

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

MERCREDI 11 AVRIL 2007

WOENSDAG 11 APRIL 2007

Après-midi

Namiddag

La réunion publique est ouverte à 14 h 32 sous la présidence de Mme Colette Burgeon.

01 Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du laser dans le domaine médical et de l'esthétique" (n° 14534)

01.01 Dominique Tilmans (MR) : Actuellement, aucune législation n'empêche des personnes sans formation médicale d'utiliser le laser à des fins esthétiques, par exemple pour des épilations. En cas de mauvaise manipulation, les risques peuvent pourtant être importants : lésions durables, brûlures, etc. Dès lors, nous pensons qu'une loi doit être adoptée rapidement. Une formation et un contrôle sont nécessaires pour limiter le nombre d'accidents et les dérives actuelles.

À la demande de votre cabinet, le Conseil supérieur d'hygiène (CSH) a rendu, le 18 octobre 2006, un avis relatif à l'impact sur la santé publique de l'utilisation du laser dans le cadre de l'épilation. Le Conseil a précisé qu'un contrôle était nécessaire et qu'un cadre et des conditions d'exercice devaient être définis ; il est d'avis que les traitements épilatoires au laser peuvent être exécutés par un médecin compétent, par des tiers ayant bénéficié d'une formation particulière, sous la supervision et la responsabilité d'un médecin compétent et, enfin, par des professionnels du secteur paramédical ou des spécialistes en soins esthétiques.

La mise en place de centres respectant des normes communes, un examen préalable du patient et une information concernant les risques potentiels et les traitements alternatifs sont tout aussi importants.

Notre groupe rejoint l'avis du CSH et estime qu'un cadre légal doit être créé afin qu'une formation professionnelle officiellement reconnue soit organisée pour les utilisations du laser.

Que vous inspire cet avis ? Avez-vous déjà un projet de législation ? Quels aspects et dispositions comptez-vous inclure dans le projet ? Envisagez-vous d'autres actions d'information et de prévention ?

01.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Ma réponse sera identique à celle que j'ai donnée ce matin à Mme De Meyer (voir *Compte rendu analytique* n° 1268, p. 20 et 21)). Je connais bien les risques liés à une épilation au laser effectuée dans de mauvaises conditions. C'est pourquoi j'avais demandé au CSH de définir les conditions dans lesquelles ces systèmes pouvaient être utilisés.

Je partage globalement les conclusions du Conseil, qui vont dans le sens d'une normation plus ciblée. Elles serviront de base à la rédaction d'un texte déterminant les conditions d'exercice de cet art.

01.03 Dominique Tilmans (MR) : Vous souhaitez donc légiférer.

01.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Nous pouvons également passer un accord-cadre avec la profession. Il s'agit simplement de garantir la sécurité et la santé publique.

01.05 Dominique Tilmans (MR) : Et l'information du public.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils par résonance magnétique" (n° 14836)

02.01 Dominique Tilmans (MR) : Lors de l'élaboration du budget de 2006, le gouvernement avait décidé de financer quarante appareils d'imagerie par résonance magnétique.

Grâce au budget supplémentaire de 14,8 millions d'euros sur base annuelle, le pays comptera quarante appareils de plus que précédemment. Ils seront attribués en fonction de règles basées sur le nombre d'admissions. Les premiers hôpitaux servis seront ceux qui auront réalisé un nombre de 25.000 admissions, ensuite ceux qui en auront réalisé annuellement 20.000. Ceux qui ont réalisé 35.000 admissions pourront obtenir un deuxième appareil et enfin, on prendra en compte les hôpitaux ayant réalisé un minimum de 15.000 admissions. Au sein de chaque tranche, les hôpitaux qui comptent le plus grand nombre d'admissions sont agréés en priorité. Toutefois, à partir de la deuxième tranche, les Communautés et Régions disposent d'un large pouvoir d'appréciation.

Les chiffres des différentes tranches peuvent être atteints par une association d'hôpitaux. Un accord de coopération formalisé ne suffit plus. Dans ce cadre, les sites dont l'activité est la plus importante parmi chacun de ces hôpitaux doivent se trouver à une distance maximale de cinq kilomètres les uns des autres. La Région wallonne peut octroyer une dérogation en ce qui concerne cette distance maximale dans le but d'une meilleure répartition géographique.

Enfin, la RMN peut, sous certaines conditions et dans le cadre d'une association agréée, être installée à bord d'un véhicule stationné à l'hôpital.

Une vingtaine d'hôpitaux ou associations hospitalières ont formulé une demande d'agrément de la nouvelle RMN, soit le double du nombre d'appareils pouvant être attribués en Région wallonne. Parmi ces demandes, il y a celles de l'IFAC à Marche et du Centre Hospitalier de l'Ardenne de Libramont, qui comptabilisent chacun 16.000 admissions et n'ont dès lors aucune chance de se voir attribuer un des dix appareils supplémentaires, à moins d'introduire une demande commune et à la condition que la ministre compétente de la Région wallonne fasse usage de l'exception à la distance des cinq kilomètres maximum qui est censée séparer les sites principaux des hôpitaux formant une telle association. Dans ce cas, un seul de ces deux hôpitaux pourra bénéficier d'appareillages, ce qui ne résout rien en termes de santé publique sauf si l'appareil est installé à bord d'un véhicule qui stationnerait alternativement dans l'un et dans l'autre hôpital.

Cette solution est loin d'être idéale et coûte très cher.

Quelles dispositions allez-vous prendre pour tenir compte de la situation spécifique de la province de Luxembourg ? A quand l'établissement de normes qui prennent en compte les zones rurales au même titre que les zones urbaines ?

02.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Les arrêtés royaux du 25 octobre 2006 suivent l'avis du Conseil national d'établissements hospitaliers. L'arrêté royal relatif aux normes d'agrément de la RMN contient des critères permettant de déterminer quel hôpital peut entrer en ligne de compte.

Les exceptions prévues doivent permettre une répartition équitable de ces équipements.

L'arrêté en question donne la compétence au ministre de l'entité fédérée, régionale ou communautaire, de tenir compte de la préoccupation d'une meilleure répartition géographique et/ou de l'existence d'un bassin de soins organisé. L'arrêté permet à plusieurs hôpitaux de répondre ensemble aux critères d'un système en cascade ; plusieurs hôpitaux se rassemblent alors dans une association dont le service d'imagerie médicale constitue l'objet et dont les sites se situent à moins de cinq kilomètres l'un de l'autre.

Le ministre régional ou communautaire peut accepter une dérogation pour distance maximale à condition que les hôpitaux introduisent une demande motivée.

Dans le cas des RMN mobiles, le service d'imagerie médicale de l'hôpital doit être agréé, et être exploité dans le cadre d'une association. Le véhicule peut se déplacer vers les sites de l'association à laquelle les hôpitaux appartiennent, ce qui permet de desservir une région géographique plus importante.

Les hôpitaux qui souhaiteraient obtenir une autorisation d'exploitation d'un RMN mobile doivent simplement démontrer le besoin d'une telle exploitation au ministre régional et/ou communautaire compétent.

En conclusion, l'arrêté d'agrément contient suffisamment de possibilités dans le but d'assurer la meilleure répartition géographique.

02.03 Dominique Tilmans (MR) : La RMN mobile est beaucoup plus coûteuse, ce qui pose problème aux petits hôpitaux. Cette solution me semble donc boiteuse.

Les personnes chargées d'établir les normes devraient davantage tenir compte à l'avenir de la problématique de la ruralité.

02.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : On ne fixe pas les normes et les seuils en fonction du débat rural ou urbain. Vous me savez sensible à la protection des zones rurales. Il s'agit d'un débat médical, bien plus que normatif.

Plus le seuil d'activité d'un hôpital est élevé, plus il atteint de bons résultats médicaux. Vous connaissez cette réalité en matière de clinique du sein. Je ne veux pas donner d'illusion aux régions rurales en ouvrant partout des services qui seraient malheureusement de mauvais services.

Les seuils n'étant pas fixés par le législateur mais souvent par l'*evidence based medicine*, la seule solution consiste à ouvrir la porte à une double dérogation : scanners mobiles - sachant que toute infrastructure dans un petit hôpital est relativement plus chère - et faculté, pour le ministre régional, de reconnaître des dérogations en termes de seuils, sur base de demandes motivées, mais également des distances géographiques.

Tout comme vous, je dois fonctionner avec des normes fixées au niveau fédéral qui doivent être appliquées par les entités fédérées.

L'incident est clos.

03 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque accru de cancer dû à l'utilisation de bancs solaires" (n° 14854)

03.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Il ressort d'une enquête récente que l'utilisation de bancs solaires modernes accroît le risque de cancer de la peau d'un facteur 2,7 par rapport aux bancs utilisés il y a une dizaine d'années. Les bancs solaires incriminés seraient ceux à turbo ou les canons solaires qui ont un effet

plus rapide et prolongé mais émettent par ailleurs trop de rayons UVB ?

Le ministre est-il informé du problème ? Ne conviendrait-il pas de restreindre l'utilisation de ces bancs solaires ? Les cures de banc solaire ne devraient-elles pas être déconseillées pour certains types de peau ? Une visite préalable chez un dermatologue n'est-elle pas recommandée ?

03.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je suis au fait des effets cancérigènes générés par les bancs solaires. En juin 2006, le SCCP (*Scientific Committee on Consumer Products*) a émis un avis indiquant que l'utilisation de bancs solaires pour des raisons esthétiques était susceptible de favoriser le développement de mélanomes malins. Il est pour moi absolument prioritaire d'informer les consommateurs des recommandations de ce rapport. La Commission européenne préparera d'ailleurs un document stratégique en collaboration avec l'Association européenne des dermatologues afin de sensibiliser le public. La Commission demandera en outre à l'organisme de normalisation d'introduire des seuils UV dans les normes des produits et de modifier la norme applicable. Enfin, la Commission élaborera des directives à l'intention de l'industrie et des consommateurs. Dès que les directives européennes auront vu le jour, nous pourrons également prendre des mesures en Belgique.

03.03 Mark Verhaegen (CD&V) : En vertu du principe de précaution, on opte donc heureusement pour une approche professionnelle au lieu de pratiquer l'alarmisme.

L'incident est clos.

04 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences médicales de l'échec de la politique en matière de contraceptifs et d'interruptions de grossesse" (n° 14855)

04.01 Mark Verhaegen (CD&V) : La loi du 3 avril 1990 dispose très clairement que lors d'une demande d'avortement, il convient de formuler et d'examiner les autres solutions possibles. Or, on ne sait pas précisément dans quelle mesure tous les centres d'interruption de grossesse respectent cette exigence. Certains centres voudraient même abandonner la période de réflexion de six jours. Entre-temps, le nombre d'avortements augmente en dépit de plus de trente ans de propagande pour la pilule et les préservatifs et la récente distribution gratuite de la pilule du lendemain.

Le nombre d'avortements a augmenté de 25 % par rapport à 1993, tandis que le nombre de femmes fertiles a baissé de 25 %. Il est surtout préoccupant de constater que le nombre d'avortements pratiqués sur des mineurs sexuels a augmenté de 30 % en quatre ans. Les données publiées par Sensoa révèlent un taux d'échec de la contraception de 15 % dans les cas d'utilisation d'un préservatif. Nous devrions peut-être nous poser de sérieuses questions quant à la tendance à encourager l'utilisation du préservatif auprès des jeunes comme étant la forme la plus appropriée de contraception.

Par ailleurs, il ne faut pas banaliser l'avortement. Cette intervention constitue un problème médical grave. La corrélation entre la pratique d'avortements et l'augmentation épidémiologique du nombre de cancers du sein est avérée depuis longtemps. Le risque augmente dans une large mesure lorsque l'avortement est pratiqué sur une personne jeune. Une étude réalisée en Finlande a par ailleurs montré que de nombreuses filles et femmes sont confrontées à des idées suicidaires ou commettent un suicide après avoir subi un avortement.

Depuis des années, on justifie les avortements en invoquant des raisons sociales. Les pouvoirs publics devraient dès lors peut-être également investir dans des mesures d'appui et d'incitation à la mise en place de structures familiales solides. La banalisation du divorce est également susceptible de jouer un rôle négatif à cet égard.

Dans une recommandation récente, la Commission d'évaluation relative à l'interruption de grossesse dit qu'il convient de prêter attention à la notion de « prise de conscience de sa fertilité ». Chaque adolescent doit prendre conscience de sa propre fertilité. Cette démarche de sensibilisation doit être surtout axée sur les garçons et viser à leur faire comprendre qu'ils font partie de la fertilité collective d'un couple et ne peuvent se soustraire à leur responsabilité.

Que pense le ministre de l'augmentation du nombre d'avortements ? Le chiffre officiel ne se situe-t-il pas, de

surcroît, en deçà de la réalité ? Certains médecins « n'oublient-ils pas » de faire certaines déclarations ? Ne pourraient-ils pas être sanctionnés pour ce motif ? Le ministre se rend-il compte que tout avortement comporte un risque pour la santé ? Une attention suffisante est-elle prêtée aux alternatives à l'avortement comme la loi le requiert ?

Le ministre se rend-il compte que l'utilisation du préservatif comporte un risque de grossesse non désirée et que l'utilisation de la pilule du lendemain présente, elle, un risque pour la santé ? Tiendra-t-il compte, dans le cadre de sa politique, de la recommandation de la Commission d'évaluation relative à la prise de conscience, par les adolescents, de leur fertilité ?

04.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Les interruptions de grossesse sont effectivement en augmentation, ce qui s'explique en partie par l'augmentation du nombre de déclarations. Au cours des premières années de l'application de la réglementation légale en la matière, certains médecins manifestaient une certaine réticence. C'est beaucoup moins le cas aujourd'hui, même si les responsables politiques continuent de fournir des efforts sur le plan de la disponibilité à la déclaration. Je n'ai pas connaissance d'un éventuel dysfonctionnement de la procédure de déclaration. L'avortement ne peut être déclaré par le biais de la facturation car il n'existe pas de numéro Inami pour l'avortement. Le médecin est donc obligé de le déclarer, car en l'absence de déclaration l'avortement est toujours punissable.

Aucun acte médical n'est exempt de risques. Mais les risques que comportent l'avortement (1,7 cas de décès sur cent mille interruptions de grossesse) sont inférieurs à ceux que présentent l'accouchement (dix décès sur cent mille naissances) et bien sûr très nettement inférieurs à ceux que comporte l'avortement clandestin (cent décès sur cent mille interruptions).

Au cours de ces dernières années, j'ai pris certaines mesures tendant à réduire la nécessité de recourir à une IVG, par exemple en faisant en sorte que les jeunes aient plus facilement accès à la pilule. Et actuellement, mes services examinent la possibilité d'améliorer l'accès à l'interruption de grossesse par médication étant donné que le recours à la pilule du lendemain reste plus sûr que l'avortement par aspiration.

Si le préservatif n'offre pas une sécurité totale, il n'en reste pas moins primordial d'en promouvoir l'usage parce qu'il protège les utilisateurs contre les maladies sexuellement transmissibles. Les spécialistes recommandent l'utilisation combinée de la pilule et du préservatif pour les groupes à risques, dont les jeunes. Seule la pilule du lendemain à base de progestérone est en vente libre car elle ne comporte aucun risque pour la santé.

Que je sache, l'information sur les autres solutions lors de l'entretien relatif à la demande d'avortement ne pose pas de problèmes. L'accompagnement est particulièrement soigné dans les centres d'interruption volontaire de grossesse.

La sensibilisation aux questions de la procréation fait partie de la prévention et cette compétence relève des communautés.

04.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Je voulais essentiellement mettre en garde contre les risques à plus long terme inhérents à l'interruption volontaire de grossesse et non pas contre les complications médicales éventuelles lors de l'opération.

Il faut aider les jeunes dont la conscience sexuelle s'éveille à se protéger. Ils doivent pouvoir dire « non » lorsqu'ils ne s'estiment pas prêts.

Lors d'une demande d'avortement, il faut informer le demandeur sur les autres solutions, conformément à la loi.

Des études indiquent que 80 % des interruptions de grossesse sont fondées sur des raisons sociales. Je veux donc mettre en garde contre le développement d'une 'culture de l'avortement'.

L'incident est clos.

05 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement de la Ligue SLA Belgique" (n° 14949)

05.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Dans le cas de l'affection rare que constitue la sclérose latérale amyotrophique (SLA), l'espérance de vie du patient est en moyenne de trois à six ans. La possibilité de retarder l'évolution du mal, voire de le guérir passe par la recherche scientifique de pointe. Les plus grands scientifiques belges sont empêchés de mener ces recherches par manque chronique de moyens. Rien n'a été prévu sur le plan financier pour la mise en œuvre de projets en matière de SLA. De même, rien ne bouge en ce qui concerne les soins généraux, comme la mise à disposition de chaises roulantes et de respirateurs ou l'aide à la Ligue SLA Belgique.

Le ministre voit-il la possibilité de financer un projet en matière de SLA ? Quelle décision sera prise concernant le remboursement du traitement de kinésithérapie pour les patients SLA ?

05.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'INAMI a déjà consacré de nombreuses réunions à la question des patients SLA. Tous les acteurs sont conscients de l'importance de ce dossier. L'INAMI prépare notamment ce qu'il est convenu d'appeler l'article 56. Cet article permettra de lancer un projet qui mettra rapidement à la disposition des patients le matériel adéquat, comme des respirateurs. Le projet fonctionnera sur la base de conventions entre l'INAMI et les organisations dont l'action est axée sur cette pathologie.

Le 9 mars 2007, le Conseil technique de la kinésithérapie a formulé une proposition prévoyant une deuxième séance de kinésithérapie journalière pour les patients en soins palliatifs à domicile qui souffrent d'une affection grave ou d'une pathologie E. Les patients SLA font partie de cette catégorie. Le 19 mars, l'INAMI a approuvé la proposition, ainsi qu'un projet d'arrêté royal qui dispose que le patient ne devra pas payer d'intervention personnelle pour le deuxième traitement palliatif. Les deux projets entreront en vigueur le 1^{er} septembre 2006 afin que soit garantie la continuité du droit au remboursement. Les projets suivent actuellement la procédure appropriée. Je ne suis pas encore en mesure d'avancer la date de la publication, mais la nouvelle réglementation doit être appliquée le plus rapidement possible.

05.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Je me réjouis du fait que l'on avance enfin concrètement dans le dossier SLA. Notre pays doit avoir l'opportunité de jouer, par le biais de ses scientifiques de haut niveau, un rôle de premier plan dans le domaine de la recherche concernant la SLA.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- **M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la grippe aviaire et l'importation d'oiseaux" (n° 14966)**

- **M. Mark Verhaegen à la vice-première ministre et ministre de la Justice sur "les conséquences de la présence du virus de la grippe aviaire à l'aéroport de Zaventem en 2004" (n° 14967)**

06.01 Mark Verhaegen (CD&V) : En 2004, l'AFSCA a découvert à Zaventem deux aigles huppés contaminés par la grippe aviaire. Les animaux ont été euthanasiés. Peu après, 200 perroquets jaco placés dans la même zone de quarantaine ont subi un sort analogue. Ces perroquets avaient été importés tout à fait légalement et n'étaient pas contaminés, comme des tests de laboratoire effectués ultérieurement l'ont révélé. Pour la société d'import-export qui avait importé ces animaux, cet incident a représenté un coup dur sur le plan financier, d'autant plus qu'elle s'est vu signifier une interdiction d'exploitation jusqu'à ce que l'analyse de laboratoire des carcasses soit terminée. À cela s'ajoute encore que depuis le 11 janvier de cette année, il est totalement interdit d'importer des oiseaux en provenance de pays tiers.

Le ministre est-il au courant du fait qu'autant d'oiseaux sont placés en quarantaine en vue du dépistage du virus H5N1 sans être euthanasiés ? Une période transitoire ou un régime d'indemnisation sont-ils prévus pour les entreprises touchées par l'interdiction d'importation des oiseaux en provenance de pays tiers ? Cette mesure revêt-elle un caractère permanent ou est-elle liée au virus de la grippe aviaire ? À quelles espèces d'oiseaux cette interdiction s'applique-t-elle et quels pays tiers concerne-t-elle ?

Une enquête pénale a-t-elle été lancée contre ceux qui ont illégalement importé les aigles huppés ? Quelles démarches l'entreprise flouée peut-elle entreprendre afin d'obtenir l'indemnisation du dommage subi ? Y a-t-il eu négligence de la part des autorités aéroportuaires ?

06.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'enquête sur la grippe aviaire fait partie intégrante de la procédure normale suivie pour les oiseaux importés. Conformément à l'interdiction générale d'importation décrétée par la Commission européenne, tous les envois importés ont été placés en quarantaine et analysés. Le dossier était particulier parce que la souche H5N1 avait été isolée. La ministre de la Justice a demandé au collège des procureurs généraux de lui fournir des informations sur l'enquête. Celles-ci vous seront transmises ultérieurement.

L'interdiction d'importation n'était pas assortie d'une période transitoire. On n'a pas davantage prévu un système d'indemnisation pour les préjudices économiques qui en découlent. La mesure d'interdiction n'est pas permanente et ne dépend pas non plus de l'introduction de la grippe aviaire mais de l'évolution du virus.

L'interdiction sera adaptée le 1^{er} juillet 2007, date à partir de laquelle l'importation ne sera plus admise qu'à de très strictes conditions.

Enfin, les services douaniers et les services de l'AFSCA entretiennent quotidiennement une collaboration fructueuse. L'action citée ici s'inscrivait dans le cadre de cette activité normale et le risque a été pris à bras-le-corps.

06.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Malheureusement, le secteur ne bénéficie pas d'une période transitoire ni de moyens pour se réorienter. Les perroquets ont été éliminés à tort et l'entreprise est flouée. Elle est la victime de l'importation illégale des aigles huppés.

L'incident est clos.

07 Question de M. Denis Ducarme au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les récentes déclarations de monseigneur Léonard à propos de l'inefficacité du préservatif contre les MST" (n° 14962)

07.01 Denis Ducarme (MR) : Monseigneur Léonard affirme que des études sérieuses montrent que le préservatif n'est fiable qu'à 90%. Il salue aussi la fidélité et la sobriété dans les relations sexuelles comme on le préconise en Afrique. Or quelle est la valeur de ce « modèle africain » de la politique de prévention de l'Église catholique quand on sait que dans certaines zones urbaines d'Afrique, une personne sur trois est touchée par le sida ?

Les rapports de l'OMS démontrent le succès du préservatif comme outil de prévention et la baisse du taux de contamination VIH dans les régions du monde où il avait fait l'objet de campagnes de sensibilisation importantes. Les propos de Monseigneur Léonard s'apparentent à un véritable sabotage de notre politique de santé publique. En outre, l'évêque de Namur n'est pas remis en question par la hiérarchie catholique.

Quand comptez-vous présenter une réponse claire et étayée sur des bases scientifiques qui démontre l'efficacité du préservatif dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ?

07.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Je trouve inacceptable qu'un choix de vie, appuyé sur des préjugés qu'ils soient religieux ou autres, corrompe la réalité scientifique. Nous sommes attachés à la séparation entre l'Église et l'État. Le rôle des serviteurs de l'Église est effectivement de distiller une information dont ils peuvent être pleinement responsables. L'OMS est en ce domaine la seule bible à laquelle nous pouvons nous référer. Le préservatif constitue l'unique mode de protection lors de rapports avec pénétration qui garantisse un haut degré de sécurité.

07.03 Denis Ducarme (MR) : J'apprécie vraiment votre réponse ainsi que la force et l'engagement que vous avez mis dans le choix des mots que vous avez utilisés. Les propos de Monseigneur Léonard ont un impact sur la population. Le ministère de la Santé devrait répondre avec davantage d'ampleur. Pouvez-vous nous tenir informés de vos projets en la matière, si vous souhaitez en avoir, afin de réparer une erreur qui a été

distillée ?

07.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Jusqu'il y a peu, j'ai mené une large campagne à l'endroit des publics cibles, notamment des jeunes, en envoyant directement une information aux familles. Cette campagne a fait son effet.

07.05 Denis Ducarme (MR) : Je diffuserai largement votre position dans ce dossier.

L'incident est clos.

08 Question de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds de lutte contre les assuétudes" (n° 14539)

08.01 Daniel Bacquelaine (MR) : L'arrêté royal du 26 décembre dernier vous attribue la décision finale en matière d'attribution du Fonds de lutte contre les assuétudes créé par la loi-programme du 20 juillet 2006.

Quel est le montant attribué à ce fonds ? Le projet pilote de délivrance, à Liège, d'héroïne sous contrôle médical est-il bien financé à 80 %, soit 3,334 millions d'euros, par ce fonds ? Quelle est la ventilation des budgets pour les projets qui vous ont été soumis ? Combien y a-t-il de projets déjà financés ? Combien y en a-t-il en attente ?

08.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Depuis le 1^{er} janvier 2006, le Fonds est alimenté par l'INAMI à raison de cinq millions d'euros par an, dont deux sont consacrés au tabac.

Le projet de Liège est financé par le SPF Santé publique à hauteur de 87 %, soit 2,932 millions d'euros sur trois ans.

Sur les 150 demandes reçues pour un montant de 12 millions d'euros, le comité d'accompagnement de Fonds a retenu 34 projets pour un montant de 4.482.391 euros. Une attention particulière a été portée aux jeunes usagers et à leurs proches, à la suite des recommandations faites par le comité.

La liste des projets soutenus et les conclusions et recommandations du comité d'accompagnement seront transmises à la cellule politique de coordination (entre le fédéral, les Communautés et les Régions) de l'action santé en matière de drogues, comme convenu avec les Communautés le 5 mars.

08.03 Daniel Bacquelaine (MR) : J'insiste pour que la sélection fasse la part belle à la prise en charge précoce des jeunes et la finance de la façon la plus efficace.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de jeunes médecins et la fixation des quotas INAMI" (n° 14598)

09.01 Muriel Gerkens (ECOLO) : Les médecins généralistes et spécialistes se trouvent face à des pénuries de jeunes médecins. Certaines formations ne peuvent plus être garanties. Les hôpitaux recourent à des étudiants étrangers pour parfaire leur formation et compléter les équipes belges, mais sans leur apporter une formation suffisante. Chaque année, la commission de planification et vous-même êtes amenés à modifier les quotas qui étaient prévus sur la base de pénurie constatée.

Parallèlement à ces pénuries, nombre d'étudiants seront écartés des études de médecine, alors que l'on risque d'en avoir besoin.

Il convient d'organiser différemment l'évaluation du nombre de médecins spécialistes, incluant aussi des généralistes. Il serait bon d'envisager un moratoire afin de trouver un système adéquat au cours de ces prochaines années.

Envisagez-vous de prendre des dispositions en matière de quotas dans les différentes spécialisations ?
Disposez-vous de chiffres sur la situation en Flandre nous permettant d'établir une comparaison avec la situation en communauté française ?

Enfin, vu la proximité des élections, je présume qu'il n'est pas question de parler de moratoire.

09.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Je confirme !

L'arrêté royal du 30 mai 2002 prévoit une période de lissage qui pourra commencer dans les différentes formations proposées aux médecins diplômés cette année. Le système de lissage s'étale jusqu'à 2012. La pléthore de médecins qui seront diplômés pour les années 2004 à 2012 peut être répartie sur cette période en tenant compte du total pour les années concernées. Nous pourrions ainsi trouver une solution adaptée au problème.

Je doute toutefois que nous puissions modifier le système - indépendamment des outils qui existent aujourd'hui - avant la fin de cette législature.

09.03 Muriel Gerkens (ECOLO) : Certes, nous devons nous atteler au problème après les élections. Néanmoins, comptez-vous prendre des dispositions, avant la fin de l'année scolaire, pour permettre à un plus grand nombre d'étudiants de se spécialiser dans cette voie ?

09.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : En tout début de législature, nous avons pris des dispositions pour permettre le lissage et ainsi éviter une situation catastrophique. Le nombre de spécialités immunisées a également été élargi et une mesure a été prise afin que les étudiants en médecine ou les médecins qui vont se spécialiser à l'étranger ne soient pas comptabilisés. Enfin, nous nous sommes rendu compte qu'il existe aujourd'hui des besoins justifiant un élargissement des chiffres et de la planification.

Toutes ces mesures nous ont permis de répondre à l'ensemble des étudiants qui sont actuellement aux études.

Il appartiendra au prochain gouvernement de se prononcer au sujet de votre dernière question. Toutefois, il semble qu'un problème commence également à se poser en Flandre au niveau du nombre de médecins généralistes. Le constat est donc identique au nord comme au sud du pays.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les commissions médicales provinciales et le service de garde" (n° 14611)

10.01 Hilde Dierickx (VLD) : En réponse à des questions précédentes, le ministre avait précisé qu'un dentiste est obligé de participer au service de garde. Les services de garde sont organisés par les commissions médicales provinciales et il y aurait de fortes disparités. Ne pourrait-on veiller à une plus grande uniformité ? Le ministre a-t-il déjà reçu le rapport promis et les choses changeront-elles dès lors ?

Quel sont les résultats de l'étude qui avait été annoncée sur l'organisation des services de garde médicaux ?
Instaurera-t-on un numéro central pour tous les services de garde ?

10.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Les préparatifs visant à instaurer un numéro central pour tous les services de garde ne sont pas encore terminés. Ce dossier complexe revêt une grande importance et il faut prendre garde à ce qu'aucune décision ne provoque la désorganisation des services actuels. Le problème ne se situe pas au niveau des dentistes, mais ce secteur est effectivement soumis aux décisions en matière de gardes médicales.

Mon cabinet examine le problème des approches différentes adoptées par les commissions provinciales.

Que différentes approches coexistent n'est pas illogique, car les commissions tiennent compte des besoins et de la disponibilité au niveau local. Cependant, une approche différente ne peut conduire à des situations injustes.

10.03 Hilde Dierickx (VLD): Ce dossier est en souffrance depuis des années déjà. Je comprends qu'il existe une différence entre un service de garde pour les médecins et un service de garde pour les dentistes. J'espère toutefois que ce service de garde sera à présent rapidement mis en place.

L'incident est clos.

11 Interpellation de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le stagiaire-dentiste" (n° 1062)

11.01 Hilde Dierickx (VLD) : Dans trois mois, des dizaines d'étudiants auront terminé leurs études de médecine dentaire. Ils n'obtiendront pas encore de titre professionnel particulier, car ils devront d'abord effectuer un stage d'une, de trois ou de quatre années. La Commission d'agrément décidera ensuite de leur délivrer ou non le titre professionnel.

Les étudiants sont déjà au courant de cette situation depuis 2002, mais il est curieux que l'année de stage soit introduite aujourd'hui. En effet, dans deux ans, des étudiants qui auront suivi le cursus réformé achèveront leurs études de dentisterie. Pourquoi n'attend-on pas jusque là ? Les étudiants qui doublent ou triplent leur année doivent-ils également suivre une année de stage complémentaire ?

Dans la plupart des pays européens, cette année de stage supplémentaire n'existe pas encore. Aux Pays-Bas, nos étudiants diplômés en dentisterie peuvent commencer à pratiquer immédiatement. S'ils reviennent en Belgique au terme de quelques années, doivent-ils également accomplir une année de stage ?

La plupart des problèmes se posent en ce qui concerne les maîtres de stage, dont il n'existe toujours aucune liste officielle. Tous les étudiants pourront-ils obtenir une place de stage ? Qu'advient-il s'il en manque ? Quand l'année du stage débute-t-elle ? Dans l'intervalle, qu'attend-on des étudiants ? Qu'en est-il des étudiants tenus de présenter une deuxième session ? Le maître de stage assume-t-il lui-même la responsabilité ? Fait-il l'objet de contrôles ? Les universités disposent-elles d'un droit de regard suffisant ? Quel est le programme des cours théoriques ? S'agit-il de cours de recyclage ?

La définition du statut social du stagiaire ne paraît pas encore clairement arrêtée. On ne sait pas précisément si le salaire de 15.000 euros par an est une rémunération nette ou brute.

Le dentiste stagiaire se verrait attribuer un statut d'indépendant. Il est lié au maître de stage par une sorte de convention, mais il doit également se soumettre à des heures de service et à certains tarifs. Le stagiaire est-il dès lors réellement un indépendant ?

En vertu de l'article 5, 4°, de l'arrêté ministériel du 29 mars 2002, le maître de stage doit veiller à assurer au candidat une rémunération équitable correspondant au moins au traitement brut d'un conseiller adjoint dans la fonction publique fédérale. Cette liaison est-elle maintenue ?

Le stagiaire-dentiste peut-il obtenir une rémunération complémentaire du maître de stage ? Ne dépend-il pas du bon vouloir de ce dernier ?

Le stagiaire-dentiste obtiendrait un numéro d'identification INAMI provisoire. Lui applique-t-on dès lors une autre nomenclature et des honoraires différents ?

11.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'année de stage de dentiste généraliste a été instaurée par arrêté ministériel du 29 mars 2002. Cet arrêté prévoyait des mesures transitoires, de sorte que l'année de stage n'a été organisée pour la première fois que cette année. Il prévoit également que les bisseurs et les trisseurs qui ont commencé leur formation au cours de l'année académique 2001-2002 ou antérieurement ne doivent pas suivre l'année de stage.

Les dentistes qui terminent leurs études en Belgique, mais ne suivent pas l'année de stage, peuvent exercer leur pratique dans un pays étranger mais s'ils reviennent en Belgique, ils devront soit suivre l'année de stage, soit pratiquer en dehors du cadre de l'INAMI.

Actuellement, le nombre de maîtres de stage est encore insuffisant mais environ 35 demandes ont déjà été introduites et ce nombre augmente chaque jour.

Les maîtres de stage sont agréés par le ministre sur avis de la Commission d'agrément des dentistes généralistes et du Conseil de l'Art dentaire. Ces organes fixent des conditions sévères concernant les maîtres de stage, de sorte que la qualité est garantie. Les universités organisent l'année de stage en concertation avec les organisations professionnelles représentatives et participent dès lors largement au déroulement des stages. L'agrément final est néanmoins délivré par la commission d'agrément. L'année de stage est couronnée non par un diplôme mais par la délivrance de l'agrément précité.

Le stage est à temps plein, dure un an et comporte une partie théorique d'au moins 250 heures et une partie clinique d'au moins 1250 heures. Concrètement, la partie théorique représente un jour par mois et inclut des séminaires relatifs à l'approche intégrée des patients. La formation théorique comprend également une formation à l'exercice autonome de cette profession et des séminaires interactifs sur diverses matières.

Les stagiaires auront le statut social d'indépendant. La loi prévoit une rémunération équitable pour le stagiaire. Cette rémunération est déterminée par le maître de stage mais s'élève à minimum 15.000 euros. Le Conseil d'État vient de rendre son avis sur le projet qui règle cette matière. Celui-ci sera publié prochainement.

Sous certaines conditions, le maître de stage a droit à une indemnité de l'INAMI pour la supervision de stagiaires. Le montant annuel de cette indemnité est plafonné à 10.080,79 euros, indexés, par stagiaire. Le maître de stage perçoit en outre les honoraires payés par ses patients et le montant du remboursement de l'INAMI.

Les stagiaires reçoivent un numéro d'identification INAMI provisoire parce qu'ils doivent toujours travailler sous la supervision du maître de stage et qu'il n'est pas prévu de nomenclature distincte assortie d'honoraires différents.

11.03 Hilde Dierickx (VLD) : Le fait que le nombre de maîtres de stage soit en augmentation est un point positif mais je crains que cela ne suffise pas. Le ministre pourrait-il veiller à ce que les étudiants soient informés à temps des postes de stagiaire disponibles ?

Je formule des réserves quant au fait que quelqu'un qui a travaillé comme dentiste à l'étranger doive travailler en dehors de l'Inami à son retour en Belgique, privant ainsi ses patients de leur droit au remboursement de leurs frais de dentisterie.

Il faut fixer clairement le montant maximum que peut gagner le stagiaire au-delà du salaire minimum, de préférence dans un arrêté ministériel car, sinon, tout continuera de dépendre du bon vouloir du maître de stage.

11.04 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : C'est justement dans la situation actuelle que tout dépend du bon vouloir du maître de stage. Le minimum de 15.000 euros que nous avons fixé sera garant d'une sécurité accrue pour le stagiaire. Et ce n'est qu'une première étape, d'autres suivront. Nous nous efforcerons notamment d'instaurer plus de transparence pour le stagiaire sur le plan des divers avantages et gratifications qui sont prévus actuellement.

L'incident est clos.

12 Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la stérilisation de chats" (n° 14623)

12.01 Hilde Dierickx (VLD) : Je voudrais transformer cette question en question écrite.

13 Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie d'accoucheuses" (n° 14761)

13.01 Hilde Dierickx (VLD) : Il est de plus en plus souvent question de la grave pénurie de soignants. Or, il y aurait à présent également pénurie d'accoucheuses. Le nombre d'étudiantes ayant choisi cette orientation n'a pourtant jamais été aussi élevé. Quelles mesures le ministre a-t-il l'intention de prendre dans ce cadre ?

13.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La profession d'accoucheuse restera, tout comme celle d'infirmière, une profession critique dans certains hôpitaux tant que l'offre ne coïncidera pas durablement avec la demande. La situation est moins grave en ce qui concerne les accoucheuses que pour les infirmières. À l'AZ de Wetteren, il s'agit d'un cas très particulier, lié à la fermeture de la maternité.

Nous nous activons à instaurer un registre des sages-femmes. Les données disponibles jusqu'ici étaient insuffisantes. D'importants moyens ont été affectés à la réalisation de cette tâche en raison de son caractère prioritaire.

Une série d'indices positifs laissent présager une augmentation du nombre d'accoucheuses pour les années à venir. Le nombre d'étudiants est en hausse. Un accord social qui doit répondre pour les cinq prochaines années à toutes les revendications légitimes en matière de charge de travail, d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, de rémunération et de fin de carrière, a été conclu en 2005. Enfin, l'arrêté royal n°78 sur l'exercice des professions des soins de santé a fourni une définition précise du métier d'accoucheuse. Cette revalorisation constitue la meilleure garantie du pouvoir d'attraction de la profession pour l'avenir.

L'incident est clos.

14 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les volontaires des services d'urgence" (n° 14766)

14.01 Yolande Avontroodt (VLD) : Le dossier relatif au statut des volontaires en matière d'aide médicale urgente est à l'examen depuis plusieurs années déjà. Le ministre a annoncé un régime définitif à plusieurs reprises mais aucune solution n'a encore été trouvée à ce jour. Cette situation est pour le moins décevante.

La loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires pourrait constituer un élément de solution. Le plafond qu'elle fixe pour l'indemnisation des frais est toutefois insuffisant pour les volontaires actifs dans le cadre de l'aide médicale urgente. L'article 12 prévoit cependant la possibilité de déroger à ce plafond pour certaines catégories de volontaires, ce qui permettrait à mon sens de sortir de l'impasse.

Le ministre est-il aujourd'hui en mesure d'annoncer une réglementation définitive ?

14.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Je préfère vous communiquer le texte officiel, qui m'a été remis en français.

Lors du dépôt des textes relatifs à la réforme de la protection civile, le Conseil des ministres a décidé de dissocier la problématique du statut des pompiers volontaires de celui des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente, pour que ceux-ci puissent sans attendre bénéficier d'un statut plus protecteur.

Dans le projet d'arrêté royal que je soumettrai au prochain Conseil des ministres, le montant des indemnités pour les ambulanciers travaillant dans l'aide médicale urgente et détenteurs du badge d'ambulancier secouriste sera aligné sur celui des pompiers volontaires, car ils exécutent les mêmes missions. Une assurance pour couvrir les accidents liés à cette activité ainsi que sur le chemin du travail sera obligatoire.

14.03 Yolande Avontroodt (VLD) : Le statut sera donc aligné sur celui des pompiers volontaires. Espérons

que cette réglementation soit adéquate.

L'État contribuera-t-il au financement de l'assurance obligatoire ?

14.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je n'ai pas de réponse immédiate à cette question. Je n'étais pas présent lors des négociations. Je suppose, à la lumière du statut des autres volontaires, que rien n'est prévu.

14.05 Yolande Avontroodt (VLD) : Contracter une telle assurance obligatoire est onéreux. J'espère que l'on n'en arrivera pas à la situation où l'indemnité allouée aux volontaires servira à payer la prime d'assurance. Je suppose que le ministre n'ignore pas que plusieurs organisations du secteur de l'aide médicale urgente ont adopté une position commune dans ce dossier.

L'incident est clos.

15 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de la tuberculose" (n° 14866)

15.01 Yolande Avontroodt (VLD) : Toutes les personnes qui, dans le cadre de leur travail, entrent directement ou indirectement en contact avec des denrées alimentaires doivent se soumettre annuellement à un dépistage de la tuberculose contagieuse qui, d'après les études scientifiques, ne se justifierait plus. Le ministre a indiqué en réponse à une question précédente qu'il chargerait rapidement son administration d'étudier la question. Dispose-t-il déjà d'une proposition ?

15.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : J'ai l'intention de simplifier et d'actualiser l'arrêté royal du 17 mars 1971. Un groupe de travail constitué de représentants de l'Agence pour la sécurité alimentaire et du Conseil supérieur d'hygiène s'est penché sur la question. L'avis a déjà été approuvé par l'AFSCA. Le Conseil supérieur d'hygiène devrait donner son approbation lors de sa prochaine réunion, en mai 2007.

15.03 Yolande Avontroodt (VLD) : Comment procéderait-on alors au dépistage de la tuberculose ?

15.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Par le biais d'une attestation délivrée par le généraliste. Le dépistage obligatoire serait supprimé. Des négociations sont en cours et les points de vue s'accorderaient. Une réunion est prévue avec la Croix-Rouge la semaine prochaine.

L'incident est clos.

16 Question de M. Francis Van den Eynde au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes communautaires au sein de la Croix-Rouge" (n° 14532)

16.01 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang) : La Croix-Rouge est une institution belge depuis 150 ans. Elle est présidée par un membre de la famille royale. Elle affiche depuis toujours une stricte neutralité communautaire mais il y a un mois, un revirement soudain s'est produit sur ce plan. La controverse porte sur la gestion financière de ses différentes ailes. L'an dernier, son aile francophone aurait enregistré 6 millions d'euros de pertes tandis que son aile flamande aurait réalisé 16 millions d'euros de bénéfices. La Croix-Rouge flamande, qui écope pour la gestion calamiteuse de l'aile francophone, impute les déficits essentiellement à la politique du personnel et au train de vie somptuaire de la Croix-Rouge wallonne.

La princesse Astrid, présidente de la Croix-Rouge, a fait nommer une dame dont la mission devait consister à faire toute la clarté dans cet imbroglio. Mais elle ne se serait pas acquittée convenablement de sa tâche dans la mesure où elle aurait pris parti pour les francophones. La Croix-Rouge flamande appelle de ses vœux une espèce de système confédéral alors que l'aile wallonne et le Palais tiennent absolument à ce que la Croix-Rouge reste belge. L'aile flamande a limogé l'assistante de la princesse Astrid et au procès, deux avocats de la Croix-Rouge ont prononcé des plaidoiries à l'opposé l'une de l'autre.

La Croix-Rouge est un pion important sur l'échiquier de la politique de santé publique. Entre-temps, le président de la Croix-Rouge flamande a démissionné parce qu'il aurait été jugé trop royaliste. Le

gouvernement ne peut continuer d'assister à cette controverse sans rien faire. Quelle position adopte-t-il dans toute cette affaire ?

16.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Le gouvernement regrette que la Croix-Rouge ait fait l'objet de commentaires négatifs et aussi que la princesse Astrid y ait été associée. Le gouvernement invite les intéressés à faire preuve de bon sens et à ne pas attiser le conflit. J'ai déjà eu des contacts avec les différentes sections et je poursuivrai dans ce sens.

Selon le premier ministre, une solution satisfaisante pour toutes les parties doit pouvoir être trouvée. L'organisation en a d'ailleurs l'obligation vis-à-vis de ses nombreux volontaires et des citoyens. Le gouvernement vient d'injecter des fonds supplémentaires dans l'organisation. Le premier ministre souligne aussi que la Croix-Rouge bénéficie du soutien du Palais, qui a toujours respecté l'autonomie des différentes sections.

J'espère que les différentes parties en présence trouveront une solution au cours des prochaines semaines.

16.03 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang) : Le premier ministre s'est saisi de ce dossier qui est donc pris au sérieux, bien qu'on ne semble guère avoir enregistré de progrès. Le conflit est dès lors plus grave qu'il n'y paraît. La Croix-Rouge flamande ne compte vraiment pas de flamingants militants dans ses rangs. Si ses membres sont mécontents, c'est assurément que la situation est grave.

Le ministre annonce qu'il officiera comme médiateur entre les différentes parties. Je l'invite à suggérer à la princesse Astrid un peu plus de modération. J'ai connaissance d'un cas où elle a purement et simplement ignoré la compétence de la Croix-Rouge flamande. Un volontaire gantois détenteur d'un brevet flamand souhaitait obtenir aussi un brevet du côté francophone. Ne l'obtenant pas de la Croix-Rouge flamande, il a adressé un courrier à la princesse qui le lui a décerné. Elle n'a pas fait preuve en l'espèce de beaucoup de diplomatie.

L'incident est clos.

17 Question de M. Francis Van den Eynde au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la viande de mouton" (n° 14781)

17.01 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang) : Selon l'organisation de défense des animaux, Gaia, l'abattage des moutons se pratique toujours selon la méthode *hala* dans notre pays. Si je puis comprendre les rituels religieux, j'estime qu'ils doivent rester l'exception et non devenir la règle. Des problèmes risquent sinon de se poser en termes de bien-être animal. Lors d'un abattage rituel, en effet, les animaux ne sont pas anesthésiés, alors qu'ils le sont systématiquement lors d'un abattage ordinaire.

Les informations émanant de Gaia sont-elles exactes ? Dans l'affirmative, il convient d'en informer le consommateur.

17.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La viande de mouton vendue en Belgique ne provient pas que d'animaux abattus en Belgique. Une large part provient de l'étranger, de Grande-Bretagne ou d'Australie. Cette viande est soumise à une inspection vétérinaire à la frontière avant d'être commercialisée. Il n'est cependant pas possible de vérifier la technique d'abattage.

En Belgique, on distingue, d'une part, les abattages pour la consommation propre, tels qu'ils sont pratiqués lors de la Fête islamique du sacrifice. La viande ainsi produite ne peut être commercialisée. D'autre part, il y a les abattages à des fins commerciales. Selon les données de Beltrace, 112.206 moutons ont été abattus de manière conventionnelle et 51.656 de manière rituelle en 2006. Il n'est pas certain que la totalité de la viande produite soit vendue en Belgique. Une partie est également exportée. En Belgique, 83 % de la viande de mouton est d'ailleurs importée.

17.03 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang) : Un tiers des animaux abattus en Belgique le sont donc rituellement. Les consommateurs ne devraient-ils pas être informés de cette situation ? Il est en effet possible

que certains d'entre eux éprouvent une objection à consommer de la viande halal.

17.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Toutes les spécifications des produits doivent également être acceptées par les instances européennes.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tarifs des emplacements de parkings des hôpitaux" (n° 14895)

18.01 Colette Burgeon (PS) : Sauf exception, les hôpitaux appliquent des tarifs élevés dans leurs parkings visiteurs.

Le Conseil national des établissements hospitaliers réfléchit à la possibilité d'accorder une enveloppe budgétaire plus élevée aux cliniques qui accepteraient de rendre leur parking gratuit. Le budget parking relèverait du poste "reconstruction" ou "rénovation des hôpitaux". Libre à ces derniers d'accepter ou de refuser la revalorisation.

Confirmez-vous ces informations ? Où en est la réflexion au sein du Conseil national des établissements hospitaliers ? Quand ce financement spécifique pourrait-il voir le jour ?

18.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : La demande concernant un avis sur les parkings cadrerait en réalité avec la problématique du calendrier de construction des éléments subsidiables et de révision des arrêtés de 1978 concernant les plafonds à la construction.

Le CNEH a proposé de reprendre les éléments subsidiables pouvant être pris en charge partiellement dans le budget des moyens financiers : la construction de parkings, y compris les surfaces couvertes à concurrence de deux places par lit. J'ai donc suivi cet avis et les arrêtés sont en cours.

L'incident est clos.

19 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le MON 863, le maïs génétiquement modifié" (n° 14896)

19.01 Colette Burgeon (PS) : Une étude du Comité de recherche et d'information indépendantes sur le génie génétique (Criigen), partiellement financée par *Greenpeace* et qui vient d'être publiée par la revue *Archives of Environmental Contamination and Toxicology*, met en cause le maïs génétiquement modifié de la société américaine Monsanto, le MON 863, qui pourrait être toxique pour le foie et les reins. Le MON 863, qui a reçu en avril 2004 un avis positif de l'Agence européenne de sécurité alimentaire, est autorisé en Europe pour l'alimentation animale et humaine.

Les organismes génétiquement modifiés (OGM) ne sont pas sans intérêt, en médecine notamment, mais il est clair que les recherches de Monsanto laissent à désirer. Quelles sont vos réactions par rapport à cette étude inquiétante ? Pourquoi les analyses de Monsanto restent-elles confidentielles ? Quelles études sont menées actuellement en Europe par les autorités publiques ? Envisagez-vous des dispositions spécifiques ?

19.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Vous mentionnez l'étude du CRII-GEN sur le MON 863 que je connais et qui semble, elle aussi, sujette à controverse. L'Autorité européenne pour la sécurité alimentaire (ASEA) a annoncé qu'elle allait évaluer cette nouvelle publication et essayer d'éclaircir ses implications sur l'évaluation du risque du MON 863. Quant à la confidentialité de l'étude réalisée par Monsanto, il est important de rappeler que tout État membre et l'ASEA ont accès au dossier complet. Néanmoins, l'accès du public aux documents est un sujet délicat et complexe.

J'attendrai les conclusions de l'ASEA pour interpréter l'étude du CRIL-GEN de façon plus large. Enfin, j'attire votre attention sur le fait que j'avais déjà décidé pour tout nouveau dossier OGM de demander un avis du Conseil consultatif de bio-sécurité belge en plus de l'avis donné par l'Autorité européenne.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 01.

De vergadering wordt geopend om 14.32 uur en voorgezeten door mevrouw Colette Burgon.

01 Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van de laser voor medische en esthetische doeleinden" (nr. 14534)

01.01 Dominique Tilmans (MR): Op dit moment bestaat er geen enkele wetgeving die het personen zonder geneeskundige opleiding verbiedt om lasertechnieken te gebruiken voor esthetische doeleinden, bijvoorbeeld voor ontharingen. Toch zijn de risico's niet gering als die technieken niet goed gebruikt worden: blijvende letsels, brandwonden, enz. We vinden dan ook dat er snel een wet moet worden goedgekeurd. Er is behoefte aan een opleiding en een controle om het aantal ongelukken en de huidige wanpraktijken in te perken.

Op verzoek van uw kabinet heeft de Hoge Gezondheidsraad (HGR) op 18 oktober 2006 een advies opgesteld over de gevolgen van lasertechnieken bij epilaties voor de volksgezondheid. De Raad stelt daarin dat er nood is aan een controle en aan een kader met algemene voorwaarden voor het gebruik van dergelijke technieken. Bovendien is de Raad van mening dat laserontharingen mogen worden uitgevoerd door een bevoegde arts, of door derden die een bijzondere opleiding genoten hebben, maar onder de supervisie en de verantwoordelijkheid van een bevoegde arts en, ten slotte, door bepaalde beroepen uit de paramedische sector of door schoonheidsspecialisten.

Voorts moet er ook aandacht uitgaan naar de oprichting van centra die gemeenschappelijke normen respecteren, waar de patiënt op voorhand wordt onderzocht en waar hij of zij wordt ingelicht over de mogelijke risico's en de alternatieve behandelingen.

Onze fractie treedt het standpunt bij van de HGR en is van mening dat er een wettelijk kader moet gecreëerd worden voor de organisatie van een officieel erkende beroepsopleiding voor het gebruik van lasertechnieken.

Hoe reageert u op dit advies? Zal u een wetgevend initiatief nemen? Welke aspecten en bepalingen zal u erin opnemen? Overweegt u andere acties op het stuk van informatie en preventie?

01.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Op deze vraag zal ik hetzelfde antwoorden als wat ik vanmorgen tegen mevrouw De Meyer heb gezegd (zie *Beknopt Verslag* nr. 1268, blz. 20 en 21). Ik besef maar al te goed welke risico's een slecht uitgevoerde laserontharing inhoudt. Daarom heb ik de HGR verzocht de voorwaarden vast te leggen waaronder die technieken mogen worden gebruikt.

Ik kan de conclusies van de Raad, waarin op een meer gerichte normering wordt aangedrongen, grotendeels onderschrijven. Ze zullen als grondslag dienen voor een tekst waarin de voorwaarden voor de uitoefening van die activiteiten worden vastgelegd.

01.03 Dominique Tilmans (MR): U wil dus een wetgevend initiatief nemen.

01.04 Minister Rudy Demotte (Frans): We kunnen ook een raamovereenkomst met de beroepssector afsluiten, zolang de veiligheid en de volksgezondheid maar worden gevrijwaard.

01.05 Dominique Tilmans (MR): En de voorlichting van de gebruikers.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de planning inzake de plaatsing van magnetische resonantietoestellen" (nr. 14836)

02.01 Dominique Tilmans (MR): Bij de opmaak van de begroting 2006 heeft de regering beslist veertig magnetische resonantietoestellen voor medische beeldvorming te financieren.

Dank zij het bijkomend budget van 14,8 miljoen euro op jaarbasis, zal ons land nu veertig toestellen meer tellen dan voorheen. Zij zullen worden toegekend op grond van regels die uitgaan van het aantal ziekenhuisopnames. De eerste ziekenhuizen die met een dergelijk toestel zullen worden uitgerust, zijn die met 25.000 opnames, en vervolgens komen de ziekenhuizen in aanmerking met jaarlijks 20.000 opnames. De ziekenhuizen met 35.000 opnames kunnen een tweede toestel krijgen en ten slotte zullen de ziekenhuizen met ten minste 15.000 opnames aan de beurt komen. Binnen elke schijf zullen de ziekenhuizen met het meeste aantal opnames bij voorrang worden erkend. Vanaf de tweede schijf beschikken de Gemeenschappen en Gewesten echter over een ruime beoordelingsbevoegdheid.

De cijfers van de verschillende schijven mogen ook door een associatie van ziekenhuizen worden gehaald. Een geformaliseerd samenwerkingsakkoord volstaat niet langer. In dat kader moeten de sites met de meeste activiteit binnen elk van de ziekenhuizen ten hoogste vijf kilometer van elkaar verwijderd liggen. Het Waals Gewest kan een afwijking toestaan met betrekking tot die maximumafstand met het oog op een betere geografische spreiding.

Tot slot kunnen onder bepaalde voorwaarden en in het kader van een erkende associatie NMR-toestellen in een voertuig dat in het ziekenhuis gestationeerd is, aangebracht worden.

Een twintigtal ziekenhuizen of ziekenhuisassociaties hebben een erkenningsaanvraag voor het nieuwe NMR-toestel opgesteld, dus het dubbele van het aantal toestellen dat in het Waals Gewest kunnen wordt toegekend. Daartoe behoren onder andere het IFAC in Marche en het "Centre Hospitalier de l'Ardenne" van Libramont die elk 18.000 opnames tellen en zodoende geen enkele kans op een van de tien bijkomende toestellen maken, tenzij ze samen een aanvraag indienen en de bevoegde minister van het Waalse Gewest een afwijking toestaat op de voorwaarde dat de hoofdgebouwen van de ziekenhuizen die een dergelijke associatie vormen, maximum vijf kilometer van elkaar verwijderd mogen zijn. In dat geval kan slechts een van die twee ziekenhuizen met een dergelijk toestel worden uitgerust, wat de volksgezondheid niet ten goede komt, tenzij het toestel in een voertuig zou gemonteerd worden dat afwisselend in een van de twee ziekenhuizen wordt gestationeerd.

Die oplossing is verre van ideaal en kost erg veel.

Welke maatregelen zal u nemen opdat met de specifieke situatie van de provincie Luxemburg rekening zou worden gehouden? Wanneer zullen er normen worden vastgelegd teneinde de landelijke en stedelijke gebieden op gelijke voet te behandelen?

02.02 Minister Rudy Demotte (Frans): De koninklijke besluiten van 25 oktober 2006 volgen het advies van de Nationale Ziekenhuisraad. Het koninklijk besluit inzake de erkenningsnormen voor NMR bevat criteria op grond waarvan kan worden bepaald welke ziekenhuizen in aanmerking komen.

Er zijn een aantal uitzonderingen toegelaten opdat die toestellen billijk zouden kunnen worden verdeeld.

Krachtens dat besluit moet de minister van het deelgebied – hetzij het Gewest, hetzij de Gemeenschap – de zorg voor een betere geografische verdeling en/of het bestaan van een georganiseerde zorgregio op zich nemen. Dankzij het besluit kunnen verscheidene ziekenhuizen samen aan de criteria van een cascadesysteem voldoen; ze kunnen immers een samenwerkingsverband voor de medische beeldvorming aangaan waarbij de diverse diensten zich op minder dan vijf kilometer van elkaar bevinden.

De gewest- of gemeenschapsminister kan een afwijking van die maximumafstand toestaan indien de ziekenhuizen een gemotiveerde aanvraag indienen.

Bij het gebruik van mobiele NMR-toestellen moet de dienst voor medische beeldvorming van het ziekenhuis erkend zijn en moet deze dienst uitgebaat worden in het kader van een erkende associatie. Het voertuig waarin de magnetische resonantie tomograaf is opgesteld, mag verplaatst worden naar de

vestigingsplaatsen van de andere aan de associatie deelnemende ziekenhuizen, waardoor een groter gebied kan worden bestreken.

Ziekenhuizen die de toestemming willen krijgen om een mobiel NMR-toestel te exploiteren, hoeven alleen maar bij de bevoegde gewest- en/of gemeenschapsminister aan te tonen dat er een reële behoefte bestaat op dat punt.

Tot besluit kan ik zeggen dat het erkenningsbesluit voldoende mogelijkheden biedt voor een optimale geografische spreiding.

02.03 Dominique Tilmans (MR): Mobiele NMR-beeldvorming kost veel meer geld, en dat is een probleem voor de kleinere ziekenhuizen. Dit is dan ook een manke oplossing, me dunkt.

Diegenen die de normen moeten vaststellen, zouden in de toekomst meer rekening moeten houden met de problematiek van de landelijke gebieden.

02.04 Minister Rudy Demotte (Frans): De normen en drempels worden niet vastgesteld op grond van de discussie over de landelijke versus de stedelijke gebieden. U weet dat ik oog heb voor de bescherming van de landelijke gebieden. Het gaat echter om een medische veeleer dan een normatieve discussie.

Hoe hoger de activiteitsgraad in een ziekenhuis, hoe beter de medische resultaten die het bereikt. U kent dat gegeven met betrekking tot de borstklinieken. Ik wil de landelijke gebieden geen valse hoop geven door overal diensten te openen waar de kwaliteit jammer genoeg ondermaats is.

Aangezien de drempels niet door de wetgever maar vaak op grond van de *evidence based medicine* worden vastgesteld, schuilt de enige oplossing erin een dubbele afwijking mogelijk te maken: mobiele scanners – wetende dat elke infrastructuur in een klein ziekenhuis relatief duurder is – en mogelijkheid, voor de gewestminister, om afwijkingen toe te staan met betrekking tot de drempels, op grond van gemotiveerde aanvragen, maar ook van geografische afstanden.

Net als u moet ik werken met normen die op federaal niveau worden vastgelegd en die door de deelgebieden moeten worden toegepast.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toegenomen kankerrisico door zonnebanken" (nr. 14854)

03.01 Mark Verhaegen (CD&V): Recent onderzoek heeft aangetoond dat de kans op huidkanker bij een hedendaagse zonnebank met een factor van 2,7 verhoogd is ten opzichte van de modellen van tien jaar geleden. Het zou gaan om de turbozonnebanken of zonnekanonnen die sneller en langduriger werken, maar ook te veel UVB uitstralen.

Is de minister op de hoogte van dit probleem? Moeten er geen extra restricties worden ingevoerd? Moeten zonnebankkuren worden voor bepaalde huidtypes niet afgeraden worden? Is een voorafgaand bezoek aan de dermatoloog niet aangewezen?

03.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ik ben op de hoogte van de kankerverwekkende eigenschappen van zonnebanken. In juni 2006 heeft het SCCP (*Scientific Committee on Consumer Products*) een advies uitgevaardigd dat ervoor waarschuwde dat het gebruik van zonnebanken om esthetische redenen de ontwikkeling van kwaadaardige melanomen in de hand zou werken. Ik beschouw het als mijn hoogste prioriteit om de consumenten over de aanbevelingen van dit rapport te informeren. Daarom zal de Europese Commissie in samenwerking met de Europese Vereniging van Dermatologen een beleidsfiche voorbereiden om het publiek te sensibiliseren. Ook zal de Commissie aan het Normalisatieorganisme vragen om UV-grenzen in de productnormen te introduceren en om de relevante norm te wijzigen. Ten slotte zal de Commissie richtlijnen uitwerken voor de industrie en voor de consumenten. Zodra de Europese richtlijnen er zijn, zullen we ook in België maatregelen kunnen nemen.

03.03 Mark Verhaegen (CD&V): Men kiest dus vanuit het voorzorgsprincipe gelukkig voor een zakelijke aanpak, niet voor paniekzaaijerij.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische gevolgen van het falende beleid inzake contraceptiva en zwangerschapsafbrekingen" (nr. 14855)

04.01 Mark Verhaegen (CD&V): De wet van 3 april 1990 schrijft heel duidelijk voor dat bij een aanvraag voor een abortus ook de alternatieven geformuleerd en doorgenomen moeten worden, maar het is onduidelijk of alle abortuscentra dit ook doen. Sommige centra willen zelfs af van de bedenktijd van zes dagen. Ondertussen blijft het aantal abortussen toenemen, ondanks meer dan dertig jaar van propaganda voor de pil en het condoom en de recente, gratis verspreiding van de morning-afterpil.

Het aantal abortussen is met 25 procent gestegen tegenover 1993, terwijl het aantal vruchtbare vrouwen met 25 procent is afgenomen. Vooral verontrustend is de stijging van het aantal abortussen bij seksueel minderjarigen, met 30 procent in vier jaar tijd. Uit gegevens van Sensoa blijkt dat het condoom in 15 procent van de gevallen faalt. Misschien moeten we ons ernstige vragen stellen bij het aanmoedigen van condoomgebruik bij jongeren als de meest geschikte vorm van anticonceptie.

Daarbij mag abortus niet gebanaliseerd worden, het is een ernstig medisch probleem. De correlatie tussen abortus en de epidemische toename van borstkanker is reeds langer aangetoond. Het risico verhoogt daarbij aanzienlijk wanneer de abortus op jonge leeftijd werd ondergaan. Maar er is ook een Finse studie die heeft aangetoond dat vele meisjes en vrouwen na een abortus zelfmoordgedachten krijgen of zelfs effectief zelfmoord plegen.

Reeds jaren worden sociale redenen aangehaald voor het plegen van abortus. Wellicht moet de overheid dus ook investeren in het ondersteunen en stimuleren van hechte gezinsstructuren. Ook de banalisering van de echtscheiding kan een negatieve rol spelen in deze problematiek.

In een recente aanbeveling stelt de Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking dat er aandacht besteed moet worden aan de notie 'vruchtbaarheidsbewustzijn'. Elke opgroeiende tiener moet zich van de eigen vruchtbaarheid bewust zijn. Vooral de jongens moeten erop gewezen worden dat ze deel uitmaken van de collectieve vruchtbaarheid van een koppel en dat ze hun verantwoordelijkheid niet mogen afschuiven.

Wat denkt de minister van de toename van het aantal abortussen? Is het officiële cijfer bovendien geen onderschatting van de werkelijkheid? Is het mogelijk dat bepaalde artsen bepaalde aangiften 'vergeten' te doen? Kunnen zij hiervoor worden aangepakt? Is de minister er zich van bewust dat abortus een gezondheidsrisico inhoudt? Wordt er wel voldoende aandacht besteed aan alternatieven voor abortus, zoals dit in de wet wordt vereist?

Is de minister zich bewust van het risico van ongewenste zwangerschappen bij condoomgebruik en van het gezondheidsrisico bij het gebruik van de morning-afterpil? Zal de minister in zijn beleid rekening houden met de aanbeveling van de Evaluatiecommissie in verband met het vruchtbaarheidsbewustzijn?

04.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het aantal zwangerschapsonderbrekingen is inderdaad gestegen. Dit valt gedeeltelijk te verklaren door de toename van het aantal meldingen. In de eerste jaren van de wettelijke regeling heerste er bij sommige artsen nog wat terughoudendheid. Dit is vandaag veel minder het geval, al blijft het beleid inspanningen doen op het vlak van de meldingsbereidheid. Ik ben niet op de hoogte van een eventuele gebrekkige meldingsprocedure. Aangifte via facturatie kan niet, aangezien er geen

Riziv-nummer voor abortus bestaat. De arts is verplicht de abortus te melden. Zonder melding is abortus immers nog steeds strafbaar.

Geen enkele medische handeling is vrij van risico's. Het risico bij abortus – 1,7 sterfgevallen op honderdduizend zwangerschapsonderbrekingen – is lager dan dat bij een bevalling – tien sterfgevallen op honderdduizend geboortes – en vanzelfsprekend spectaculair lager dan bij clandestiene abortussen: honderd sterfgevallen op honderdduizend onderbrekingen.

Ik heb de voorbije jaren een aantal maatregelen genomen om de noodzaak om zijn toevlucht te zoeken tot zwangerschapsonderbreking, te verminderen, bijvoorbeeld door de jongeren gemakkelijker toegang tot de pil te verlenen. Mijn diensten onderzoeken momenteel de mogelijkheid om de toegang tot zwangerschapsonderbreking via medicatie te verbeteren. Het gebruik van de morning-afterpil is immers nog veiliger dan abortus door aspiratie.

Het gebruik van het condoom biedt geen volledige zekerheid. Promotie ervan blijft echter van cruciaal belang omdat het de gebruikers beschermt tegen seksueel overdraagbare ziektes. Specialisten bevelen een gecombineerd gebruik van pil en condoom aan bij risicogroepen, waaronder de jongeren. Alleen de morning-afterpil op basis van progesteron is vrij te verkrijgen omdat die geen gezondheidsrisico inhoudt.

Dat er een en ander zou mislopen bij het vermelden van alternatieven bij het bespreken van de vraag voor abortus, is mij niet bekend. De begeleiding in abortuscentra is uitermate verzorgd.

Opvoeden tot meer vruchtbaarheidsbewustzijn maakt deel uit van de preventie en dat is een gemeenschapsbevoegdheid.

04.03 Mark Verhaegen (CD&V): Ik wou vooral waarschuwen voor risico's op langere termijn van abortus, niet zozeer voor mogelijke medische complicaties bij de uitvoering ervan.

Ik wil een pleitbezorger zijn van het aanwakken van de weerbaarheid bij de jongeren bij wie het seksuele bewustzijn ontwaakt. Meisjes en jongens moeten leren 'neen' zeggen als ze er nog niet klaar voor zijn.

Bij het ontvangen van een vraag tot abortus moet er voldoende aandacht gaan naar het vermelden van alternatieven. De wet vereist dit.

Studies wijzen uit dat 80 procent van de zwangerschapsonderbrekingen te maken heeft met sociale motieven. Ik wil dus waarschuwen voor het ontwikkelen van een 'abortuscultuur'.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van de ALS-Liga België" (nr. 14949)

05.01 Mark Verhaegen (CD&V): De zeldzame aandoening amyotrofische laterale sclerose (ALS) biedt de patiënt een levensverwachting van gemiddeld drie tot zes jaar. Er is dringend nood aan doorgevoerd wetenschappelijk onderzoek om de ziekte te kunnen vertragen of zelfs te genezen. De Belgische topwetenschappers worden gehinderd door een chronisch gebrek aan middelen. Er werden nog altijd geen middelen uitgetrokken voor specifieke onderzoeksprojecten rond ALS. Ook op het vlak van de ruimere zorgverlening – rolstoelen, beademingstoestellen, logistieke steun voor de Belgische ALS-Liga – beweegt er helemaal niets.

Ziet de minister mogelijkheden om een proefproject rond ALS financieel rond te krijgen? Wat zal er beslist worden met betrekking tot de terugbetaling van kinesithérapie voor ALS-patiënten?

05.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Aan deze problematiek van de ALS-patiënten werden op het niveau van het Riziv al heel wat vergaderingen gewijd. Alle actoren zijn zich bewust van de belangrijkheid van het dossier. Binnen het Riziv is men momenteel bezig met de opmaak van een zogenaamd artikel 56. Dit zal toelaten een project op te starten dat het adequate materiaal, zoals beademingstoestellen, snel ter beschikking stelt van de patiënten. Het project zal werken via overeenkomsten tussen het Riziv en de bij de ALS-problematiek betrokken organisaties.

De Technische Raad voor Kinesithérapie heeft op 9 maart 2007 een voorstel geformuleerd om een tweede kinesithérapiesessie van dezelfde dag in te voeren bij palliatieve thuispatiënten die lijden aan een zware aandoening of E-pathologie. De ALS-patiënten vallen onder deze noemer. Het Riziv heeft op 19 maart het voorstel goedgekeurd, samen met een ontwerp van KB waardoor de patiënt geen persoonlijk aandeel moet betalen voor de tweede palliatieve behandeling. Beide ontwerpen treden in werking op 1 september 2006, dit om de continuïteit te garanderen van het recht op terugbetaling. De ontwerpen doorlopen momenteel de geëigende procedure. Ik kan vandaag nog geen publicatiedatum vooropstellen. Bedoeling is dat de nieuwe regeling zo snel mogelijk een feit wordt.

05.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Ik juich toe dat er eindelijk concrete vooruitgang kan worden geboekt in het ALS-dossier. Ons land moet de kans krijgen om via zijn topwetenschappers een belangrijke rol te spelen in de research rond ALS.

Het incident is gesloten.

06 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Mark Verhaegen** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het vogelgriepvirus en de import van vogels" (nr. 14966)
- de heer **Mark Verhaegen** aan de vice-eersteminister en minister van Justitie over "de gevolgen van de aanwezigheid van het vogelgriepvirus in de luchthaven van Zaventem in 2004" (nr. 14967)

06.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): In 2004 trof het FAVV in Zaventem twee met vogelgriep besmette kuifarenden aan. De dieren werden afgemaakt en kort daarna werden tweehonderd roodstaartpapegaaien doodgespoten die zich in dezelfde quarantaineruimte bevonden. De papegaaien waren volledig officieel ingevoerd en uit de laboratoriumstalen bleek achteraf dat de dieren niet besmet waren. Voor het betrokken import- en exportbedrijf was dit een zware klap. Bovendien kreeg het een exploitatieverbod opgelegd tot het onderzoek van de karkassen was uitgevoerd. Daar komt sinds 11 januari van dit jaar nog een volledig importverbod van vogels uit derde landen bij.

Is de minister op de hoogte van het feit dat zoveel vogels in quarantaine worden geplaatst om ze te screenen op het H5N1-virus, zonder dat ze worden afgemaakt? Is er een overgangstermijn of een vergoedingsregeling voor bedrijven die getroffen worden door het importverbod van vogels uit derde landen. Is de maatregel permanent of afhankelijk van het vogelgriepvirus? Voor welke vogelsoorten en uit welke landen geldt dit verbod?

Is er een strafonderzoek gestart tegen diegenen die de kuifarenden illegaal hebben meegebracht? Hoe kan het gedupeerde bedrijf zijn rechtmatige schadevergoeding verwerven? Is er sprake van onachtzaamheid bij de luchthavenautoriteiten?

06.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Het onderzoek naar vogelgriep maakt deel uit van de normale procedure bij ingevoerde vogels. Volgens het algemene importverbod, uitgevaardigd door de Europese Commissie, werden alle ingevoerde zendingen in quarantaine geplaatst en onderzocht. Het dossier was

bijzonder omdat het gevaarlijke H5N1-type werd geïsoleerd. De minister van Justitie heeft het college van procureurs-generaal gevraagd naar informatie over het onderzoek. Die informatie zal de vraagsteller later bezorgd worden.

Het importverbod voorzag niet in een overgangperiode. Er is evenmin een vergoedingsregeling vastgelegd voor economische schade die eruit voortvloeit. De verbodsmaatregel is niet permanent en ook niet afhankelijk van de insleep van vogelgriep, maar van de evolutie van het virus.

Een aanpassing van het verbod gaat in op 1 juli 2007. De invoer zal dan slechts onder zeer strikte voorwaarden toegelaten worden.

Ten slotte is er een degelijke en dagelijkse samenwerking tussen de douanediens en de diensten van het FAVV. De hier geciteerde actie viel binnen deze normale werking en was een kordate aanpak van het risico.

06.03 Mark Verhaegen (CD&V): Helaas krijgt de sector geen overgangperiode en geen middelen om zich te heroriënteren. De papegaaien zijn ten onrechte afgemaakt en het bedrijf is gedupeerd. Het is het slachtoffer van de illegale import van de kuifarenden.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van de heer Denis Ducarme aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de recente uitspraken van monseigneur Léonard over de ondoeltreffendheid van condooms tegen soa's" (nr. 14962)

07.01 Denis Ducarme (MR): Monseigneur Léonard verklaart dat uit ernstige studies blijkt dat het condoom slechts voor 90 procent betrouwbaar is. Hij pleit ook voor trouw en matigheid in de seksuele betrekkingen, zoals dat met betrekking tot Afrika wordt voorgestaan. Wat is echter de waarde van dat "Afrikaans model" in het kader van het preventiebeleid van de katholieke kerk, wanneer men weet dat in bepaalde stedelijke gebieden in Afrika één persoon op drie aan aids lijdt?

De rapporten van de Wereldgezondheidsorganisatie tonen aan dat het condoom bijzonder nuttig is als preventie-instrument en dat het aantal gevallen van HIV-besmetting gedaald is in gebieden in de wereld waar grootschalige sensibiliseringscampagnes op touw werden gezet. Met zijn verklaringen ondergraaft monseigneur Léonard ons volksgezondheidsbeleid. Bovendien wordt de bisschop van Namen door de katholieke hiërarchie niet op de vingers getikt.

Wanneer zal u een duidelijk en wetenschappelijk onderbouwd antwoord geven waarin aangetoond wordt dat condooms doeltreffend zijn om besmetting met een seksueel overdraagbare aandoening te voorkomen?

07.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Ik vind het onaanvaardbaar dat men wetenschappelijke feiten verdraait vanuit de keuze voor een bepaalde levenshouding, gestoeld op al dan niet religieuze vooroordelen. Aan de scheiding tussen Kerk en Staat mag niet getornd worden. Het is de rol van de dienaars van de Kerk om informatie uit te puren en te distilleren waar zij wel de verantwoordelijkheid voor kunnen dragen. De Wereldgezondheidsorganisatie is in dat verband de enige bijbel waarbij wij kunnen zweren. Bij seksuele betrekkingen met penetratie is het condoom het enige middel dat een grote bescherming garandeert.

07.03 Denis Ducarme (MR): Ik stel uw antwoord, evenals de overtuiging en inzet die uit uw woordkeuze blijken, bijzonder op prijs. De verklaringen van monseigneur Léonard beïnvloeden de publieke opinie. De minister van Volksgezondheid zou hier krachtig weerwerk moeten bieden. Kan u ons op de hoogte houden van de maatregelen die u eventueel ter zake zal nemen om een misverstand uit te wereld te helpen?

07.04 Minister Rudy Demotte (Frans): Tot voor kort heb ik een brede campagne gevoerd die gericht was op een aantal doelgroepen, waaronder de jeugd, en waarbij er rechtstreeks informatie naar de gezinnen werd gezonden. Die campagne heeft haar doel bereikt.

07.05 Denis Ducarme (MR): Ik zal ruchtbaarheid geven aan uw standpunt in dit dossier.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds tot bestrijding van de verslavingen" (nr. 14539)

08.01 Daniel Bacquelaine (MR): Krachtens het koninklijk besluit van 26 december jongstleden hebt u het laatste woord over de toekenning van de middelen van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen dat door de programmawet van 20 juli 2006 werd opgericht.

Welk bedrag wordt in dat Fonds gestort? Wordt het proefproject te Luik, waarbij onder medisch toezicht heroïne wordt verstrekt, inderdaad voor tachtig procent – d.w.z. voor een bedrag van 3,334 miljoen euro – door dat Fonds gefinancierd? Hoe worden de begrotingsmiddelen verdeeld over de projecten die u worden voorgelegd? Hoeveel projecten worden reeds gefinancierd? Hoeveel wachten nog op goedkeuring?

08.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Sinds 1 januari 2006 wordt het Fonds ten bedrage van vijf miljoen euro per jaar door het RIZIV gespijsd. Twee miljoen daarvan wordt aan de bestrijding van het tabaksgebruik besteed.

Het Luikse project wordt voor 87 procent – 2,932 miljoen euro gespreid over drie jaar – door de FOD Volksgezondheid gefinancierd.

In totaal werden er 150 aanvragen voor een bedrag van 12 miljoen euro ingediend. Het begeleidingscomité van het Fonds heeft daarvan 34 projecten voor een bedrag van 4.482.391 euro aangehouden. Gevolg gevend aan de aanbevelingen van het comité, werd er daarbij een bijzondere aandacht besteed aan de jonge gebruikers en hun naaste omgeving.

Zoals we op 5 maart met de Gemeenschappen zijn overeengekomen, zullen we de lijst van de goedgekeurde projecten en de besluiten en aanbevelingen van het begeleidingscomité bezorgen aan de beleidscel die instaat voor de coördinatie (tussen de federale overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten) van het actieplan van Volksgezondheid inzake drugs.

08.03 Daniel Bacquelaine (MR): Ik dring erop aan dat bij de selectie van de projecten voorrang zou worden gegeven aan de tijdige opvang van jongeren en dat die zo doeltreffend mogelijk zou worden gefinancierd.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan jonge geneesheren en het vastleggen van de Riziv-quota" (nr. 14598)

09.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Bij de huisartsen en de specialisten is er sprake van een tekort aan jonge artsen. Zo kan de kwaliteit van sommige opleidingen niet meer worden gegarandeerd. De ziekenhuizen doen een beroep op buitenlandse studenten om hun opleiding te vervolmaken en de Belgische teams aan te vullen, doch zonder de betrokkenen een toereikende opleiding te verstrekken. Elk jaar zijn de planningscommissie en uzelf verplicht de geplande quota wegens het vastgestelde tekort te wijzigen.

In weerwil van die tekorten zullen heel wat studenten uit de geneeskundestudie worden geweerd, terwijl men hen wel eens nodig zou kunnen hebben.

De evaluatie van het aantal geneesheren-specialisten moet op een andere leest worden geschoeid en daarin moeten ook huisartsen worden opgenomen. Het ware nuttig een moratorium in te stellen teneinde in de komende jaren een passende regeling uit te werken.

Overweegt u maatregelen te treffen met betrekking tot de quota voor de diverse specialismen? Beschikt u over cijfers over de situatie in Vlaanderen aan de hand waarvan wij een vergelijking met de situatie in de Franse Gemeenschap kunnen maken?

Nu er verkiezingen in aantocht zijn, veronderstel ik dat er geen sprake kan zijn van een moratorium.

09.02 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Dat bevestig ik!

Het koninklijk besluit van 30 mei 2002 voorziet in een spreidingsperiode die dit jaar kan beginnen te lopen voor de onderscheiden opleidingen voor gediplomeerde geneesheren. Die periode loopt tot 2012. Het teveel aan artsen die in de jaren 2004 tot 2012 zullen afstuderen, kan over die periode worden verdeeld, rekening houdend met het totaal voor de betrokken jaren. Op die manier kunnen we een adequate oplossing vinden voor het probleem.

Ik betwijfel wel of we het systeem, los van de bestaande instrumenten, nog tijdens deze zittingsperiode zullen kunnen veranderen.

09.03 **Muriel Gerkens** (ECOLO): Het spreekt voor zich dat we ons na de verkiezingen verder over dit probleem moeten buigen. Zal u vóór het einde van dit schooljaar nog maatregelen nemen opdat meer studenten die specialisatie zouden kunnen volgen?

09.04 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Bij het begin van deze zittingsperiode hebben we afvlakkingsmaatregelen genomen om een ramp te voorkomen. Voorts werd het aantal vrijgestelde specialiteiten uitgebreid en werd een bepaling ingevoerd op grond waarvan artsen en kandidaat-artsen die zich in het buitenland specialiseren, niet langer worden meegeteld. Ten slotte hebben we vastgesteld dat de huidige normen een uitbreiding van de aantallen en van de planning rechtvaardigen.

Dankzij al die maatregelen hebben we een oplossing gevonden voor alle studenten die momenteel de opleiding volgen.

De volgende regering zal zich over het onderwerp van uw laatste vraag moeten uitspreken. In Vlaanderen rijst nu blijkbaar een soortgelijk probleem wat het aantal huisartsen betreft. De vaststellingen zijn dus dezelfde in het noorden en het zuiden van het land.

Het incident is gesloten.

10 **Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de provinciale geneeskundige commissies en de wachtdienst" (nr. 14611)**

10.01 **Hilde Dierickx** (VLD): Op eerdere vragen antwoordde de minister dat een tandarts verplicht is om deel te nemen aan de wachtdienst. De wachtdiensten worden georganiseerd door de provinciale geneeskundige commissies en zouden onderling nogal veel verschillen. Kan er niet worden gezorgd voor meer eenvormigheid? Heeft de minister het beloofde rapport al ontvangen en zal dit als gevolg hebben dat er zaken veranderen?

Wat zijn de resultaten van de studie over de organisatie van medische wachtdiensten die werd aangekondigd? Komt er één centraal nummer voor alle wachtdiensten?

10.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): De voorbereidingen voor de invoering van een centraal nummer voor alle wachtdiensten zijn nog niet afgerond. Dit is een belangrijk en complex dossier en we moeten ervoor zorgen dat een beslissing niet leidt tot de desorganisatie van de huidige diensten. Het probleem ligt niet bij de tandartsen, maar deze sector is wel onderworpen aan de besluiten over medische wachtdiensten.

Mijn kabinet onderzoekt het probleem van de verschillende benadering van de provinciale commissies. Het is niet onlogisch dat er verschillende benaderingen zijn, want de commissies houden rekening met de lokale noden en de beschikbaarheid. Een verschillende benadering mag echter niet leiden tot onrechtvaardige situaties.

10.03 **Hilde Dierickx** (VLD): Dit is een dossier dat al jaren aansleept. Ik begrijp dat er een verschil is tussen een wachtdienst voor geneesheren en een voor tandartsen. Ik hoop echter dat de wachtdienst er snel komt.

Het incident is gesloten.

11 Interpellatie van mevrouw Hilde Dierickx tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tandarts-stagiair" (nr. 1062)

11.01 Hilde Dierickx (VLD): Binnen drie maanden studeren tientallen studenten tandheelkunde af. Zij krijgen nog geen bijzondere beroepstitel, maar moeten eerst nog een stage van één, drie of vier jaar volgen. Daarna beslist de erkenningscommissie over het al dan niet verlenen van de beroepstitel.

De studenten zijn al op de hoogte van deze situatie sinds 2002, toch is het eigenaardig dat het stagejaar nu wordt ingevoerd. Over twee jaar studeren immers tandartsen af die de hervormde opleiding hebben gevolgd. Waarom wacht men daar niet op? Moeten bissers of trissers ook een bijkomend stagejaar volgen?

In de meeste Europese landen bestaat dit extra stagejaar nog niet. In Nederland kunnen onze afgestudeerde tandartsen meteen aan de slag. Als zij na een aantal jaar terugkomen naar België, moeten zij dan ook een stagejaar doen?

De meeste problemen zijn er met de stagemeesters. Er is nog steeds geen officiële lijst van stagemeesters. Zullen alle studenten een stageplaats hebben? Wat gebeurt er als er geen stageplaats beschikbaar is? Wanneer start het stagejaar? Wat moeten de studenten ondertussen doen? Wat met studenten die een tweede zittijd hebben? Is de stagemeester zelf verantwoordelijk? Wordt hij gecontroleerd? Hebben de universiteiten voldoende inspraak? Wat is het programma van de theoretische cursussen? Gaat het om nascholingscursussen?

Ook het sociaal statuut blijkt nog niet volledig op punt te staan. Het is niet duidelijk of het loon van 15.000 euro per jaar netto of bruto is.

De tandarts-stagiair zou het statuut krijgen van een zelfstandige. Hij heeft een soort overeenkomst met de stagemeester, maar moet zich ook onderwerpen aan een uurregeling en aan bepaalde tarieven. Is de stagiair dan wel een zelfstandige?

Krachtens artikel 5 vierde hoofdstuk van het ministerieel besluit van 29 maart 2002, moet de stagemeester ervoor zorgen de kandidaat een billijke vergoeding ontvangt die minstens gelijk is aan de brutowedde van een adjunct-adviseur in het federale ambtenarenkader. Blijft die koppeling behouden?

Kan de tandarts-stagiair een bijkomende vergoeding krijgen van de stagemeester? Wordt hij niet afhankelijk van de goodwill van de stagemeester?

De tandarts-stagiair zou een voorlopig RIZIV-identificatienummer krijgen. Wordt dan ook een andere nomenclatuur gehanteerd voor de stagiair, met een verschillend honorarium?

11.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het stagejaar algemeen tandarts werd ingevoerd bij ministerieel besluit van 29 maart 2002. Daarin werd in overgangsmaatregelen voorzien, zodat het stagejaar dit jaar pas voor het eerst werd georganiseerd. Daarin staat ook dat bissers en trissers die hun opleiding in het academiejaar 2001-2002 of vroeger aangevat hebben, het stagejaar niet moeten doorlopen.

Tandartsen die in België afstuderen, maar het stagejaar niet doorlopen, kunnen in andere landen wel een praktijk voeren, maar wanneer ze terugkeren naar België, zullen zij ofwel het stagejaar moeten doorlopen ofwel moeten werken buiten het RIZIV.

Momenteel zijn er nog niet voldoende stagemeesters, maar er zijn reeds een 35-tal aanvragen en het aantal groeit iedere dag.

De stagemeesters worden erkend door de minister op advies van de erkenningscommissie algemene

tandartsen en van de Raad voor de Tandheelkunde. Deze organen stellen strenge eisen aan de stagemeesters, zodat de kwaliteit gewaarborgd wordt. De universiteiten organiseren het stagejaar in overleg met de representatieve beroepsorganisaties en hebben op die manier veel inspraak in de stages. De uiteindelijke erkenning wordt echter afgeleverd door de erkenningscommissie. Het stagejaar wordt beloond met een erkenningsbesluit.

De stage is voltijds gedurende één jaar, met een theoretisch deel van minstens 250 uren en een klinisch deel van minstens 1250 uren. Concreet beslaat het theoretisch deel één dag per maand, met seminars over geïntegreerde patiëntenbenadering. De theoretische opleiding omvat eveneens een opleiding tot de autonome uitoefening van dit beroep en interactieve seminars over uiteenlopende onderwerpen.

De stagiairs zullen onder het sociaal statuut van zelfstandigen werken. De wet voorziet in een billijke vergoeding voor de stagiair. Die vergoeding wordt bepaald door de stagemeester, maar bedraagt minimum 15.000 euro. Het ontwerp dat dit regelt, is net terug van de Raad van State en zal binnenkort gepubliceerd worden.

De stagemeester kan onder bepaalde voorwaarden aanspraak maken op een vergoeding van het RIZIV voor de begeleiding van stagiairs. De jaarlijkse vergoeding bedraagt maximaal 10.080,79 euro per stagiair, jaarlijks geïndexeerd. De stagemeester ontvangt ook het door de patiënten betaalde ereloon en de terugbetaling van het RIZIV.

Aan de stagiairs wordt een voorlopig RIZIV-identificatienummer toegekend, omdat zij steeds onder begeleiding van de stagemeester moeten werken en er niet wordt voorzien in een aparte nomenclatuur met een verschillend honorarium.

11.03 Hilde Dierickx (VLD): Het is positief dat het aantal stagemeesters stijgt, maar toch vrees ik dat het niet voldoende zal zijn. Kan de minister ervoor zorgen dat de studenten tijdig ingelicht worden over hun stageplaatsen?

Ik heb bedenkingen bij het feit dat iemand die als tandarts in het buitenland gaat werken, bij zijn terugkeer buiten het RIZIV zou moeten werken, waardoor zijn patiënten geen recht hebben op terugbetaling.

Er moet duidelijk worden bepaald wat er boven het minimumloon kan worden verdiend, liefst in een ministerieel besluit, anders blijft alles afhangen van de goodwill van de stagemeester.

11.04 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het is juist in de huidige situatie dat alles afhangt van de goodwill van de stagemeester, het minimum van 15.000 euro zal voor meer zekerheid zorgen. Dit is maar een eerste stap, er zullen er meer volgen. Zo streven wij naar meer transparantie voor de stagiair in de verschillende voordelen en beloningen die er bestaan.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "sterilisatie bij katten" (nr. 14623)

12.01 Hilde Dierickx (VLD): Deze vraag wil ik omzetten in een schriftelijke vraag.

13 Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan vroedvrouwen" (nr. 14761)

13.01 Hilde Dierickx (VLD): We horen steeds vaker over het nijpende tekort aan zorgverstrekkers. Nu blijkt er ook een tekort aan vroedvrouwen te zijn. Een ziekenhuis moest zelfs bevallingen weigeren. Nochtans hebben zich nog nooit zoveel studenten ingeschreven in deze richting. Zal de minister maatregelen nemen?

13.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Het beroep van vroedvrouw zal, net zoals dat van verpleegkundige, een kritische baan blijven in sommige ziekenhuizen zolang het aanbod niet op duurzame wijze aan de vraag beantwoordt. De situatie bij de vroedvrouwen is echter minder ernstig dan die bij de verpleegkundigen. De situatie van het AZ van Wetteren is zeer bijzonder en heeft te maken met het sluiten van de kraamkliniek.

Er wordt volop gewerkt aan de invoering van een kadaster van vroedvrouwen. Tot dusver hadden we onvoldoende gegevens. Wegens het prioritaire karakter van deze taak, werden er belangrijke middelen voor uitgetrokken.

Een aantal positieve signalen wijst op een mogelijke toename van het aanbod aan vroedvrouwen in de volgende jaren. Het aantal studenten vroedkunde zit in stijgende lijn. In 2005 werd er een sociaal akkoord afgesloten dat voor de volgende vijf jaren een antwoord moet bieden op alle gerechtvaardigde eisen inzake werklast, evenwicht tussen beroepsleven en privéleven, bezoldiging en de problematiek van de eindeloopbaan. Tot slot werd het beroep van vroedvrouw duidelijk gedefinieerd in het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Deze herwaardering is de beste garantie voor de aantrekkingskracht van het beroep tijdens de volgende jaren.

Het incident is gesloten.

14 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vrijwilligers in de dringende hulpverlening" (nr. 14766)

14.01 **Yolande Avontroodt** (VLD): Het dossier van het statuut voor de vrijwilligers in de dringende medische hulpverlening sleept al jaren aan. De minister heeft herhaaldelijk een definitieve regeling in het vooruitzicht gesteld, maar vandaag is er nog altijd geen oplossing. Dat is toch wel ontgoochelend.

De wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van de vrijwilligers zou een uitweg kunnen bieden. Het maximumplafond dat deze wet vastlegt inzake de onkostenvergoeding, is echter ontoereikend voor wie als vrijwilliger actief is in de dringende medische hulpverlening. Maar artikel 12 voorziet wel in de mogelijkheid om voor bepaalde categorieën van vrijwilligers afwijkingen in de onkostenvergoeding toe te staan. Dat is volgens mij de manier om uit de impasse te raken.

Kan de minister vandaag een definitieve regeling aankondigen?

14.02 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Ik verkies u de officiële tekst mee te delen, die mij in het Frans werd bezorgd.

Bij de indiening van de teksten betreffende de hervorming van de civiele veiligheid heeft de ministerraad beslist de kwestie van het statuut van de vrijwillige brandweerlieden los te koppelen van die van de vrijwillige ambulanciers die werkzaam zijn in het kader van de dringende medische hulpverlening, opdat laatstgenoemden zonder uitstel een statuut met een betere bescherming zouden kunnen genieten.

In het ontwerp van koninklijk besluit dat ik aan de volgende ministerraad zal voorleggen, zal het bedrag van de vergoedingen voor ambulanciers die werkzaam zijn in de dringende medische hulpverlening en die houder zijn van een badge van ambulancier-hulpverlener worden gelijkgeschakeld met dat van de vrijwillige brandweerlieden, want zij voeren dezelfde taken uit. Een verzekering tegen aan die activiteit gerelateerde ongevallen en ongevallen op en van de weg naar het werk zal verplicht zijn.

14.03 **Yolande Avontroodt** (VLD): Er komt dus een gelijkschakeling met het statuut van de vrijwillige brandweerlieden. Hopelijk is deze regeling adequaat.

Komt er een tussenkomst vanwege de overheid bij de verplichte verzekering?

14.04 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Op die vraag kan ik niet zomaar antwoorden. Ik was niet aanwezig bij de onderhandelingen. Ik vermoed dat er, naar analogie van het statuut van de andere vrijwilligers, niet in een tussenkomst wordt voorzien.

14.05 Yolande Avontroodt (VLD): Het afsluiten van zo een verplichte verzekering is een dure zaak. Hopelijk leidt dit niet tot de situatie dat de vrijwilligers hun vergoedingen moeten opsouperen aan de verzekeringspremie. Ik neem aan dat de minister ervan op de hoogte is dat een aantal organisaties in de sector van de dringende medische hulpverlening een gemeenschappelijk standpunt inneemt in dit dossier.

Het incident is gesloten.

15 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tbc-opsporing" (nr. 14866)

15.01 Yolande Avontroodt (VLD): Alle personen die door hun werk rechtstreeks of onrechtstreeks in contact komen met voedingswaren, moeten zich jaarlijks laten screenen op besmettelijke tbc. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat dit niet langer te verantwoorden is. De minister antwoordde op een eerdere vraag dat hij de zaak op korte termijn zou laten onderzoeken door zijn administratie. Beschikt de minister al over een voorstel?

15.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het ligt in mijn bedoeling om het KB van 17 maart 1971 te vereenvoudigen en te actualiseren. Een gemeenschappelijke werkgroep met vertegenwoordigers van het Voedselagentschap en de Hoge Gezondheidsraad heeft zich over de zaak gebogen. Het advies is al door het FAVV goedgekeurd. De goedkeuring door de Gezondheidsraad is gepland voor de volgende vergadering in mei 2007.

15.03 Yolande Avontroodt (VLD): Hoe zou de tuberculosebewaking dan gebeuren?

15.04 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Via een attest van de huisarts. De verplichte screening zou geschrapt worden. Er lopen onderhandelingen en iedereen zou op dezelfde lijn zitten. Volgende week is er een vergadering gepland met het Rode Kruis.

Het incident is gesloten.

16 Vraag van de heer Francis Van den Eynde aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de communautaire problemen bij het Rode Kruis" (nr. 14532)

16.01 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang): Het Rode Kruis is al 150 jaar een Belgisch monument. De voorzitter is een lid van de koninklijke familie. Het is altijd een communautair neutrale organisatie geweest. Een maand geleden is dat plotseling veranderd. De herrie gaat over het financieel beheer van de verschillende vleugels van de organisatie. De Franstalige vleugel zou vorig jaar 6 miljoen euro verlies hebben geboekt, de Vlaamse vleugel 16 miljoen winst. Het Vlaamse Rode Kruis draait op voor het wanbeheer van de Franstalige vleugel en wijt het tekort vooral aan het personeelsbeleid en aan de grote sier die de organisatie in Wallonië maakt.

Prinses Astrid, voorzitter van het Rode Kruis, heeft een dame laten aanstellen om de knoop te ontwarren. Die zou haar opdracht niet naar behoren hebben uitgevoerd en consequent de kant van de Franstaligen hebben gekozen. Het Vlaamse Rode Kruis wil een soort confederaal systeem, terwijl de Waalse vleugel en het Hof het Rode Kruis Belgisch willen houden. De Vlaamse vleugel heeft de assistente van prinses Astrid ontslagen en op het proces waren twee advocaten van het Rode Kruis die precies het omgekeerde eisten.

Het Rode Kruis is een belangrijke pion voor het volksgezondheidsbeleid. Ondertussen heeft de voorzitter van het Vlaamse Rode Kruis al ontslag genomen omdat hij te koningsgezind zou zijn bevonden. De regering kan niet werkloos blijven toezien. Wat is haar standpunt in heel deze kwestie?

16.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): De regering betreurt de negatieve beeldvorming rond het Rode Kruis en betreurt ook dat prinses Astrid in de drukte wordt betrokken. De regering roept de betrokkenen op hun gezond verstand te gebruiken en het conflict niet op de spits te drijven. Ik heb al gesprekken gevoerd met de verschillende vleugels en zal dat blijven doen.

De premier is ervan overtuigd dat er een bevredigende oplossing voor alle partijen kan worden gevonden. Dat is de organisatie verplicht aan de talloze vrijwilligers en aan de burgers. De regering heeft overigens recent nog extra middelen in de organisatie gepompt. De eerste minister wijst ook op de ondersteuning van het Rode Kruis door het Koningshuis, dat steeds respect heeft opgebracht voor de autonomie van de diverse afdelingen.

Ik verwacht dat de verschillende partijen in de komende weken tot een goede oplossing zullen komen.

16.03 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang): Dat de eerste minister dit dossier behandelt, betekent dat de zaak serieus wordt genomen, al lijken er nog niet heel veel vorderingen te zijn gemaakt. Het conflict zit dan ook dieper dan men denkt. Bij het Vlaamse Rode Kruis zitten heus geen militante flaminganten. Als zij kwaad zijn, is er dus echt wel iets aan de hand.

De minister zegt te zullen bemiddelen bij de verschillende partijen. Ik raad hem aan prinses Astrid aan te bevelen om wat discreter te werk te gaan. Ik ken immers een geval waarin zij gewoon over de bevoegdheid van het Vlaamse Rode Kruis heen sprong. Een Gentse vrijwilliger met een Vlaams brevet wilde ook graag een Franstalig brevet. Hij kon dat niet krijgen van het Vlaamse Rode Kruis en schreef de prinses aan. Die gaf hem het brevet wél. Dat is niet erg diplomatisch.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van de heer Francis Van den Eynde aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "schapenvlees" (nr. 14781)

17.01 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang): Volgens de dierenrechtenorganisatie Gaia worden alle schapen in ons land *halal* geslacht. Ik heb begrip voor godsdienstige rituelen, maar ze moeten een uitzondering blijven en mogen geen regel worden. Dat zou immers problemen kunnen geven voor het dierenwelzijn. Bij een rituele slachting worden de dieren immers niet verdoofd, terwijl dat bij een gewone slachting de regel is.

Klopt de informatie van Gaia? In dat geval moet de consument daarover worden geïnformeerd.

17.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het schapenvlees dat in België wordt verkocht, is niet enkel afkomstig van in België geslachte dieren. Een groot deel komt uit andere landen, zoals Groot-Brittannië of Australië. Dat vlees wordt aan de grens aan een veterinaire inspectie onderworpen vooraleer het in de handel wordt gebracht. Het is echter niet mogelijk om de manier van slachten na te gaan.

In België zijn er enerzijds de slachtingen voor eigen consumptie, zoals tijdens het islamitische Offerfeest. Dat vlees mag niet in de handel worden gebracht. Anderzijds zijn er de slachtingen voor commerciële doeleinden. Volgens de gegevens van Beltrace werden er in 2006 112.206 schapen op conventionele wijze geslacht en 51.656 op rituele wijze. Het is niet zeker dat al dat vlees in België wordt verkocht, een deel wordt ook geëxporteerd. In België wordt trouwens 83 procent van het schapenvlees ingevoerd.

17.03 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang): Ik begrijp dat een derde van de dieren die in België worden geslacht, op rituele wijze wordt geslacht. Moet de consument daar niet van op de hoogte worden gebracht? Het is immers mogelijk dat die bezwaren heeft tegen halalvlees.

17.04 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Alle specificaties op de producten moeten ook aanvaard worden door Europa.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tarieven van ziekenhuisparkings" (nr. 14895)

18.01 Colette Burgeon (PS): Behoudens uitzonderingen rekenen de ziekenhuizen hoge tarieven aan op hun bezoekersparking.

De Nationale Ziekenhuisraad onderzoekt de mogelijkheid om klinieken die hun parking gratis willen maken, meer begrotingsmiddelen toe te kennen. De fondsen voor parkeergelegenheid zouden bij de 'wederopbouw' of 'renovatie van de ziekenhuizen' in de begroting worden ingeschreven. De ziekenhuizen kunnen zelf beslissen of ze al dan niet met de herwaardering van die posten instemmen.

Kan u die informatie bevestigen? Hoever staat het beraad binnen de Nationale Ziekenhuisraad? Wanneer kan die specifieke financiering ingaan?

18.02 Minister Rudy Demotte (Frans): De adviesvraag met betrekking tot de parkings maakte in werkelijkheid deel uit van de problematiek van de timing voor de bouw van de subsidieerbare eenheden en de herziening van de besluiten uit 1978 inzake de maxima voor de bouw.

De NRZV heeft voorgesteld om de subsidieerbare elementen die gedeeltelijk ten laste kunnen worden genomen op de begroting van de financiële middelen aan te rekenen. Daartoe behoort de aanleg van parkings, met inbegrip van de gesloten parkings, maar dan beperkt tot twee plaatsen per bed. Ik heb dat advies dus gevolgd en de besluiten worden opgesteld.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de genetisch gemodificeerde MON 863-maïs" (nr. 14896)

19.01 Colette Burgeon (PS): In een studie van het *Comité de recherche et d'Information indépendantes sur le génie génétique* (CRIIGEN), die gedeeltelijk gefinancierd werd door Greenpeace en onlangs in het tijdschrift *Archives of Environmental Contamination and Toxicology* gepubliceerd werd, wordt de genetisch gemodificeerde maïs MON 863 van het Amerikaanse bedrijf Monsanto op de korrel genomen. Deze maïsvariëteit zou mogelijk giftig zijn voor de lever en de nieren. MON 863-maïs kreeg in april 2004 een gunstig advies van de EFSA, de Europese Autoriteit voor voedselveiligheid, en mag in Europa gebruikt worden voor dierlijke en menselijke voeding.

Genetisch gemodificeerde organismen (GGO's) hebben zeker hun nut, inzonderheid in de geneeskunde, maar het onderzoek bij Monsanto is duidelijk niet grondig genoeg gevoerd. Hoe reageert u op die onrustwekkende studie? Waarom blijft de analyse van Monsanto geclassificeerde informatie? Welke studies worden er momenteel door de onderscheiden overheden in Europa gevoerd? Zal u specifieke maatregelen treffen?

19.02 Minister Rudy Demotte (Frans): U heeft het over de CRIIGEN-studie over MON 863-maïs die mij bekend is en die kennelijk eveneens omstreden is. De Europese Autoriteit voor de Voedselveiligheid (EFSA) heeft aangekondigd dat zij die nieuwe publicatie zal evalueren en zal trachten de implicaties ervan voor de evaluatie van het risico van MON 863-maïs uit te klaren. Wat het vertrouwelijk karakter van de Monsanto-studie betreft, is het belangrijk om aan te stippen dat iedere lidstaat en de EFSA toegang hebben tot het volledige dossier. De toegankelijkheid van de documenten voor het publiek is echter een netelige en ingewikkelde zaak.

Ik wacht op de conclusies van de EFSA alvorens de CRIIGEN-studie op een ruimere manier te interpreteren. Ten slotte vestig ik er uw aandacht op dat ik al beslist had om voor elk nieuw GGO-dossier, naast het door de Europese Autoriteit verstrekte advies, ook een advies van de Belgische Adviesraad voor Bioveiligheid te vragen.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.01 uur.