wijzen dat het totaal van de begrotingsmiddelen identiek blijft, al kan dit instrument erg interessant zijn in het kader van prioritaire investeringen.

Het Gewest moet nu zijn verantwoordelijkheid nemen.

01.03 **Dominique Tilmans** (MR): Mijnheer de minister, kunnen de krachtlijnen van het verslag worden bijgestuurd?

De spoeddiensten ressorteren onder het federale niveau. Is het federale niveau bevoegd voor de aanstelling van een projectleider, de levering van organisatorische en technische middelen en de ontwikkeling van procedures?

01.04 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Ja.

01.05 **Dominique Tilmans** (MR): Uitstekend.

Zou het niet interessant zijn om een paramedisch interventieteam (PIT) met een geneesheer van de Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandweer en Dringende medische hulp (BDMH) op te richten en het proefproject in Virton voort te zetten?

In het kader van de dringende medische hulpverlening zou ik graag nog vernemen hoever het staat met de reflectie over de verantwoordelijkheid, de verzekeringen en de definitie van de handelingen van de verplegers die door het PIT worden voorgesteld?

Kan er voor de huisartsen die dringende medische hulp willen aanbieden, geen specifieke bezoldigingsregeling worden uitgewerkt?

01.06 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Die is er al.

01.07 **Dominique Tilmans** (MR): Uitstekend! We stellen voor om in een polikliniek een wachtdienst 24uur op 24 met huisartsen en specialisten de klok rond te organiseren.

01.08 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): In het Sint-Pietersziekenhuis werkt de toerbeurt in de dienst spoedgevallen zonder problemen.

01.09 **Dominique Tilmans** (MR): Op het platteland moeten de ziekenwagens, door de manier waarop de urgentiediensten van het PIT thans georganiseerd zijn, zinloze omwegen maken. Wanneer er geen levensgevaar is, zou het PIT ook met een verpleger moeten kunnen uitrukken. In ernstige gevallen durven de verplegers-ambulanciers geen initiatieven nemen als er geen arts bij is.

De heen-en-terugrit naar een urgentiedienst duurt vaak 40 minuten, waardoor het leven van de zieken of de slachtoffers van een ongeval soms in gevaar komt.

Zal het vervoer per helikopter meer vergoed worden dan thans het geval is? Kan er met Bra-sur-Lienne worden samengewerkt dat aan de provincie Luxemburg grenst?

Wat de cardiologie betreft, bent u niet van plan een site B1-B2 in Libramont te creëren in samenwerking met Mont-Godinne en evenmin, in de toekomst, een site B1-B2-B3 die nochtans interessant zou kunnen zijn. Er worden immers centra uitgebouwd in Luxemburg en in Frankrijk, wat een belangrijk potentieel aan patiënten betekent.

01.10 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Ik zal bijkomende informatie vragen aan mijn administratie om u over het vervoer per helikopter te kunnen antwoorden.

De palliatieve zorg valt onder de bevoegdheid van het Gewest. Bij het vastleggen van de normen gebeurt de invulling altijd door het Gewest. Zo ook voor de NMR.

Wat de investeringen betreft, worden de budgettaire middelen en de verdelingsnorm vastgelegd – in dit geval: 10-90 – en het Gewest neemt dan de arbitrerende rol op zich.

Voor de paramedische interventieteams zitten we volop in de evaluatiefase, waardoor het voorbarig is een uitspraak te doen over speciale kwesties. A priori dient de verpleging te beantwoorden aan de wettelijke verplichtingen uit het koninklijk besluit van 1978 dat de voorwaarden voor het uitoefenen van verpleegkunde vaststelt.

Inzake de verhouding tussen de verpleegkundige, het paramedisch verpleegteam en de geneesheren worden de protocols vastgelegd aan de hand van de situatie op het veld. Er moet een a priori-balans worden opgemaakt van de personen en de middelen die op het veld beschikbaar zijn.

Elk PIT moet in het kader van zijn regio de aard van die koppeling bepalen. Tevens moeten de koppeling met de ziekenhuisstructuur en de combinatie van beide worden onderzocht.

Men kan ofwel een beroep doen op de ziekenhuisstructuur, ofwel op een arts die de zone bestrijkt.

Het is voorbarig om u nu al een matrix voor te stellen die een antwoord op al die vragen aanreikt, want de rapporten van de PIT's worden thans ingediend.

In de Verenigde Staten stoelt de hele dringende medische hulpverlening op dat model, dat goed functioneert.

De vraag of een en ander nog kan worden bijgestuurd, moet u aan het Waals Gewest stellen.

Ik kan geen uitspraken doen met betrekking tot de cardiologie.

01.11 **Dominique Tilmans** (MR): U heeft het over de mogelijke oprichting van een B3-centrum in geval van een grensoverschrijdende samenwerking.

01.12 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Ja.

De deskundigen geven de voorkeur aan een B1-B2-centrum in Aarlen, gelet op de respectieve activiteiten in Aarlen en Libramont en het mobiliteitsgedrag van de patiënten.

Op grond van het huidige wettelijk kader is de door u geopperde samenwerking met de stad Luxemburg niet mogelijk. Mocht een dergelijke samenwerking toch mogelijk worden, dan zou de hele opbouw van het zorgaanbod in de zorgregio moeten worden herzien.

Wij kunnen voorlopig dus nog niet meer werk maken van een grensoverschrijdende samenwerking.

01.13 Dominique Tilmans (MR): Dat allesomvattend medisch plan is van essentieel belang voor de provincie Luxemburg. De urgentie zal in de provincie Luxemburg van doorslaggevend belang zijn.

Men moet een onderscheid maken tussen de echte en de secundaire urgentie. Ik vind dat men om aan de behoeften van de echte urgentie te voldoen een systeem moet uitwerken waar de arts, als hij oproepbaar is, zeer snel ter plaatse moet zijn.

01.14 Minister Rudy Demotte (Frans): Volgens de huidige benadering van het PIT moet men oordelen in welke mate de patiënt dringende medische verzorging nodig heeft en op gronde daarvan binnen een aanvaardbare termijn een dokter sturen.

01.15 Dominique Tilmans (MR): Mijnheer de voorzitter, ik sta volledig achter de minister. Mijnheer de minister, u verwijst echter naar een situatie waarbij er zowel een PIT als een MUG in een zelfde ziekenhuis aanwezig zijn. In het geval dat mij bezighoudt, gaat het om een MUG in een polikliniek zonder urgentiearts.

01.16 Minister Rudy Demotte (Frans): De organisatie is een zaak van de artsenkringen.

01.17 Dominique Tilmans (MR): Er moeten ter zake dringend maatregelen getroffen worden. Er moet een opleiding voor de huisartsen komen. Daarnaast moeten de huisartsen die dringende hulp bieden, daarvoor een bijzondere vergoeding krijgen. Men stelt trouwens vast dat er zich steeds minder huisartsen op het platteland vestigen.

01.18 Minister Rudy Demotte (Frans): Om die reden hebben we het Impulso-fonds opgericht.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inzage van het medisch dossier van een overledene door de raadgevende arts van een verzekeringsmaatschappij" (nr. 13825)

02.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Volgens een advies van de nationale raad van de Orde van Geneesheren mag een verzekeringsarts niet optreden als de beroepsbeoefenaar die op verzoek van de nabestaanden inzagerecht heeft in het medisch dossier van een overledene. Nochtans is die beperking niet opgenomen in de wet en gebeurt het in de praktijk wel.

Een aantal verzekeringsartsen is ondertussen al voor de provinciale raad van de Orde gedaagd omdat zij inzagerecht hadden gevraagd in het medisch dossier van een overledene.

Wat is het standpunt van de minister? Wat gebeurt er met de voor de provinciale raad gedaagde artsen?

02.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Volgens de wet op de patiëntenrechten kunnen de partner en de bloedverwanten tot in de tweede graad via een beroepsbeoefenaar inzage krijgen in het dossier van een overledene, behalve wanneer er een uitdrukkelijk verzet bestaat van de overledene. Dit recht staat onbetwist vast.

Dezelfde wet bepaalt ook dat een verzekeringsmaatschappij enkel informatie krijgt over de doodsoorzaak en niet over de medische voorgeschiedenis. Het inzagerecht van de nabestaanden mag niet worden gebruikt als

een achterpoortje om een verzekeringsarts inzage in het volledige dossier te geven.

Ik ben het eens met de nationale raad van de Orde van Geneesheren dat een verzekeringsarts niet namens de nabestaanden mag optreden als de beroepsbeoefenaar met inzagerecht. Dit zou een onaanvaardbaar belangenconflict veroorzaken.

Als minister kan ik mij niet uitspreken over lopende procedures bij de provinciale raad van de Orde van Geneesheren.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "colorectale kankerscreening" (nr. 13926)

03.01 Yolande Avontroodt (VLD): In 2005 werd in de Kamer een resolutie goedgekeurd voor de preventieve bestrijding van kanker. In december 2006 organiseerde het Riziv een symposium met de Gemeenschappen om duidelijkheid te scheppen over de kankerscreening in beide landsdelen.

Colorectale kanker is de tweede meest voorkomende kanker, maar er wordt weinig op gescreend. Bovendien gebeuren de screenings niet volgens de Europese *guidelines*, terwijl de aanvaarding ervan precies de basis van de resolutie is. Alleen zo kunnen transparante gegevens worden verzameld en maakt benchmarking de vergelijking met andere Europese landen mogelijk.

Volgens het kenniscentrum kan het aantal sterftegevallen door colorectale kanker met 15 procent dalen door een zeer eenvoudige en goedkope test die men thuis zelf kan uitvoeren. De participatie van de huisarts is enkel vereist voor de registratie en de opvolging.

Vlaanderen zou naar verluidt starten met een aantal proefprojecten. De Vlaamse Gezondheidsraad vraagt ook om het lokale niveau, de gemeenten, daarin te betrekken. Wallonië daarentegen zou een algemene regionale screening willen invoeren. Twee verschillende methoden betekent ook twee verschillende manieren van registratie. Hoe kan dan een uniforme inschatting worden gemaakt en een uniform beleid worden gevoerd? Dat is nochtans wat het Riziv vraagt.

Welk gevolg denkt de minister te kunnen geven aan de resultaten van het Riziv-symposium? Welke concrete maatregelen zullen er worden genomen? Wordt er een actieplan voor de screening van colorectale kanker opgesteld, zoals dat in Nederland en Frankrijk bestaat?

03.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het volksgezondheidsbeleid van de EU is een globaal beleid, dat enerzijds is gericht op primaire en secundaire preventie en anderzijds op informatie over onder meer tabak, alcohol en sport. Hieruit volgen aanbevelingen zoals de kankerscreening, maar ook het aanmoedigen van een gezonde levensstijl.

Ik som nog even mijn prioriteiten inzake kanker op. Ten eerste is er de intensifiëring van de primaire preventie, zoals de strijd tegen tabak en de promotie van gezonde voeding. Ten tweede wil ik over een transparant nationaal kankerregister beschikken. Daarvoor werd de Stichting Kankerregister opgericht. Ten derde moet er een betere spreiding en grotere betrouwbaarheid komen van de screening.

In het verlengde van het symposium van december 2006 over de screening van borst-, darm-, en baarmoederhalskanker, heb ik aan de werkgroep Kankeropsporing van de interministeriële conferentie Gezondheid gevraagd om de conclusies van de verslagen en de uitvoerbaarheid van de verschillende screenings te onderzoeken.

De screening van colorectale kanker zou om de twee jaar via de opsporing van occult bloed in de stoelgang moeten gebeuren bij iedereen ouder dan vijftig. Het kenniscentrum beveelt proefprojecten aan om de

aanvaardbaarheid hiervan na te gaan. Het verzekeringscomité heeft in deze context het programma Procare aanvaard om de aanpak van colorectale kanker te verbeteren. De ziekteverzekering zou kunnen voorstellen om een massascreening ten laste te nemen die wordt georganiseerd door de bevoegde instanties, zoals dat ook voor de borstkankerscreening gebeurt.

03.03 Yolande Avontroodt (VLD): Mijn vraag ging niet over de bevoegdheid, noch over de therapieën. Mijn vraag was wanneer dit op de interministeriële conferentie zal worden besproken. Ik ben blij met het engagement van de minister dat de kosten van de bloedtest ten laste van het Riziv worden genomen, maar wat als Vlaanderen alleen met proefprojecten werkt en Wallonië volledig wordt gescreend? De registratie en de organisatie van de screening behoort inderdaad tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen, maar wanneer komt dit item op de interministeriële conferentie?

03.04 Fabienne Nsanze, medewerkster van minister Demotte (Nederlands): De werkgroep Kankeropsporing komt maandelijks samen. De laatste interministeriële conferentie was op 11 december 2006. Het resultaat van de discussies in de werkgroep wordt op de volgende interministeriële conferentie besproken. Het doel van de discussies is tot een nationaal actieplan te komen.

03.05 Minister Rudy Demotte (Nederlands): De volgende interministeriële conferentie zal dus de conclusies van de werkgroep kunnen bespreken en heeft plaats in juni 2007.

03.06 Yolande Avontroodt (VLD): In juni 2007 zal Vlaanderen al gestart zijn.

03.07 Fabienne Nsanze, medewerkster van minister Demotte (Nederlands): De werkgroep kan niet beletten dat Vlaanderen al start.

03.08 Yolande Avontroodt (VLD): Dat heeft niet alleen budgettaire gevolgen. De kosten moeten worden begroot, maar de effecten moeten bovendien uniform kunnen worden gemeten. Dat was precies het hele opzet van de resolutie en van het symposium. Dit wordt zeker vervolgd...maar wat brengt juni 2007?

De **voorzitter:** De kiezers zullen beslissen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter:** Vraag 13.957 van mevrouw Vautmans wordt uitgesteld.

04 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het nicotinegehalte van sigaretten" (nr. 13961)

04.01 Colette Burgeon (PS): Volgens vorsers aan de universiteit van Harvard hebben tabaksfabrikanten de jongste zeven jaren het nicotinegehalte van sigaretten doelbewust met 11 % verhoogd om het peil van de verslaving bij rokers op te trekken.

Welke conclusies trekt u uit die studie ? Moet die nijverheid niet aan een strengere regelgeving worden onderworpen ? Welke maatregelen kunt u – in voorkomend geval op Europees niveau – treffen om dergelijke praktijken te verbieden ?

04.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Volgens mijn administratie is er geen vuiltje aan de lucht.

Het koninklijk besluit van 13 augustus 1990 bepaalt een maximum teer- en nicotinegehalte. Voor nicotine is het maximumgehalte gedaald van 1,5 mg per sigaret in 1990 tot 1,2 mg in 1997 en 1 mg in 2004.

Op de éénenvijftig merken die in 2006 door de FOD Volksgezondheid werden onderzocht, bevatten twee een te hoog nicotinegehalte. Zij kregen een waarschuwing en zullen worden verder opgevolgd door de tabakscontroledienst met het oog op een nieuwe analyse bij een volgende controle.

De kwestie van de bestanddelen die in sigaretten aanwezig zijn, wordt door de richtlijn 201/37/EG van 5 juni 2001 geregeld.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kleurstoffen in snoepgoed" (nr. 13959)

05.01 Colette Burgeon (PS): Volgens het februarinummer van *Test Gezondheid* bevat artisanal snoepgoed dat los verkocht wordt, teveel – en soms verboden – kleurstoffen en zouden de consumenten ook moeten ingelicht worden over de ingrediënten van los verkochte goederen. Momenteel is de reglementering inzake etikettering daarop niet van toepassing.

Hoe kan u daarop strenger toezien? Is de etikettering van snoepgoed niet aan herziening toe?

05.02 Minister Rudy Demotte (Frans): De regelgeving is bijzonder streng. Het koninklijk besluit van 9 oktober 1996 bepaalt welke kleurstoffen in welke hoeveelheid aan snoepgoed mogen worden toegevoegd.

De kleurstoffen behoren tot de ingrediënten die op de voorverpakte voedingswaren worden vermeld, maar voor de los verkochte goederen is er in Europa geen etiketteringsplicht. Het Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen ziet toe op de naleving van de wetgeving en voert op grond van een risicoanalyse een jaarlijkse controle uit. Voor 2006 waren alle resultaten positief.

De voedingskleurstoffen worden op Europees niveau opnieuw onderzocht, een onderzoek waar België trouwens veel belang aan hecht.

05.03 Colette Burgeon (PS): Kan men de samenstellingen niet aan de hand van stickers vermelden voor wat de bulkverkoop betreft?

05.04 Minister Rudy Demotte (Frans): Het ware net zo interessant om bacteriologische tests te laten uitvoeren!

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voedingsbeleid in ons land" (nr. 13960)

06.01 Colette Burgeon (PS): De door Test-Aankoop opgemaakte balans van het voedingsbeleid in ons land is allesbehalve verheugend: teveel vetzuren, suiker en pesticiden, onnauwkeurige etikettering, enz.

Hoe interpreteert u die opmerkingen? Moeten de controles niet versterkt worden? Moet het beleid met betrekking tot de verplichtingen op het stuk van de voeding en de etikettering niet worden herzien?

06.02 Minister Rudy Demotte (Frans): De opmerkingen van Test-Aankoop interpreteer ik als een marktstrategische opstelling. Uitgaande van de resultaten van een grootschalig onderzoek en na raadpleging van tal van experts heb ik in april 2006 het Nationaal Plan Voeding en Gezondheid gelanceerd. Dat plan omvat acht strategische krachtlijnen en meer dan zestig concrete acties. Anderzijds hebben tweeëntwintig gemeenten een project uitgewerkt met het oog op het bereiken van de doelstellingen van het Nationaal Plan. De regelgeving met betrekking tot de etikettering is in de eerste plaats een Europese bevoegdheid. De kritiek van Test-Aankoop verbaast mij dan ook, temeer daar die organisatie aan elke fase van de totstandkoming van het Nationaal Plan heeft meegewerkt.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vaccinatie tegen baarmoederhalskanker" (nr. 13965)

07.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Sinds 3 november 2006 is Gardasil op de markt, een vaccin tegen baarmoederhalskanker die veroorzaakt wordt door het humaan papillomavirus (HPV). Gardasil beschermt

vooral tegen de types 16 en 18 van het HPV, die samen verantwoordelijk zijn voor 70 procent van de baarmoederhalskankers. Het vaccin kost 412,2 euro. Inmiddels werd een gedeeltelijke terugbetaling goedgekeurd.

Een goede vaccinatie is natuurlijk erg belangrijk, maar het maakt de screening op baarmoederhalskanker niet overbodig. Zullen er voldoende financiële middelen overblijven voor de screening? Hoe zal de minister vermijden dat het vaccin een vals gevoel van veiligheid geeft aan jonge vrouwen, zodat die zich op latere leeftijd niet meer laten screenen? Het vaccin beschermt niet tegen alle types van het HPV. Het zou trouwens kunnen dat een massale vaccinatie een verschuiving veroorzaakt naar andere types van het HPV. Zal dit onderzocht worden?

07.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Vaccinatie vormt ongetwijfeld een vooruitgang voor de preventie van baarmoederhalskanker. Toch blijft de screening van baarmoederhalskanker belangrijk, omdat Gardasil niet tegen alle types van het HPV beschermt, omdat geen enkel vaccin alle gevaccineerde personen beschermt en omdat de duur van de bescherming die het vaccin biedt, nog wordt onderzocht. De Europese Unie beveelt bovendien de screening van baarmoederhalskanker aan.

De terugbetaling van Gardasil heeft geen invloed op de budgetten voor het nationale screeningprogramma, die worden besproken in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Op 11 december 2006 heb ik voorgesteld om de opsporing van baarmoederhalskanker te integreren in de werkgroep Kankeropsporing, zodat de screening geëvalueerd kan worden.

Het *European Committee for Medicinal Products for Human Use* heeft enkele voorwaarden verbonden aan het positieve advies voor Gardasil. In het *European Public Assessment Report* staat echter dat er op dit moment geen aanwijzingen zijn dat onder invloed van de vaccinatie het aantal subtypen van het HPV zou stijgen of dat er verschuivingen zouden plaatshebben. Deze problematiek wordt verder onderzocht.

07.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Het is geruststellend dat er verder onderzoek wordt gevoerd. Ik heb ondervonden dat sommige vrouwen die gevaccineerd werden, denken dat ze nu geen risico meer lopen. Vaccinatie biedt echter zeker geen volledige garantie en de screening blijft noodzakelijk. Ik vraag daarom aan de minister om deze problematiek goed op te volgen.

Het incident is gesloten.

08 **Vraag van de heer Bart Tommelein aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wenselijkheid en doeltreffendheid van het verplicht dragen van badges door rokende leerlingen" (nr. 13971)**

08.01 **Bart Tommelein** (VLD): Een school in Oostende verplichtte rokende leerlingen om een badge te dragen met een foto van doorrookte longen op. Op die manier wilde men een onderscheid maken tussen rokende en niet-rokende leerlingen.

De minister verklaarde vier jaar geleden dat hij een prioriteit wilde maken van de strijd tegen roken, iets waarin hij zeker geslaagd is. Toch vraag ik mij af of de actie van deze school niet te ver gaat. Dit is een stigmatiserende actie die mensen opdeelt in verschillende groepen.

Ik beseft dat preventie en onderwijs een bevoegdheden zijn van de Gemeenschappen, maar ik richt mij vandaag tot minister Demotte, omdat hij bevoegd is voor het beleid inzake roken. Denkt de minister dat deze stigmatiserende campagne resultaten kan opleveren? Welke richtlijnen zijn er voor antirookcampagnes? Zal de minister hierover overleggen met de Gemeenschappen?

08.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Of deze campagne al dan niet moet worden toegelaten, is de bevoegdheid van de Vlaamse minister van Onderwijs. Een dergelijke stigmatiserende aanpak kan ik alvast niet goedkeuren. Geen enkele van mijn acties in de strijd tegen roken volgt die aanpak. Het is dan ook geruststellend dat het Vesaliusinstituut in Oostende het project ondertussen heeft opgegeven.

Een goede sensibilisatiecampagne moet geen schuldgevoelens aanpraten, maar wel positief gedrag bevorderen en ze moet vergezeld gaan van een positieve boodschap die jongeren aanspoort om hulp te

zoeken voor hun verslavingsprobleem.

In 2006 kregen verschillende campagnes de steun van het Tabaksfonds, zoals hulp bij ontwenning in scholen, de campagne 'wees aardig voor rokers, hun leven is al zo kort' en hulp bij ontwenning voor zwangere vrouwen. Er is nog geen beslissing genomen over de projecten die het fonds in 2007 zal steunen.

Met jongeren moet op een aangepaste manier gecommuniceerd worden. De meeste communicatiespecialisten geven blijk van gezond verstand, wanneer ze een ernstig onderwerp als verslavingen moeten behandelen. Ik zal over deze thematiek regelmatig overleggen in de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

08.03 Bart Tommelein (VLD): Ik ben blij dat de minister ook gekant is tegen stigmatisering. We moeten de mensen er op een positieve manier op wijzen dat roken ongezond is en schadelijk voor de omgeving.

Het incident is gesloten.

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bloedbanken" (nr. 13976)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van een publieke opslagbank voor navelstrengbloed" (nr. 14122)
- mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van stamcellen" (nr. 14099)

09.01 Hilde Dierickx (VLD): Er zijn in België zowel private als publieke bloedbanken. De eerste vragen hoge bedragen om het bloed te bewaren, de tweede kampen met financieringsproblemen. Niemand kan een jonge moeder verhinderen om navelstrengbloed in bewaring te geven aan een privébloedbank, ook al is het prijskaartje hoog en het nut twijfelachtig.

Wat denkt de minister van de bestaande reglementering inzake bloedbanken? Zal hij de wetgeving ter zake wijzigen? Komt er betere informatie voor aanstaande moeders? Wordt de financiering van de publieke bloedbanken herbekeken? De stijgende interesse voor transplantaten bezorgt de bloedbanken natuurlijk wel nieuwe financieringsmiddelen.

09.02 Josée Lejeune (MR): In een Belgisch ziekenhuis werden herhaaldelijk stamcellen, soms van onduidelijke oorsprong, ingespoten bij patiënten die daar 12.000 euro voor neertelden. Die praktijk staat haaks op onze wetgeving.

Hoever staat het voorontwerp van wet waarover u het in maart 2006 had en dat ertoe strekt de toegang tot en de kwaliteit van behandelingen met stamcellen te waarborgen?

Welke conclusies worden uit het onderzoek naar voornoemde gevallen getrokken?

Is het niet hoog tijd om die praktijken, ook op Europees niveau, te reglementeren?

09.03 Luc Goutry (CD&V): Door de verwachte medische toepassingen van stamcellen in de toekomst, tonen meer en meer commerciële ondernemingen interesse voor het bewaren van navelstrengbloed. Dit kan echter leiden tot commerciële excessen en een dualisering van de geneeskunde. De overheid moet nu reeds ingrijpen om elk commercieel gebruik uit te sluiten en het principe van de solidariteit te vrijwaren.

Wat is het standpunt van de minister ter zake? Werkt hij aan aangepaste reglementering om de betaalbaarheid en beschikbaarheid van nieuwe medische toepassingen te verzekeren?

09.04 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Navelstrengbloed bevat een aantal bloedvormende stamcellen die in een laboratorium geconcentreerd en ingevroren kunnen worden. Deze stamcellen kunnen dan worden bewaard met het oog op de toediening aan patiënten die een stamceltransplantatie nodig hebben.

In ons land bestaan er vijf publieke navelstrengbloedbanken en één private, die niet erkend is.

Er is nood aan wetgeving die de diverse toepassingen van cellen en weefsels reguleert. Dit kan gebeuren naar aanleiding van de omzetting van de Europese richtlijn van 31 maart 2003. De rechten en verantwoordelijkheden van de banken voor lichaamsmateriaal moeten daarin duidelijk omschreven worden. Deze wetgeving, die dus een ruimer toepassingsgebied zou hebben dan het gebruik van navelstrengbloed alleen, moet de bestaande wetgeving inzake transplantatie van organen en inzake het gebruik van perifeer bloed aanvullen.

Daar waar het nut van allogeen gebruik van stamcellen uit navelstrengbloed bewezen is, is het opslaan van navelstrengbloed voor het exclusieve gebruik van het betrokken kind zelf een betwistbare praktijk, zowel volgens de huidige stand van de wetenschap als op grond van ethische overwegingen.

De regering heeft beslist om het wetgevend initiatief aan de Senaat over te laten. De debatten zijn er nu gaande. Ik heb in het kader daarvan gepleit voor een verbod op de bewaring van navelstrengbloed als het uitsluitend voor het kind in kwestie bedoeld is.

De publieke navelstrengbloedbanken in ons land worden gefinancierd door de levering van eenheden navelstrengbloed voor de behandeling van patiënten in het buitenland, aangevuld met giften. Hoewel het aantal leveringen toeneemt, blijft financiering uit giften nog steeds noodzakelijk om de kosten te dekken en uitbreiding toe te laten.

Sinds oktober vorig jaar worden ook de kosten van bewerking, invriezing en bewaring van navelstrengbloed bestemd voor de behandeling van verwante patiënten vergoed.

De financiering van de publieke navelstrengbloedbanken moet herbekeken worden, maar eerst moet er volledige duidelijkheid komen over de inhoud van de wettelijke regeling die nu in de maak is. Pas daarna kunnen de financieringsbehoeften bepaald worden.

(*Frans*) Een globale regelgeving met betrekking tot het werken met menselijke weefsels en cellen is nodig. De Europese richtlijn van 31 maart 2003 moet in nationaal recht worden omgezet en het kader waarin de cellen en weefselbanken zullen opereren moet worden vastgelegd.

Gelet op de ethische dimensie van deze materie laat de regering het wetgevend initiatief op dit vlak over aan de Senaat, waar het debat trouwens aan de gang is.

De inspecteurs die onmiddellijk voor een controle uitgestuurd werden, bevestigden dat er in het kabinet van de arts in Antwerpen wel degelijk illegale praktijken plaatsvonden.

In België worden het wegnemen en transplanteren van organen, weefsels en cellen geregeld bij de wet van 13 juni 1986. Dit moet gebeuren in een erkend ziekenhuis. Ik wil dat er zo snel mogelijk een wet van bovenvermelde strekking aangenomen wordt. Zolang ze verdoken blijven zullen dergelijke illegale praktijken nooit helemaal uitgebannen kunnen worden.

09.05 **Hilde Dierickx** (VLD): Ik ben uiteraard op de hoogte van de debatten die nu aan de gang zijn in de Senaat. Ik hoop dat de nieuwe regeling nog tijdens deze regeerperiode een feit zal zijn, want er is nood aan duidelijkheid over deze problematiek. Ik ben gewonnen voor een verbod op exclusief eigen gebruik. Het is evenwel mogelijk dat autologe transplantatie in de toekomst toch medisch nuttig zal blijken, zodat ik die mogelijkheid toch ook niet helemaal zou uitsluiten. Ik vraag ook dat men rekening zou houden met de argumenten die pleiten pro privébloedbanken.

09.06 **Luc Goutry** (CD&V): Ik ben tevreden dat het debat in de Senaat begonnen is, want we moeten nu

ingrijpen om scheeftrekkingen te vermijden. We moeten nu de commerciële initiatieven een halt toeroepen, omdat die de cellen enkel bewaren voor degene die ze afstaat. Ik pleit ervoor om de problematiek van de financiering niet apart te benaderen, maar het ene aan het andere te koppelen.

09.07 Josée Lejeune (MR): Ik dank u voor uw antwoorden. Het is belangrijk dat er hieromtrent een duidelijke regeling wordt uitgewerkt teneinde uitwassen zoals in Antwerpen te voorkomen en ervoor te zorgen dat er geen misbruik wordt gemaakt van personen in nood.

Het incident is gesloten.

09.08 De voorzitter: Dit wordt de laatste vraag. De andere vragen worden geagendeerd op 5 maart.

10 Vraag van de heer Patrick De Groote aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "flagrante schendingen van de taalwetgeving in bestuurszaken" (nr. 13983)

10.01 Patrick De Groote (N-VA): Tijdens deze regeerperiode zijn er voortdurend berichten geweest over te late bestellingen van doktersbriefjes. Artsen in Vlaanderen worden bij die bestellingen bovendien geconfronteerd met Franstalige brieven, inclusief een Franstalig overschrijvingsstrookje van de klantendienst van het Riziv.

Artikel 57 van de gecoördineerde taalwetten in bestuurszaken voorziet in disciplinaire straffen wanneer deze wetten worden omzeild.

Hoeveel van deze inbreuken heeft men de voorbije jaren bij het Riziv vastgesteld? Hoeveel onderzoeken heeft men ingesteld naar de verantwoordelijken? Hoeveel en welke sancties heeft men opgelegd?

10.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Bij het Riziv heeft men geen inbreuken op de taalwet vastgesteld. Het Riziv beschikt niet over officieel briefpapier met een tweetalig opschrift.

Bij de getuigschriften voor verstrekte hulp heeft men in een tweehonderdtal gevallen bij vergissing een bevestiging van de bestelling gestuurd in een andere taal dan die van de besteller. Men heeft hierdoor evenwel geen verkeerde getuigschriften afgeleverd. Het Riziv heeft SPEOS - dat de concessie heeft voor de productie en levering van getuigschriften - onmiddellijk in gebreke gesteld.

Bijgevolg zijn er dan ook geen onderzoeken ingesteld en geen disciplinaire sancties getroffen.

10.03 Patrick De Groote (N-VA): Het is onaanvaardbaar dat men een eentalig Frans document ontvangt wanneer men vanuit Loppem doktersbriefjes bestelt. Als de taalwet niet wordt nageleefd, moet de minister optreden en desnoods sancties opleggen. Volgens minister Dewael is elke minister verantwoordelijk voor de overtredingen binnen zijn departement.

Het aantal klachten over de overtreding van de taalwet ligt laag, omdat de procedure omslachtig is. Wij pleiten ervoor om het mogelijk te maken dat men overtredingen kan melden via e-mail op een bepaalde website. In elk geval laten de departementen meestal na om effectief op te treden wanneer het moet.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.51 uur.