

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 07 OKTOBER 2008

Namiddag

---

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

du

MARDI 07 OCTOBRE 2008

Après-midi

---

De vergadering wordt geopend om 14.10 uur en voorgezeten door mevrouw Maggie De Block.

**01 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de eisen van de vroedvrouwen" (nr. 7200)**

**01.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld): In ons land is er een lage perinatale mortaliteit. In Nederland, waar veel meer thuisbevallingen gebeuren onder begeleiding van een vroedvrouw, zijn de cijfers minder goed.

De vroedvrouwen wensen vandaag de invoering een nomenclatuurnummer voor verstrekkingen in verband met het preconceptionele consult. Ook vragen ze eventuele interventies te kunnen uitvoeren, onder andere de behandeling van ziektes en infecties bij aanstaande ouders, en het aanpassen van medicatie en behandeling bij chronische aandoeningen om het teratogene effect te minimaliseren.

Dat is volgens ons het terrein van de artsen. Men moet de zwangere vrouw in haar totaliteit benaderen, niet de zwangerschap op zich.

De voorganger van de minister heeft ingezien dat een uitbreiding van de bevoegdheden niet verzoenbaar is met KB nr. 78 dat bepaalt dat het de artsen toekomt de diagnose te stellen van ziektes en infecties en ze te behandelen.

Wat is het standpunt van de minister in dit dossier?

*Voorzitter: mevrouw Muriel Gerkens.*

**01.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands):** De autonome activiteiten die voorbehouden zijn aan de vroedvrouwen, behelzen het stellen van de diagnose van zwangerschap, het verzekeren van toezicht op de vrouw voor, tijdens en na de bevalling, het verlenen van zorgen aan de pasgeborenen, preventieve maatregelen, het uitvoeren van de nodige handelingen in dringende gevallen in afwachting van gespecialiseerde hulp, en het verlenen van gezondheidsinformatie.

De Koning bepaalt welke geneesmiddelen autonoom mogen worden voorgeschreven.

Interventies bij toekomstige ouders die lijden aan ziekten en infecties, worden niet beschouwd als een taak van de vroedvrouwen. Een wijziging van hun bevoegdheden moet het voorwerp zijn van een parlementair debat.

**01.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld): KB nr. 78 moet dus worden gerespecteerd, tenzij een parlementair debat tot een ander besluit komt.

*Het incident is gesloten.*

**02 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg" (nr. 7201)**

**02.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werd opgericht door de programmawet van 24 december 2002. Het heeft sindsdien een gedegen reputatie opgebouwd en zijn waarde voor het gezondheidsbeleid in dit land ruimschoots bewezen. Sinds 2004 publiceert het een jaarlijks verslag met een overzicht van de verschenen studies.

Sinds het vertrek van de algemeen directeur is het personeel bezorgd over de continuïteit van de werking. Welke procedure wordt er gevolgd bij de aanstelling van een nieuwe algemeen directeur en welke termijn wordt daarbij gehanteerd? Hoe zal in de tussentijd de continuïteit gewaarborgd worden?

**02.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): De aanstellingsprocedure voor managementfuncties bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is vastgelegd in het KB van 20 februari 2003. Die procedure zal nu worden gevolgd voor de aanduiding van de nieuwe algemeen directeur. Eerst moet Selor een oproep tot kandidaten doen en een vergelijkende selectieproef organiseren. Minister Onkelinx heeft haar collega van Ambtenarenzaken verzocht bij Selor de nodige stappen te ondernemen om de oproep zo snel mogelijk uit te voeren.

Op 30 april 2008 werden de heer Jean-Pierre Closson, adjunct-algemeen directeur en de heer Gert Peeters, directeur Werkprogramma's, verzocht om de functies van respectievelijk algemeen directeur en adjunct-algemeen directeur ad interim waar te nemen. Beiden nemen die functies waar vanaf 1 juli 2008 tot de aanstelling van een nieuwe algemeen directeur.

**02.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik zal de minister van Ambtenarenzaken hierover ondervragen.

**02.04 De voorzitter** : Ik heb het jaarverslag van het Kenniscentrum bij de dossiers laten voegen, omdat het van nut kan zijn voor onze werkzaamheden morgen.

*Het incident is gesloten.*

**03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plaatsing van automatische externe defibrillatoren" (nr. 7202)**

**03.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld): De gemeenten hebben de mogelijkheid om op hun grondgebied automatische externe defibrillatoren (AED) te plaatsen. Weet de minister waar dat al gebeurd is?

Naar verluidt zijn er al problemen gesignaleerd met een aantal toestellen.

Volgens informatie waarover ik beschik, zijn er 240 toestellen geplaatst. Nederland staat veel verder: daar werden 20.000 à 30.000 toestellen aangebracht. Volgens cardiologen doet liefst 80 procent van de hartproblemen zich in de thuisomgeving voor. Dit betekent dat de toestellen ook best in woongebieden zouden worden geplaatst.

Hoeveel AED's zijn er al geplaatst in ons land? Waar? Overweegt de minister adviezen te geven met betrekking tot de locaties waar de toestellen best worden geplaatst?

**03.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Het KB van 21 april 2007 voorziet in een registratie van de AED's bij de administratie door de eigenaar van het toestel indien het zich op een openbare plaats bevindt. Momenteel zijn er 554 toestellen officieel geregistreerd.

De meeste AED's zijn bestemd voor ziekenwagendiensten en voor bedrijven. De plaatsing van AED's in woongebieden is wettelijk perfect mogelijk. Er werden twee proefprojecten georganiseerd om AED's te koppelen aan een hulpcentrum 100-112 via een automatische alarmmelding.

Momenteel werkt de administratie aan verdere richtlijnen voor de koppeling van AED's aan een hulpcentrum 100-112.

**03.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Die automatische koppeling zal zeker een verbetering zijn.

**03.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Daar ben ik het mee eens.

*Het incident is gesloten.*

**04 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een hadroncentrum" (nr. 7203)**

**04.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld): In een recente studie heeft het Kenniscentrum gesteld dat het aantal kankerpatiënten dat geholpen zou worden met hadrontherapie, te klein is om de bouw van een centrum in België te verantwoorden. Dergelijke centra kunnen beter in samenwerking met andere landen worden geëxploiteerd.

Zal de minister daarover overleggen met de omliggende landen die over een hadroncentrum beschikken?

**04.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): De kosten van Belgische kankerpatiënten die in het buitenland hadrontherapie krijgen, worden terugbetaald via het Bijzonder Solidariteitsfonds van het Riziv. De dienst Gezondheidszorgen werkt een structureel financieringsmechanisme uit, waarvoor jaarlijks 5,1 miljoen euro zal worden uitgetrokken. Daar bovenop overweegt het Riziv om een studieproject van het Belgian Hadrontherapy Consortium mee te financieren, indien een werkgroep de validiteit van dit studieproject bevestigt. De werkgroep heeft een eerste maal vergaderd op 28 augustus jongstleden. De conclusies van deze werkgroep zullen in november bekend zijn.

**04.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ofwel erkent de minister het gezag van het Kenniscentrum en houdt zij rekening met de eerste studie, ofwel niet. Men had zich tot een aanvullende studie kunnen beperken. Ik zou graag de samenstelling van de nieuwe werkgroep kennen.

**04.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): De minister zal de samenstelling van de werkgroep bezorgen aan de commissie.

**04.05 De voorzitter** : Wat de standpunten betreft, ligt dat enigszins anders, maar we kunnen de minister vragen u die informatie te bezorgen, zonder dat u daartoe een nieuwe vraag hoeft te stellen.

*Het incident is gesloten.*

**05 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanvullende hospitalisatieverzekeringen van ziekenfondsen" (nr. 7226)**

**05.01 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): De Europese Commissie gaf ons land voor de zomer twee maanden de tijd om voor de aanvullende hospitalisatieverzekeringen, aangeboden door ziekenfondsen en privéverzekeringen, een identieke regeling uit te werken. Einde september waren de onderhandelingen nog steeds aan de gang. Wat is de stand van zaken?

**05.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): De regering heeft zich ertoe verbonden om vóór 1 november 2008 een antwoord op de ingebrekestelling door de Europese Commissie mogelijk te maken.

Op 24 september hebben Assuralia en het Nationaal Intermutualistisch College een compromis ondertekend over de omzetting van de richtlijnen verzekeringen niet-leven. Als dit compromis in werking is, zullen de facultatieve diensten die aangeboden worden door ziekenfondsen, aan dezelfde rechtsregels onderworpen zijn als de diensten die worden aangeboden door verzekeringsmaatschappijen. De diensten die voor de leden van een ziekenfonds verplicht zijn, zullen niet onder dezelfde rechtsregels vallen als de diensten aangeboden door verzekeringsmaatschappijen. Er zal ook een limiet bepaald worden voor de ontwikkeling van dergelijke diensten door ziekenfondsen.

Inzake de concrete modaliteiten van de omzetting zijn de onderhandelingen nog steeds aan de gang.

De Ministerraad van 3 oktober heeft het compromis goedgekeurd en heeft de ministers van Financiën, Sociale Zaken en Volksgezondheid belast met de omzetting ervan in een antwoord aan de Europese Commissie vóór 1 november.

**05.03 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Ik neem akte van de mededeling dat er een compromis is dat vóór 1 november aan de Europese Commissie zal worden meegedeeld. Ik hoop vooral dat dit compromis ervoor zal zorgen dat de hospitalisatieverzekering voor de gewone patiënten niet duurder zal worden.

**05.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Dit is een ingewikkeld maar belangrijk dossier.

**05.05 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Ik wil er ook op wijzen dat de termijn van twee maanden allang verstreken is.

*Het incident is gesloten.*

**06 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "palliatieve zorg voor kinderen" (nr. 7250)**

**06.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Tussen 2004 en 2007 kregen zeven multidisciplinaire teams voor palliatieve thuiszorg voor kinderen een subsidie van de FOD Volksgezondheid. Zij vormen de verbinding tussen ziekenhuis en thuis en garanderen het voortzetten van de verzorging. Initiatief 23 van het Nationaal Kankerplan vermeldt het voornemen om het jaarlijks budget van die zeven teams te verdubbelen zodat zij hun activiteiten kunnen uitbreiden, maar dat wordt blijkbaar op de lange baan geschoven.

Wat deed de minister al om initiatief 23 te realiseren? Komt er een structurele financiering van de palliatieve thuiszorg voor kinderen?

**06.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): De overeenkomsten voor de huidige projecten eindigen op 31 december 2008. Verschillende centra ondervinden echter moeilijkheden om een voldoende aantal patiënten te rechtvaardigen. Om de continuïteit te garanderen wordt 400.000 euro uitgetrokken voor de laatste verlenging van de overeenkomsten in 2009. Er wordt tevens een ontwerp van KB voorbereid, dat zal worden onderworpen aan de wettelijke advies- en goedkeuringsprocedures. Vanaf 2010 zou er een structurele financiering voor deze teams komen, maar het werkveld zou worden uitgebreid tot alle ziektebeelden die dergelijke zorgen vereisen. Wij wachten daarvoor op een studie van het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorgen, waarvan de resultaten worden verwacht in april 2009.

**06.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik hoop dus dat de overgangsmaatregel wordt verlengd tot 2009 en dat er vanaf 2010 een structurele financiering komt. Dat geeft zekerheid aan de betrokken equipes.

**06.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Inderdaad. Ik kan daarop alleen positief antwoorden.

*Het incident is gesloten.*

**07 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verpleegkundigen met een bijzondere deskundigheid in de diabetologie" (nr. 7253)**

**07.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Op 9 mei 2008 stelde ik een schriftelijke vraag over de erkenning van de bijzondere beroepsbekwaamheid in de diabetologie. De minister antwoordde daarop dat zij van plan was alle titels en bijzondere beroepsbekwaamheden van het KB van 27 september 2006 in te voeren nadat de Nationale Raad voor de Verpleegkunde opnieuw zou zijn samengesteld.

Heeft die Raad inmiddels het werk hervat? Wanneer worden die titels en bijzondere beroepsbekwaamheden ingevoerd?

**07.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Minister Onkelinx wil deze bijzondere beroepstitels en deskundigheden van de verpleegkundigen erkennen. Dat maakt deel uit van het plan om de aantrekkelijkheid van het beroep te vergroten, dat werd voorgesteld aan de Nationale Raad voor de Verpleegkunde, die op 28 augustus 2008 opnieuw werd samengesteld. De Raad moet nu de titels en deskundigheden die prioritair moeten worden erkend, selecteren uit de lijst van het KB van 27 september 2006.

Er werd afgesproken dat de Raad begin oktober een eerste evaluatie aan de minister zou overhandigen.

Na de bijzondere beroepstitel in de oncologie, die in het Nationale Kankerplan werd geïntegreerd en binnenkort zal worden gepubliceerd, wil de minister andere titels en deskundigheden progressief erkennen indien zij coherent zijn met de andere maatregelen inzake gezondheid. Het starten van de zorgtrajecten voor patiënten met diabetes in 2009 kan beschouwd worden als een opportuniteit voor de deskundigheid in de diabetologie.

**07.03** **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Er komen dus zorgprogramma's voor diabetes, in het raam waarvan eventueel de erkenning van de bijzondere beroepstitels zal worden overwogen, en de Raad werd op 28 augustus samengesteld, maar ik hoor niet dat de minister de beroepstitel diabetologie wil erkennen.

**07.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Toch wel. Ik kan die intentie bevestigen.

*Het incident is gesloten.*

**08 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "geneesmiddelen voor kinderen" (nr. 7254)**

**08.01** **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Over geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik gebeurt veel studie en dat heeft te maken met de voorwaarden waaraan geneesmiddelen moeten voldoen alvorens zij aan kinderen mogen worden toegediend en met het beperkte aantal proefpersonen. Het in de handel brengen van zo'n geneesmiddel is terecht strikt gereguleerd. Het gevolg is evenwel dat nog steeds aangepaste geneesmiddelen voor kinderen ontbreken.

Met zijn verordening 1901/2006 van 12 december 2006 inzake geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik vraagt Europa aandacht voor deze materie. Het doel is om de ontwikkeling en de beschikbaarheid van dit soort geneesmiddelen te stimuleren, ondanks de hogere kosten. Een eerste evaluatie van deze verordening door de *European Academy of Pediatrics*, dat het Comité Pédiatrie is binnen het Europees Geneesmiddelenbureau, wees uit dat een grotere participatie van de verschillende Europese landen vereist is om de doelstellingen op lange termijn te realiseren. Ook moet de bestaande expertise worden ondersteund.

Zal de minister deze vraag naar meer middelen aankaarten bij haar Europese collega's?

**08.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Buiten Europa bestaat er inderdaad een zeer duidelijke trend om multicentra voor klinische studies op te richten. De pediatrische reglementering in de Europese wetgeving heeft het klinisch onderzoek bij kinderen eveneens gestimuleerd. De Europese Commissie volgt dergelijk onderzoek zeer strikt op, getuige de oprichting van werkgroepen op het niveau van het EMEA (European Medicine Agency) voor het vastleggen van wetenschappelijke en ethische normen ter zake. Een van de taken van het EMEA betreft het accrediteren van netwerken voor onderzoek bij kinderen.

Minister Onkelinx zal haar Europese collega's zeker om ondersteuning inzake middelen vragen voor deze initiatieven. Het Federale Agentschap voor de Geneesmiddelen en de Gezondheidsproducten zal trouwens in samenwerking met de Belgische vereniging van pediaters een specifieke werkgroep oprichten. De inspectie en controles van de klinische studies worden op het niveau van EMEA ook gecoördineerd via de inspecties Good Clinical Practice, welke bovendien nauw samenwerken met de Wereldgezondheidsorganisatie om een maximale veiligheid voor de deelnemers en betrouwbare en correcte resultaten te garanderen.

**08.03** **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Het is goed dat de minister haar steun hieraan verleent en wij zullen dit standpunt duidelijk naar buiten brengen om te vermijden dat hiervoor nieuwe resoluties op Europees niveau worden ingediend.

**08.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Collega Avontroodt kan zeker rekenen op de vastbeslotenheid van de minister.

*Het incident is gesloten.*

**09** **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de risico's van het kopen van geneesmiddelen via internet" (nr. 7332)**

**09.01** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Consumenten die geneesmiddelen online aankopen, worden blootgesteld aan ongecontroleerde risico's, zoals zelfmedicatie en namaak. Beschikt u over gegevens met betrekking tot het aantal personen dat geneesmiddelen via internet aankoopt?

Werden er gezondheidsproblemen vastgesteld bij personen die online aangekochte geneesmiddelen hadden genomen?

Wat kunnen wij ondernemen om onze medeburgers te beschermen?

Is het haalbaar om aan de zoekmachines de opdracht te geven de websites die vervalste geneesmiddelen aanbieden, uit te sluiten ?

Hoe kan dit soort websites onderscheiden worden van de websites die er een zuivere verkoopethiek op na houden ?

Hoe denkt u dit probleem aan te pakken ?

**09.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Frans*): Mevrouw Onkelinx deelt uw terughoudendheid en geeft een vierledig antwoord. Zij beschikt niet over precieze gegevens betreffende het aantal kopers, via internet, in België. Voor 2007 verklaren de douanediens ten ongeveer 79.000 via internet verkochte geneesmiddelen in beslag genomen te hebben. Sinds mei 2006 heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten 411 dossiers geopend wegens illegale aankoop van geneesmiddelen via internet.

Het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking heeft geen meldingen binnengekregen over ongewenste gevolgen van geneesmiddelen die via internet gekocht werden. Het Antigifcentrum laat weten dat het af en toe vragen krijgt over deze geneesmiddelen, maar verstrekt geen specifiekere gegevens hieromtrent.

In de gevallen die u beschreven heeft, kan er gesproken worden van oplichting. De criminaliteit rond de geneesmiddelenverkoop via internet is een dringend probleem dat geen enkel land alleen kan oplossen. De nadruk moet dus worden gelegd op een betere samenwerking op nationaal en internationaal, multidisciplinair en multisectoraal niveau.

Er werden verschillende initiatieven genomen: een bewustmakingscampagne; een nieuw koninklijk besluit dat de werking regelt van voor het publiek opengestelde apotheken en in strikte voorwaarden voorziet voor de internetverkoop van voorschriftvrije geneesmiddelen door de apothekers; de oprichting van een speciale onderzoeksentiteit bij het FAGG in 2007 en een verhoogde samenwerking tussen het FAGG, de douane en de politiediensten.

Op internationaal vlak werd een hecht samenwerkingsverband gesmeed. België werkt in de Raad van Europa actief mee aan een verdrag ter bestrijding van namaakgeneesmiddelen en van de farmaceutische criminaliteit.

Het voorstel dat de Europese instantie EAASM ("European Alliance for Access to Safe Medicines") doet, is dat de zoekmotoren wordt gevraagd pagina's die namaakgeneesmiddelen aanbieden, systematisch te verwijderen.

**09.03** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Er is sprake van 62 procent vervalste geneesmiddelen! De handelingen van de vervalsers hebben onder meer gevolgen voor het wetenschappelijke onderzoek.

Het is van belang om namaak op te sporen en te herinneren aan de belangrijke raadgevende rol van de apotheker.

Ik hoop dat de minister invloed zal kunnen uitoefenen op de Europese Raad van Ministers, opdat er op

supranationaal niveau gehandeld wordt.

*Het incident is gesloten.*

**10 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's verbonden aan het gebruik van Viagra bij intensieve sportbeoefening" (nr. 7439)**

**10.01 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Het cadeau doen van Viagra op het internet, als gratis aanbieding of bij de aankoop van sommige geneesmiddelen, verrast mij.

Het kleine blauwe pilletje dat het leven van talrijke paren opmontert, heeft ook nog andere gevolgen. Ik stel mij vragen bij de mogelijke gevolgen voor de hartspeer van sportlui die Viagra gebruiken tijdens de competities.

Hebben uw diensten hierover met bekwame spoed een onderzoek ingesteld? Is het nemen van Viagra een gevaar in het kader van een sportieve of musculaire inspanningen? Zo ja, kunt u vragen dat dat vermeld wordt in de bijsluiter van het product? Kunt u er een informatiecampagne over organiseren bij de voorschrijvende artsen en in de media?

**10.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans) :** Mevrouw Onkelinx herinnert eraan dat de patiënt baat heeft bij dit geneesmiddel zoals bij om het even welk ander geneesmiddel, maar dat hij er ook de risico's van ondergaat. Naast de inwerking op de erectiestoornissen, bevordert Viagra ook de verwijding van de longbloedvaten. Dat fenomeen kan het de rode bloedlichaampjes makkelijker maken om efficiënter naar de longen te gaan en het opgenomen zuurstofgehalte te verbeteren.

Maar niets bewijst dat Viagra een atleet in staat stelt om zijn sportieve prestaties te verbeteren. Het comité deskundigen van het Wereld Anti-Doping Agentschap heeft Viagra niet opgenomen op de lijst van verboden stoffen, want het beschikt niet over de elementen die aantonen dat de criteria om er op te staan, vervuld zijn, namelijk verbetering van de sportprestatie en/of risico's bij het gezonde subject.

De speciale onderzoekseenheid bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten is belast met de strijd tegen de farmaceutische criminaliteit (onder meer doping voor menselijk en voor dierlijk gebruik). Tot op heden heeft die eenheid nog niets verontrustends vastgesteld wat het gebruik van Viagra in sportmiddelen betreft. Het Agentschap ontving ook geen meldingen met betrekking tot hartproblemen als gevolg van het gebruik van Viagra voor een belangrijke sportieve of musculaire inspanning.

Het gebruik van de stof wordt ontraden aan patiënten die lijden aan ernstige hart- en vaatandoeningen, die trouwens beter niet seksueel actief zijn. Het actieve bestanddeel van Viagra wordt enkel op voorschrift afgeleverd, na een risico-evaluatie door de arts van patiënten bij wie een onderliggende ziekte wordt vermoed of bij wie het geneesmiddelen bijwerkingen kan hebben.

Zoals voor alle geneesmiddelen het geval is, zullen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en het Europees Geneesmiddelenbureau Viagra permanent blijven opvolgen, zeker wat betreft het oneigenlijke of het verkeerde gebruik van het geneesmiddel voor andere doeleinden dan die waarvoor het geregistreerd werd.

**10.03 Jean-Jacques Flahaux (PS):** Rond Viagra hangt vandaag nog een positief beeld, omdat het in verband wordt gebracht met best leuke bezigheden. Voorkomen is echter beter dan genezen. We moeten ervoor zorgen dat de generaties die het geneesmiddel vaak gebruiken, binnen vijf of tien jaar niet het slachtoffer worden van een gebrek aan informatie.

Naast Viagra bestaan er trouwens nog andere producten met dezelfde werking. Ik maak me zorgen om de mogelijke bijwerkingen van al die producten, waarvan ik overigens het nut voor vele 50-plussers niet in twijfel trek.

*Het incident is gesloten.*

**11 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en**

**Volksgezondheid over "de niet-terugbetaling van logopediekosten voor kinderen die voor taalbadonderwijs hebben gekozen" (nr. 7483)**

**11.01 Jean-Luc Crucke (MR):** De logopediesessies voorgeschreven aan dyslectische kinderen die naar een taalbadschool gaan worden niet terugbetaald door het ziekenfonds omdat de dyslexie te wijten zou zijn aan het aanleren van een andere taal.

Vormt dat geen discriminatie? Leidt deze houding er niet toe dat het aanleren van talen ontmoedigd wordt? Zou er geen wetgevend initiatief moeten worden genomen om deze situatie recht te zetten?

**11.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans):** Eerst en vooral wil ik verduidelijken dat mevrouw Onkelinx en ikzelf de taalbadexperimenten steunen.

De nomenclatuur van de logopedieverstrekkings bepaalt dat een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging uitgesloten is in geval van een logopedische behandeling en stoornissen ten gevolge van het aanleren van een tweede taal of van een veeltalige opvoeding.

Het discriminerend karakter van die weigering tot terugbetaling door de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen verdient een debat. Is die weigering ingegeven door budgettaire redenen of door de beperkingen van de logopedie bij de behandeling van die vorm van dyslexie? Mevrouw Onkelinx zal de Commissie vragen die beslissing te motiveren.

**11.03 Jean-Luc Crucke (MR):** Het verheugt mij dat er in dit antwoord naar de Commissie wordt verwezen, want er moet klaarheid komen over de reden van die discriminatie.

*Het incident is gesloten.*

**12 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort van 1260 urgentieartsen bij de Belgische spoedgevallendiensten" (nr. 7484)**

**12.01 Jean-Luc Crucke (MR):** Volgens dr. Stroobants, voorzitter van de Belgische vereniging van spoedartsen (*BeCEP, Belgian College of Emergency Physicians*), zou er een tekort zijn aan urgentieartsen. Bevestigt u dat er ongeveer 1200 urgentieartsen te weinig zijn? Stemt die vaststelling overeen met de statistieken van het ministerie van Volksgezondheid? Hoe wordt het benodigde aantal urgentieartsen bepaald? Indien er een tekort bestaat, is het dan algemeen of zijn er gewestelijke verschillen? Worden er maatregelen in het vooruitzicht gesteld?

Deze vraag is des te meer verontrustend omdat er vanaf januari ook in de MUG-ambulances (mobiele urgentiegroep) een urgentiearts aanwezig zal moeten zijn.

Bevestigt u voorts dat de specifieke honoraria om het overmatig gebruik van de spoeddiensten te bekampen zelden worden toegepast wegens de administratieve rompslomp?

**12.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans):** Het aantal urgentieartsen dat nodig is voor de goede werking van de spoeddiensten en van de MUG's wordt geschat door het aantal permanenties op de diensten te vermenigvuldigen met zes en met het aantal diensten. Het door dr. Stroobants aangehaalde aantal van 1860 urgentieartsen ligt dus dicht bij de werkelijke behoefte.

Het tekort aan urgentieartsen is echter minder groot dan wat het BeCEP beweert. Het BeCEP houdt geen rekening met de geneesheren die houder zijn van het brevet in de acute geneeskunde (BAG). Ik heb een tabel voor u met de gedetailleerde cijfers. Er zijn in België 244 specialisten in de acute geneeskunde, 398 specialisten in urgentiegeneskunde en 1.022 geneesheren die houder zijn van het BAG, dus in totaal 1.664 geneesheren die urgentiegeneskunde mogen uitoefenen, en 108 kandidaat-specialisten in opleiding.

Om het tekort te verhelpen, zijn er overgangsmaatregelen ingesteld die het mogelijk maken geneesheer-specialisten of kandidaat-geneesheer-specialisten uit het derde jaar of hoger in een van de disciplines zoals bedoeld in artikel 2 van het ministerieel besluit van 14 februari 2005 voor permanenties in te laten staan in de spoedafdelingen en de MUG's, en sinds juni 2008 moeten er in de quota voor geneesheren-specialisten elk jaar minstens tien geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde en vijf geneesheren-specialisten in de

urgentiegeneskunde opgeleid worden. Mevrouw Onkelinx bestudeert tevens de mogelijkheid om de quota voor de specialisatie in urgentiegeneskunde te verhogen.

Het tekort aan geneesheren in de urgentiegeneskunde is groter in de grensstreken in het noorden van het land en in de Waalse plattelandsgebieden, in het bijzonder in de provincie Luxemburg.

Ik stel u voor het antwoord van mevrouw Onkelinx op de twee bijkomende vragen die u gesteld heeft over de MUG-ambulances en het niet toepassen van de tarieven, later te bezorgen.

**12.03 Jean-Luc Crucke (MR):** Het verschil tussen de cijfers van het BeCEP en die van u is blijkbaar te wijten aan de BAG's. Dat is een andere opleiding. Is het kwalitatieve verschil groot?

**12.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans):** Er is een verschil, maar de BAG's beantwoorden aan de criteria om urgentiegeneskunde uit te oefenen.

*Het incident is gesloten.*

**13 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cosmetica voor baby's" (nr. 7521)**

**13.01 Jean-Luc Crucke (MR):** Volgens een communiqué van de Commissie voor de duurzame ontwikkeling inzake volksgezondheid bevatten de pakketten die jonge ouders in de kraamkliniek ontvangen, vaak producten die mogelijk kankerverwekkend zijn. In het communiqué heeft men het over sterke vermoedens, en dat kan men niet zomaar naast zich neerleggen. Voorts zou dat een verklaring kunnen zijn voor de kankercijfers bij kinderen jonger dan drie jaar. Het gaat om basisproducten: shampoos, zalven, gels, luiers. Heeft u kennis genomen van dat communiqué? Worden die producten ook op de Belgische markt verdeeld? Is er reden tot ongerustheid? Is het niet aangewezen die producten bij de minste twijfel niet te gebruiken? Is er ter zake een volledige informatie beschikbaar?

**13.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans):** Minister Onkelinx is het zeker met u eens wat de waakzaamheid betreft, maar deelt misschien niet alle besluiten die door de kranten worden getrokken. Minister Onkelinx is dus wel degelijk op de hoogte van die artikels. Ik herinner eraan dat de veiligheid van de schoonheidsproducten op Europees niveau strikt gereguleerd is en het voorwerp is van gerichte controles.

De richtlijn "cosmetische producten" voorziet in twee mechanismen om de veiligheid van de cosmetica op de markt te verzekeren. Ten eerste bevat die richtlijn beperkingen voor meer dan 1.500 bestanddelen, met name een lijst van verboden bestanddelen, een lijst van aan beperkingen onderworpen bestanddelen en een lijst van toegestane bewaarmiddelen, kleurstoffen en uv-filters. De als CMR 1 en 2 ingedeelde stoffen – dus de kankerverwekkende, mutagene en voor de voortplanting giftige stoffen – mogen niet in cosmetica gebruikt worden. Wat de bewaarmiddelen, de kleurstoffen en de uv-filters betreft, mogen enkel de stoffen die in de positieve lijsten voorkomen, gebruikt worden, en dan nog met inachtneming van de vastgelegde beperkingen. Die lijsten werden opgesteld, rekening houdend met alle beschikbare toxicologische gegevens.

Ten tweede legt de richtlijn een beoordeling op ten aanzien van de veiligheid voor de menselijke gezondheid van elk cosmetisch eindproduct dat op de markt wordt gebracht. Er is een specifieke veiligheidsbeoordeling vereist voor cosmetica die bestemd zijn voor kinderen van minder dan drie jaar. Deze beoordelingen moeten ter beschikking worden gehouden van de bevoegde diensten in de landen van de productie of eerste invoer op de markt in Europa. De inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid controleert dus de beoordelingen van producten die in België worden geproduceerd of die via ons land voor de eerste keer in de Europese Unie worden ingevoerd. Deze dienst controleert ook de samenstelling van de cosmetische producten. Er wordt speciale aandacht besteed aan producten voor baby's en jonge kinderen.

Gelet op de veiligheidswaarborgen die de reglementering betreffende cosmetica voorziet en op de controles die de conformiteit van de producten verzekeren, lijkt het niet gerechtvaardigd om de uitdeling van de koffers stop te zetten. We denken er dus niet aan om de cosmetische producten aan een toelatingsstelsel voor invoer op de markt te onderwerpen. Ons mechanisme is streng gereguleerd en wetenschappelijk opgevolgd. Het betrokken Belgische departement trekt dus niet dezelfde conclusies als de Franse vereniging.

**13.03 Jean-Luc Crucke (MR):** Uw uitleg is geruststellend en u voert elementen aan die controles mogelijk maken. Indien een product ter discussie wordt gesteld, kan de juistheid worden nagegaan aan de hand van beoordelingsdossiers en lijsten .

*Het incident is gesloten.*

**14 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de persoonlijke bijdrage in geval van ziekenhuisopname" (nr. 7550)**

**14.01 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Behoudens reglementaire uitzonderingen hangen de kosten voor verblijf en honoraria in een ziekenhuis af van het feit of men in een eenpersoons- of een tweepersoonskamer verblijft.

Men gaat ervan uit dat de informatie over die verschillende honoraria aan de patiënt overhandigd werd bij de opnameverklaring. Dat document wordt echter vaak ter ondertekening aan de patiënt voorgelegd alsof het onbetekenend was. Tijdens de ziekenhuisopname wordt aan de patiënt medische handelingen voorgesteld zonder dat de kost ervoor vooraf duidelijk meegedeeld werd!

Strookt de ingevoerde opnameverklaring met het vooropgestelde doel?

Heeft u kennis van klachten betreffende informatie die niet aan de patiënten meegedeeld werd, waardoor problemen bij de betaling van de kosten voor de ziekenhuisopname ontstaan?

Over welke informatie beschikt u met betrekking tot een mogelijke toename van het aantal onbetaalde rekeningen?

Welke maatregelen overweegt u om de patiënten betere informatie te verstrekken?

**14.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans):** Er wordt momenteel gewerkt aan een evaluatie van de opnameverklaring die zal leiden tot een wijziging van het koninklijk besluit van 17 juni 2004. De ziekenhuizen zullen verplicht zijn een lijst op te stellen met de prijzen van de aangeboden producten en diensten en die samen met de opnameverklaring aan de patiënt te overhandigen.

Ingevolge artikel 8, § 2, van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 moet de beroepsbeoefenaar de patiënt op de hoogte stellen van de financiële gevolgen van de geneeskundige verzorging die hij hem verstrekt.

In het jongste jaarverslag van de Federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt" wordt benadrukt dat de ziekenhuisfacturen onnauwkeurige en onvolledige informatie bevatten.

Ten slotte hebben de diensten van de minister onlangs, via de boekhoudkundige gegevens, de niet-invorderbare inkomsten nagecheckt. Voor de periode 2000-2005 schommelde dat bedrag voor alle ziekenhuizen samen tussen 2,5 en 3 procent van het omzetcijfer en het blijft constant.

*Het incident is gesloten.*

**15 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT)" (nr. 7554)**

**15.01 Sonja Becq (CD&V - N-VA):** Er heerst grote onduidelijkheid over de financiering van de projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT).

Zal de minister in het kader van de begrotingsopmaak 2009 voorzien in de nodige werkingsmiddelen voor de bestaande 41 PZT-projecten? Komt er, conform het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, een uitbreiding van het aantal projecten? Welke bijkomende middelen staan daar tegenover?

**15.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands):** Tot nu toe dekt de financiering van de PZT-projecten enkel de loonkosten van twee voltijds equivalenten. De kosten van de werkingsmiddelen worden meestal verhaald op de psychiatrische patiënt. Om deze projecten betaalbaar en toegankelijk te houden, werd in de begrotingsopmaak een budget van 0,5 miljoen euro opgenomen voor de werkingsmiddelen en een budget van 1,341 miljoen euro voor de uitbreiding van het aantal projecten. De minister zal de steun van alle fracties vragen om deze budgetten voor 2009 te kunnen behouden.

**15.03 Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Ik noteer dat de minister positief reageert en zoekt naar brede steun voor dit initiatief.

*Het incident is gesloten.*

**16 Samengevoegde vragen van**

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de referentiecentra voor CVS (Chronisch Vermoeidheidssyndroom)" (nr. 7557)
- mevrouw **Maggie De Block** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 7558)

**16.01 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Het Federaal Kenniscentrum publiceerde onlangs een negatieve evaluatie van de huidige vijf CVS-centra. De bezwaren betreffen het onvoldoende inschakelen van huisartsen bij de behandeling, de onvoldoende fysieke revalidatie, de onvoldoende resultaten van de cognitieve gedragstherapie, het uitblijven van een sociale integratie van de patiënt en de veel te lange wachtlijsten.

Het is duidelijk dat, als de referentiecentra niet drastisch het roer omgooien, de geldkraan dichtgedraaid zal worden.

Wat is de reactie van de minister op deze negatieve evaluatie? Is er sprake van een bijsturing van het beleid?

**16.02 Maggie De Block** (Open Vld): Reeds van bij de oprichting van de CVS-centra voeren wij met de betrokken minister dezelfde discussies, waarbij steeds opnieuw evaluaties en bijstellingen in het vooruitzicht worden gesteld.

Ondanks alle negatieve evaluaties blijft er echter elk jaar opnieuw 1,7 miljoen euro naar deze centra vloeien, zonder dat er een bijsturing gebeurt. De concessie vanwege het Riziv werd reeds met zes maanden verlengd, nu moet er een beslissing komen.

Onderschrijft de minister de conclusies van het Kenniscentrum betreffende de CVS-centra? Het Kenniscentrum verbindt een aantal voorwaarden aan hun verdere subsidiëring. Wat is het standpunt van de minister?

**16.03 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Het evaluatierapport over de CVS-referentiecentra werd enkele dagen geleden bekendgemaakt en op basis daarvan hebben de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum gezamenlijk een advies uitgebracht over de zorgverlening. Daarin zeggen zij dat de klinische resultaten van de referentiecentra slechts matig, maar vooral moeilijk, te interpreteren zijn. Toch luidt de conclusie dat het experiment nuttig was voor de ontwikkeling van diagnostische en therapeutische expertise.

Positief zijn de toepassing van behandelingen waarvan de werkzaamheid in de medische literatuur vermeld staat, het bevestigen van de diagnose en de invaliditeitsgraad, het ter beschikking stellen van psychologische educatie voor de naasten en de familie, en het lage percentage van onderbreking van de behandeling.

Problematisch zijn echter de grote afstand voor vele patiënten, de lange wachttijden, de geringe motivatie van de patiënten – die vooral gericht is op het krijgen van een uitkering, geen of te weinig individuele therapie, onvoldoende contact met de huisartsen en kinesisten, ontoereikende opleiding van andere verzorgers, te weinig banden met de externe psychotherapeuten en een leemte in de conceptualisering en het opzetten van zorgnetwerken voor de toekomst.

De conclusie is dat de referentiecentra hun missie niet hebben vervuld, namelijk het ontwikkelen van een getrapte zorgorganisatie waarin zij de eerste lijn zouden ondersteunen. De Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum adviseren de invoering van een meer gestructureerde zorgorganisatie waarbij de eerste lijn, namelijk de huisarts, de kinesist of de psycholoog, een centrale rol krijgen in samenwerking met nabijgelegen

tweedelijnscentra en een referentiecentrum. Het advies laat dus duidelijk ruimte voor het voortbestaan van de referentiecentra, ondanks de vele negatieve punten. Dat de huidige financiering ervan aangepast zal moeten worden om een getrapte zorgorganisatie te realiseren, is onvermijdelijk. Daarvoor moet het Riziv initiatieven nemen. Het advies bevat geen pasklare recepten en elke nieuwe reglementering vergt tijd. Daarom worden de bestaande overeenkomsten best nog ongewijzigd verlengd. Ter informatie: er werd in 2008 maximaal 1,6 miljoen euro begroot voor de vijf centra. Hun totale uitgaven bedroegen in 2006 en 2007 respectievelijk 1,2 en 1,1 miljoen euro.

Het advies pleit voor verschillende doelstellingen die elk hun prijskaartje hebben: aangepaste zorg in de eerste en de tweede lijn, meer individuele behandeling in plaats van groepstherapie, meer onderzoek naar de klinische efficiëntie en kosten-batenanalyse. De vraag is uiteraard of dat alles kan binnen het huidige budget.

**16.04 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Dit is een merkwaardig antwoord. Alhoewel het advies en de evaluatie vrij duidelijk zijn, blijft de bijsturing van het beleid vaag. De financiering wordt verlengd, maar voor hoelang? Een nieuwe financiering vergt tijd, gezien de verschillende procedures die moeten worden doorlopen, maar er bestaat geen enkele timing. Schuiven we zo het probleem niet gewoon voor ons uit? De referentiecentra voldoen niet aan de verwachtingen, maar de minister doet alsof er niets aan de hand is.

**16.05 Maggie De Block** (Open Vld): De hele operatie is mislukt. Dat is niet de verantwoordelijkheid van de minister, maar ze draagt wel een grote verantwoordelijkheid als ze het roer niet omgooit. Die 1,6 tot 1,7 miljoen euro kunnen anders worden aangewend om de twintigduizend CVS-patiënten te helpen. Hoe dat moet gebeuren staat in het advies, onder meer via het inschakelen van de huisartsen.

In 2002 werden de huisartsen op een zijspoor gezet. En het was niet de taak van de referentiecentra om CVS-patiënten aan een uitkering te helpen, maar wel om ze te helpen via cognitieve gedragstherapie en andere. De overeenkomsten met de referentiecentra verlengen omdat er geen alternatief zou zijn, is onvoldoende en ronduit beschamend.

**16.06 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Dit is een genuanceerd rapport met positieve en veel negatieve punten. We moeten het inderdaad beter doen met het huidige budget. Het is een uitdaging voor de minister om het systeem binnen het bestaande budget te verbeteren.

*Het incident is gesloten.*

**17 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie" (nr. 7603)**

**17.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Op 24 oktober 2007 werd het ministerieel besluit gepubliceerd met betrekking tot de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie en de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie. Dit werd gevolgd door een groot overleg tussen alle actoren op het kabinet van toenmalig minister Demotte om de teloorgang van de expertise van de orgaanspecialisten ter zake te vermijden. De minister verwees toen naar het advies inzake de bijzondere erkenningscriteria voor elke basisspecialiteit dat zij tegen juni 2008 verwachtte van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen.

Beschikt zij reeds over dit advies? Zo ja, welk gevolg zal zij hieraan geven? Momenteel heerst er namelijk een grote ongerustheid bij de orgaanspecialisten.

**17.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Na de publicatie van het ministerieel besluit van 24 oktober 2007 betreffende de bijzondere beroepstitel in de medische oncologie en de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie werd inderdaad al een erkenningcommissie ingesteld voor de medische oncologie, maar nog niet voor de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie. De bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie is toegankelijk voor dertien basisspecialisaties. Het ministerieel besluit van 24 oktober 2007 legt enkel de algemene erkenningvoorwaarden vast. De specifieke criteria voor elke basisspecialisatie moesten nog worden vastgelegd.

De Hoge Raad analyseert momenteel de voorstellen ter zake en deze adviezen worden afgewacht voor de erkenningcommissies kunnen beslissen over individuele dossiers. De Hoge Raad vindt dat er geen specifieke commissie moet worden opgericht voor de erkenningen binnen de oncologie, maar wel moeten de bevoegdheden van elke basisspecialiteit worden uitgebreid tot de erkenning in de oncologie op basis van deskundig advies. Dit advies kan echter volgens minister Onkelinx vragen oproepen met betrekking tot uiteenlopende eisen voor het toekennen van een zelfde bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie, dit afhankelijk van de beslissende commissie van de basisspecialisaties. Het gaat om een ingewikkelde kwestie waarover sereen moet worden nagedacht.

Anderzijds is minister Onkelinx zich bewust van de problemen ten gevolge van eventuele vertraging bij de oprichting van deze erkenningcommissie. Een wijziging van het basisbesluit zal worden gepubliceerd om de termijnen en de opleidingsperiodes af te stemmen op de reële situatie.

**17.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld): Als er nu nood is aan een nieuw besluit met het oog op de termijnen, wijst dat op een probleem op het terrein. Ik hoop alleszins dat wat destijds beloofd werd, niet opnieuw ter discussie wordt gesteld, vermits het ging om een gefundeerde vraag. Een nieuw besluit om opnieuw uit te stellen is bijgevolg een gevaarlijke weg.

*Het incident is gesloten.*

**18 Vraag van mevrouw Hilde Vautmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een actieplan ter preventie van asiëldieren" (nr. 7604)**

**18.01 Hilde Vautmans** (Open Vld): De jaarcijfers van 2007 van 92 erkende Belgische asiëlen geven een lichte daling te zien van het totale aantal opgenomen dieren. Toch spreken we nog altijd van enorme aantallen: 34.944 honden en 33.696 katten. Vanaf 1 januari 2009 zal het houden van honden en katten in winkels verboden zijn, wat het aantal asiëldieren naar verwachting zal doen afnemen. Toch blijft het aantal gedumpte dieren zeer hoog.

Zal de minister de identificatieplicht doen naleven? Hoe zal de minister sterilisaties en castraties stimuleren? Zal zij een langetermijnvisie ontwikkelen om het aantal asiëldieren drastisch te doen dalen? Hoe of waarom niet?

**18.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): De dienst Inspectie Dierenwelzijn gaat bij elke plaatselijke controle ook de identificatie en registratie van de dieren na. Bovendien organiseert deze dienst in samenwerking met de lokale politie sedert drie jaar controleacties met betrekking tot de identificatie van honden. Bij een overtreding krijgt de verantwoordelijke een waarschuwing. Geeft hij daaraan geen gevolg, dan volgt een proces-verbaal dat leidt tot een administratieve boete of een gerechtelijke vervolging. De cijfers laten hierdoor een gevoelige daling van het aantal overtredingen zien. Tevens voert de Belgische Vereniging voor Identificatie en Registratie van Honden informatieve campagnes om het publiek op de hoogte te brengen van de registratieplicht. Regelmatig volgen hierop ook repressieve acties.

De dienst Dierenwelzijn heeft een folder verspreid over de sterilisatie van katten.

De asiëlen zullen samenwerken met de diergeneeskundige faculteiten van Gent en Luik rond sterilisatie. Federaal zijn er geen budgetten voor de financiering van sterilisatieprojecten. Vandaag is dat een zaak van lokale overheden of vzw's.

Er werd reeds een hele reeks maatregelen genomen om het aantal dieren in asiëlen te verminderen, zoals het verbod op verkoop van honden en katten op markten, de verplichte identificatie van honden, en het verbod op publiciteit van verkoop van honden en katten.

De Raad voor Dierenwelzijn wil bovendien het probleem van de overbevolking bij katten aanpakken. De

dienst Dierenwelzijn lanceerde een voorstel voor vroegtijdige sterilisatie van katten.

**18.03 Hilde Vautmans** (Open Vld): Mijn voorstel is om ook de stadswacht bij de problematiek te betrekken. Wat betreft sterilisatie en castratie zou ik de voorstellen van de werkgroepen afwachten. Toch denk ik dat zij wat ondersteuning kunnen gebruiken. Bij de langetermijnplannen hoorde ik weinig nieuws. Misschien is het goed eens te kijken hoe men dit in andere landen aanpakt. Er is nood aan een gecoördineerd actieplan.

*Het incident is gesloten.*

**19 Vraag van de heer Hans Bonte aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "het rapport Problematische schulden van de FOD Sociale Zekerheid" (nr. 7442)**

**19.01 Hans Bonte** (sp.a+VI.Pro): Temidden van de orkaan die is ontstaan door de kredietcrisis, is het goed ook even stil te staan bij de problematiek van schuldeisers en consumentenkredieten. Het aantal wanbetalingen van kredieten stijgt, net als het volume van de achterstallige kredieten.

Daarover verscheen deze zomer een belangwekkend rapport: 8 procent van de bevolking ervaart de afbetaling van consumentenkredieten als een zware last, 5 procent wordt bestaansonzeker door het afbetalen ervan en 6 procent leeft in gezinnen met ten minste twee achterstallige betalingen voor elektriciteit, water of gas, huur of hypotheek, of gezondheidszorgen.

Het percentage wanbetalers dat door de consumentenkredieten in de armoede raakt, is verontrustend. Het gaat om 200.000 mensen.

Welke conclusies trekt de staatssecretaris uit het rapport?

De staatssecretaris heeft onlangs fors uitgehaald naar Citibank. Welk gevolg wordt door de minister van Economie gegeven aan de vraag om op te treden tegen de commerciële politiek van Citibank?

**19.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Het rapport van de FOD Sociale Zekerheid is zeker waardevol. Schulden kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn van armoede. De studie schuift twee indicatoren naar voren om problematische schuldsituaties te meten: het percentage personen in huishoudens met minstens twee achterstallige betalingen voor facturen van elektriciteit, gas, water of gezondheidszorg, en het percentage dat onder de armoedegrens raakt door consumentenkredieten.

Het gaat om 5 à 6 procent van de bevolking, wellicht nog een onderschatting van de realiteit.

Ik zal beide indicatoren opnemen in de armoedebareometer, die in 2009 operationeel zal zijn, opdat de evolutie van schuldoverlast op de voet kan worden gevolgd.

De agressieve verkoopstechnieken van bepaalde kredietverstrekkers liggen zeker mee aan de basis van de schuldoverlast in ons land. Ik heb de minister van Ondernemen verzocht de wettelijkheid van bepaalde praktijken – bijvoorbeeld de verkoop door Citibank van kredietkaarten in stations – te onderzoeken. Hij antwoordde mij op 10 september dat bepaalde praktijken van Citibank werden onderzocht door de directie Controle en Bemiddeling en dat er een onderzoek zou worden geopend inzake het gebruik van standen in publieke ruimtes. Alle bedrijven die krediet verstrekken, moeten aan bepaalde wettelijke voorwaarden voldoen, zoals een inschrijving als kredietbemiddelaar. Tot op heden heeft de directie Controle en Bemiddeling hier geen overtredingen vastgesteld. Wel werd er al ingegrepen om de inhoud van de op die publieke standen verspreide folders aan te passen.

Ook in het plan Armoedebestrijding zit een pakket maatregelen ter bestrijding van schuldenlast. Ik vermeld onder meer een structurele financiering van het Fonds ter Bestrijding van Overmatige Schuldenlast, een verbeterde communicatie tussen schuldbemiddelaar en schuldenaar in de wet op de collectieve

schuldenregeling en een onderzoek naar de praktijken van sommige deurwaarders bij de minnelijke invordering. Al deze maatregelen worden nu op het niveau van de kabinetten van de bevoegde ministers besproken en hebben bovendien ondertussen al aanleiding gegeven tot een aantal wetsvoorstellen.

Ik verwacht dat er op het vlak van de armoedebestrijding een en ander in beweging kan worden gebracht voor de eerste evaluatie van het Armoedeplan in december van dit jaar.

**19.03 Hans Bonte** (sp.a+VI.Pro): Het rapport in kwestie maakt in zijn conclusies melding van het feit dat bij 2 procent van de gezinnen die in de armoede terechtkomen, kredietverstrekking aan de basis hiervan ligt. Dit is de eerste keer dat dit als oorzaak wordt aangevoerd. En naar alle waarschijnlijkheid is die 2 procent nog een te lage raming.

Ik noteer dat er volgens de minister van Ondernemen geen inbreuk op de regelgeving kon worden vastgesteld. Desalniettemin staat het meer en meer vast dat de onderzochte praktijken wel degelijk leiden tot armoede, dus moeten we ons afvragen of de wetgeving wel sluitend is. Ikzelf ben ervan overtuigd dat de vigerende wetgeving wel degelijk met voeten wordt getreden. Zoniet zou het Brusselse parket Citibank toch niet hebben gedagvaard wegens inbreuken op de handelspraktijken.

**19.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Misschien heb ik me daarnet niet goed uitgedrukt. In het dossier-Citibank is er nog geen beslissing gevallen. Het is op het vlak van de verplichte accreditering voor kredietverstrekkers – en uitsluitend op dit vlak – dat er geen overtreding werd vastgesteld.

Deze problematiek verdient alleszins een groot parlementair debat.

*Het incident is gesloten.*

**20 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "het uitblijven van de realisatie van een rechtsbijstandgids" (nr. 7590)**

**20.01 Rita De Bont** (Vlaams Belang): Het Steunpunt tot Bestrijding van Armoede, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting pleit in zijn verslag 2007 voor een betere informatieverstrekking voor de rechtzoekenden. Onder meer verenigingen die actief zijn op het vlak van de armoedebestrijding zijn gewonnen voor de publicatie van een rechtsbijstandgids. Het verslag stelt vast dat een dergelijke gids nog steeds niet is verschenen, ook al was het kabinet van de minister van Justitie voor dit idee gewonnen.

Wanneer zal een rechtsbijstandgids het licht zien?

**20.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Minister Onkelinx was in haar hoedanigheid van minister van Justitie absoluut voorstander van de publicatie van een rechtsbijstandgids. Het was echter niet meer mogelijk om die gids te publiceren tijdens de vorige regeerperiode. De huidige minister heeft de rechtsbijstandgids niet opgenomen in zijn beleidsbrief. Hij verkiest alternatieve wegen te bewandelen inzake informatieverstrekking voor de rechtzoekenden.

In haar Armoedeplan heeft minister Onkelinx als minister van Sociale Zaken een aantal maatregelen opgenomen. Zo is er de inrichting van een enkel loket voor rechtshulp en rechtsbijstand.

Er werd bovendien in samenwerking met Justitie een werkgroep in het leven geroepen om de rechtstaal te vereenvoudigen en er komt een doorlichting van de werking van de commissies voor juridische bijstand in alle gerechtelijke arrondissementen.

**20.03 Rita De Bont** (Vlaams Belang): Een rechtsbijstandgids is van cruciaal belang bij het informeren van de rechtzoekenden.

*Het incident is gesloten.*

**21 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de staatssecretaris voor Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "het evalueren van de**

**effecten van de liberalisering van de gas- en elektriciteitsmarkten" (nr. 7591)**

**21.01** Rita De Bont (Vlaams Belang): In het verslag 2007 van het Steunpunt ter Bestrijding van Armoede, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting wordt aangeraden om de gevolgen van de liberalisering van de energiemarkten zowel op federaal als op gewestelijk vlak te evalueren.

Welke initiatieven heeft de minister reeds genomen om deze aanbeveling op te volgen? Zal de minister het Steunpunt betrekken bij deze initiatieven?

**21.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): De gewaarborgde toegang tot energie voor iedereen, ook de kansarmen, is een belangrijke doelstelling in het Federale Armoedeplan. Het betreft een basisrecht in overeenstemming met de menselijke waardigheid en ik ben van plan het in de Grondwet te laten opnemen.

We hebben ook maatregelen genomen om het sociaal tarief te optimaliseren. We willen garanderen dat het sociaal tarief steeds het goedkoopste tarief is en dat het automatisch en zo snel mogelijk wordt toegekend aan wie het nodig heeft. Ik verwacht dat dit in de eerste helft van 2009 al vlot zal verlopen. Intussen zit ook de aanstelling van de federale ombudsman in de laatste rechte lijn. Daarbij komen nog maatregelen om de zwakste burgers te ondersteunen door extra tegemoetkomingen inzake energie.

Ook op gewestelijk vlak is er een aantal initiatieven. Zo onderzoekt een werkgroep binnen het Vlaamse Parlement de sociale gevolgen van de liberalisering van de markt. Uiteraard pleit ik ervoor om de federale en gewestelijke maatregelen zoveel mogelijk te harmoniseren.

**21.03** Rita De Bont (Vlaams Belang): Het is duidelijk dat de minister werk maakt van deze belangrijke materie. Ook de harmonisering van de federale en gewestelijke maatregelen is een goede zaak.

*Het incident is gesloten.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.05 uur.*

La réunion publique est ouverte à 14 h 10 sous la présidence de Mme Maggie De Block.

**01 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les exigences des sages-femmes" (n° 7200)**

**01.01** Yolande Avontroodt (Open Vld) : Notre pays connaît un faible taux de mortalité périnatale. Aux Pays-Bas, où le nombre d'accouchements à domicile sous le contrôle d'une sage-femme est beaucoup plus élevé, les chiffres sont moins bons.

Les sages-femmes souhaitent actuellement l'instauration d'un numéro de nomenclature pour les prestations effectuées dans le cadre de la consultation préconceptionnelle. Elles demandent également à pouvoir effectuer des interventions occasionnelles, notamment le traitement de maladies et d'infections dont souffrent les futurs parents, et à ce que les médicaments et le traitement prévus pour les affections chroniques soient adaptés, afin de minimaliser l'effet tératogène.

Cette matière relève de la compétence des médecins. La femme enceinte doit être considérée dans sa globalité, pas uniquement la grossesse en tant que telle.

Le prédécesseur de la ministre s'est rendu compte qu'un élargissement des compétences n'est pas conciliable avec l'arrêté royal n° 78 qui dispose qu'il revient aux médecins de poser le diagnostic des maladies et des infections et de les traiter.

Quel est le point de vue de la ministre à ce sujet ?

*Présidente: Mme Muriel Gerken.*

**01.02** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Les activités autonomes réservées aux sages-femmes comprennent la pose du diagnostic de grossesse, la surveillance avant, pendant et après l'accouchement, les soins aux nouveaux-nés, les mesures préventives, les actes à poser en cas d'urgence en attendant l'arrivée de l'aide spécialisée et la dispense d'informations en matière de santé.

C'est le Roi qui détermine quels médicaments peuvent être prescrits de manière autonome.

Les interventions chez les parents souffrant de maladies et d'infections ne sont pas considérées comme relevant de la tâche des sages-femmes. Une modification de leurs compétences doit faire l'objet d'un débat au Parlement.

**01.03** **Yolande Avontroodt** (Open Vld): L'arrêté royal n° 78 doit donc être respecté, à moins que le débat parlementaire amène à d'autres conclusions.

*L'incident est clos.*

**02** **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé" (n° 7201)**

**02.01** **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a été créé en vertu de la loi-programme du 24 décembre 2002. Il a acquis depuis lors une excellente réputation et a prouvé qu'il revêt une grande valeur en regard de la politique de santé dans ce pays. Depuis 2004, il publie chaque année un rapport qui comprend un aperçu des études publiées.

Depuis le départ du directeur général, le personnel se fait du souci pour la continuité du fonctionnement. Quelle procédure préside à la désignation d'un nouveau directeur général et quel délai est d'application en l'espèce ? Comment la continuité sera-t-elle assurée dans l'intervalle ?

**02.02** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : La procédure de désignation à des fonctions de management au Centre fédéral d'expertise des soins de santé a été fixée par l'arrêté royal du 20 février 2003. C'est cette procédure qui va être suivie pour la désignation du nouveau directeur général. Le Selor doit tout d'abord faire un nouvel appel aux candidats et organiser une épreuve comparative de sélection. Mme Onkelinx a demandé à sa collègue de la Fonction publique de faire les démarches nécessaires auprès du Selor pour que l'appel soit lancé le plus rapidement possible.

Le 30 avril 2008, M. Jean-Pierre Closson, directeur général adjoint, et M. Gert Peeters, directeur des programmes de travail, ont été invités à assurer temporairement les fonctions de directeur général et de directeur général adjoint. Tous deux occuperont leurs fonctions à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, jusqu'à la désignation d'un nouveau directeur général.

**02.03** **Yolande Avontroodt** (Open Vld) : J'interrogerai la ministre de la Fonction publique à ce sujet.

**02.04** **La présidente** : J'ai fait joindre aux dossiers le rapport annuel du Kenniscentrum, qui sera utile à nos travaux demain.

*L'incident est clos.*

**03** **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'installation de défibrillateurs externes automatiques" (n° 7202)**

**03.01** **Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Les communes ont la possibilité d'installer sur leur territoire des défibrillateurs externes automatiques (DEA). La ministre sait-elle où de tels appareils ont déjà été installés ?

Des problèmes concernant un certain nombre d'appareils auraient déjà été signalés.

D'après les informations dont je dispose, 240 appareils ont été installés. Les Pays-Bas ont une avance considérable en la matière, puisque 20.000 à 30.000 dispositifs y sont déjà installés. Les cardiologues considèrent que 80 % au moins des problèmes cardiaques surviennent dans l'environnement domestique.

Ceci signifie que les appareils devraient être installés dans les zones d'habitation.

Combien de DEA sont-ils déjà installés chez nous et où le sont-ils ? La ministre envisage-t-elle de formuler des avis concernant les endroits les plus adéquats ?

**03.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : L'arrêté royal du 21 avril 2007 prévoit un enregistrement des DEA auprès de l'administration par le propriétaire de l'appareil s'il se situe dans un lieu public. Actuellement, 554 appareils sont enregistrés officiellement.

La majorité des DEA sont destinés aux services d'ambulances et aux entreprises. L'installation de DEA dans des zones d'habitation ne pose aucun problème légal. Deux projets pilotes visant à connecter les DEA à un centre de secours 100-112 par le biais d'un signal d'alarme automatique ont été mis en œuvre. Actuellement, l'administration prépare d'autres directives en vue de la connexion des DEA à un centre de secours 100-112.

**03.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : La connexion automatique constituera très certainement une amélioration.

**03.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Je partage votre point de vue.

*L'incident est clos.*

**04 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un centre d'hadronthérapie" (n° 7203)**

**04.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Le Centre d'expertise a indiqué dans une étude récente que le nombre de patients cancéreux susceptibles d'être aidés par l'hadronthérapie est trop réduit pour justifier la construction d'un centre en Belgique. Il est préférable d'exploiter de tels centres en collaboration avec d'autres pays.

La ministre se concertera-t-elle à ce sujet avec les pays voisins qui disposent d'un centre d'hadronthérapie ?

**04.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Le coût de l'hadronthérapie dispensée à l'étranger à des patients cancéreux belges sont remboursés par le biais du Fonds spécial de solidarité de l'INAMI. Le service des Soins de santé prépare un mécanisme de financement structurel pour les besoins duquel 5,1 millions d'euros seront dégagés chaque année. L'INAMI envisage de cofinancer un projet d'étude du *Belgian Hadrontherapy Consortium* si un groupe d'étude en confirme la validité. Le groupe de travail a tenu une première réunion le 28 août dernier. Ses conclusions seront connues en novembre.

**04.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Soit la ministre reconnaît l'autorité du centre d'expertise et elle tient compte de la première étude, soit elle ne la reconnaît pas. On aurait pu s'en tenir à une étude complémentaire. J'aimerais connaître la composition du nouveau groupe de travail.

**04.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : La ministre communiquera la composition du groupe de travail à la commission.

**04.05 La présidente** : Pour les positionnements, c'est différent mais on peut demander à la ministre de vous faire parvenir cette information sans poser de nouvelle question.

*L'incident est clos.*

**05 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les assurances hospitalisation complémentaires des mutualités" (n° 7226)**

**05.01 Koen Bultinck** (Vlaams Belang) : Avant l'été, la Commission européenne avait laissé deux mois à la Belgique pour arrêter une même réglementation pour les assurances hospitalisation complémentaires offertes par les mutualités et par les assureurs privés. Les négociations étaient toujours en cours fin

septembre. Quel est aujourd'hui l'état du dossier ?

**05.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Le gouvernement s'est engagé à prendre les mesures utiles pour répondre à la mise en demeure de la Commission européenne avant le 1<sup>er</sup> novembre 2008.

Le 24 septembre, Assuralia et le Collège intermutualiste national ont signé un compromis relatif à la transposition des directives assurances non-vie. Lorsque ce compromis sera d'application, les services facultatifs proposés par les mutualités seront soumis aux mêmes règles de droit que les services proposés par les compagnies d'assurances. Une limite sera également fixée pour le développement de tels services par les mutualités.

En ce qui concerne les modalités concrètes de la transposition, les négociations sont encore en cours.

Le Conseil des ministres du 3 octobre a adopté le compromis et a chargé les ministres des Finances, des Affaires sociales et de la Santé publique de le transposer dans une réponse à la Commission européenne avant le 1<sup>er</sup> novembre.

**05.03 Koen Bultinck** (Vlaams Belang) : Je prends acte de l'information selon laquelle il existe un compromis qui sera communiqué à la Commission européenne avant le 1er novembre. J'espère surtout que grâce à ce compromis, l'assurance hospitalisation ne sera pas plus onéreuse pour les patients ordinaires.

**05.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Il s'agit d'un dossier complexe, mais important.

**05.05 Koen Bultinck** (Vlaams Belang) : Je tiens à souligner que le délai de deux mois est déjà passé de longue date.

*L'incident est clos.*

**06 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins palliatifs pour enfants" (n° 7250)**

**06.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Entre 2004 et 2007, sept équipes multidisciplinaires de soins palliatifs à domicile pour enfants ont reçu un subside du SPF Santé publique. Elles constituent l'interface entre l'hôpital et le domicile et garantissent la continuation des soins. L'initiative 23 du Plan national Cancer fait état du doublement projeté du budget annuel de ces sept équipes pour leur permettre d'élargir leurs activités mais la mesure semble aujourd'hui reportée aux calendes grecques.

Qu'a déjà fait la ministre pour réaliser l'initiative 23 ? Les soins palliatifs à domicile pour enfants feront-ils l'objet d'un financement structurel ?

**06.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Les conventions relatives aux projets actuels expirent le 31 décembre 2008. Plusieurs centres éprouvent toutefois des difficultés à justifier un nombre suffisant de patients. Un montant de 400.000 euros sera dégagé pour la dernière prolongation des conventions en 2009, de manière à garantir la continuité. Un projet d'arrêté royal est également en préparation et sera soumis aux procédures d'avis et d'approbation légales. Ces équipes devraient être financées structurellement à partir de 2010 mais la sphère d'activité serait élargie à tous les tableaux cliniques requérant de tels soins. Nous attendons pour cela d'être en possession d'une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé dont les résultats seront connus en avril 2009.

**06.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : J'espère, dès lors, que la mesure transitoire sera prolongée jusqu'en 2009 et qu'un financement structurel sera mis en place à partir de 2010. Ce serait une garantie pour

les équipes concernées.

**06.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : En effet. Je ne puis que répondre par l'affirmative.

*L'incident est clos.*

**07 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le personnel infirmier ayant une spécialisation en diabétologie" (n° 7253)**

**07.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Le 9 mai 2008, j'ai posé une question écrite sur la reconnaissance de la qualification professionnelle particulière en diabétologie. La ministre a répondu qu'elle avait l'intention d'instaurer tous les titres et compétences professionnelles particulières visée par l'arrêté royal du 27 septembre 2006 après le renouvellement du Conseil national de l'art infirmier.

Dans l'intervalle, le Conseil a-t-il repris ses activités ? Quand ces titres et compétences professionnelles particulières seront-ils instaurés ?

**07.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Mme Onkelinx se propose de reconnaître ces titres professionnels particuliers ainsi que les compétences des infirmiers dans le cadre du plan visant à accroître l'attractivité de la profession, présenté au Conseil national de l'art infirmier. Ce dernier a en effet été recomposé le 28 août 2008 et doit à présent sélectionner, sur la base de la liste publiée dans l'arrêté royal du 27 septembre 2006, les titres et compétences à reconnaître en priorité. Il a été convenu que le Conseil remettrait une première évaluation à la ministre début octobre.

Après le titre professionnel particulier en oncologie, intégré au Plan national Cancer et dont la publication interviendra prochainement, la ministre veut reconnaître progressivement d'autres titres et compétences pour autant qu'ils s'inscrivent dans la ligne des autres mesures prises en matière de santé. Le lancement en 2009 de trajets de soins pour les patients diabétiques peut être considéré comme un événement important pour la compétence en diabétologie.

**07.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Des programmes de soins pour les diabètes sont donc prévus et la reconnaissance de titres professionnels particuliers sera éventuellement envisagée dans le cadre de ces programmes. Le Conseil a été constitué le 28 août mais je constate que la ministre n'a apparemment pas l'intention de reconnaître le titre professionnel de diabétologue.

**07.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Détrompez-vous. Je puis confirmer son intention à cet égard.

*L'incident est clos.*

**08 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments destinés aux enfants" (n° 7254)**

**08.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Les médicaments à usage pédiatrique font l'objet de nombreuses études, ce qui s'explique par les conditions auxquelles ils doivent satisfaire pour pouvoir être administrés à des enfants ainsi que par le nombre restreint de cobayes humains. C'est à juste titre que la commercialisation d'un tel médicament est strictement réglementée. La conséquence en est toutefois un manque de médicaments adaptés pour les enfants.

Dans son règlement 1901/2006 du 12 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage pédiatrique, l'Europe attire l'attention sur cette matière. L'objectif est de stimuler le développement et la disponibilité de ce type de médicaments, malgré les coûts élevés. Une première évaluation de ce règlement par la *European Academy of Pediatrics*, le Comité Pédiatrie au sein du Bureau européen des médicaments, a montré qu'une participation accrue des différents pays européens est nécessaire pour réaliser les objectifs à long terme. Par ailleurs, l'expertise existante doit être soutenue.

La ministre évoquera-t-elle avec ses collègues européens la question des moyens financiers ?

**08.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Au-delà des frontières européennes, il existe en effet une tendance très claire à créer des multicentres pour les études cliniques. La réglementation pédiatrique européenne a également stimulé les études cliniques auprès des enfants. La Commission européenne suit ces études de très près, comme en témoigne la constitution de groupes de travail à l'échelle de l'EMA (agence européenne du médicament) pour la fixation de normes scientifiques et éthiques en la matière. L'une des missions de l'EMA concerne l'accréditation de réseaux de recherche auprès des enfants.

Mme Onkelinx demandera certainement l'aide de ses collègues européens pour soutenir ces initiatives. L'Agence fédérale pour les Médicaments et les Produits de Santé constituera d'ailleurs un groupe de travail spécifique en collaboration avec l'Association belge des pédiatres. L'inspection et les contrôles des études cliniques sont également coordonnés à l'échelle de l'EMA par le biais des inspections '*Good Clinical Practice*', qui collaborent par ailleurs étroitement avec l'Organisation Mondiale de la Santé pour garantir une sécurité maximale aux participants et des résultats fiables et corrects.

**08.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Je me réjouis d'entendre que la ministre soutient ce projet et nous communiquerons clairement sa position pour éviter que de nouvelles résolutions soient déposées à l'échelle européenne.

**08.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Mme Avontroodt peut être assurée de la détermination de la ministre.

*L'incident est clos.*

**09 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques liés à l'achat de médicaments en ligne" (n° 7332)**

**09.01 Jean-Jacques Flahaux** (MR) : Nombre de sites offrant l'achat de médicaments en ligne exposent les consommateurs à des risques non contrôlés comme l'automédication et la contrefaçon. Avez-vous des informations concernant le nombre de nos concitoyens ayant recours à ces sites ?

Des problèmes de santé dus à l'ingurgitation de médicaments achetés en ligne ont-ils été constatés ?  
Comment pouvons-nous agir afin de protéger nos concitoyens ?

Est-il réalisable de demander aux moteurs de recherche d'éliminer les pages web qui proposent des médicaments de contrefaçon ?

Comment distinguer ce type de sites de ceux qui affichent une pratique de vente éthique ?

Comment comptez-vous faire face à ce problème ?

**09.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*) : Mme Onkelinx partage vos réserves et répond en quatre points. Elle ne possède pas de données précises quant au nombre d'acheteurs, via internet, en Belgique. Pour 2007, les douanes déclarent avoir saisi environ 79.000 médicaments vendus via internet. Depuis mai 2006, l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé a ouvert 411 dossiers pour achat illégal de médicaments par internet.

Le Centre belge de pharmaco-vigilance n'a pas reçu de communication d'effets indésirables liés à la prise de médicaments achetés sur internet. Le Centre anti-poisons signale qu'il est interpellé de temps en temps sur des questions relatives à ces médicaments mais ne fournit pas d'informations plus précises à ce sujet. Dans les cas que vous avez décrits, on peut parler d'escroquerie. La criminalité en matière de vente de médicaments par internet constitue une priorité qu'aucun pays ne peut résoudre seul. L'accent est donc mis sur une meilleure collaboration aux niveaux national et international, multidisciplinaire et multisectoriel.

Différentes initiatives ont été prises : une campagne de sensibilisation, un nouvel arrêté royal qui régit le fonctionnement des officines ouvertes au public et prévoit des conditions strictes pour que les médicaments sans prescription puissent être vendus via internet par les pharmacies, la présence d'une unité spéciale d'enquêtes au sein de l'AFMPS en 2007 et une collaboration accrue entre l'AFMPS, la douane et les services de police.

Une solide collaboration a été développée au niveau international. Au Conseil de l'Europe, la Belgique collabore activement à une convention de lutte contre les médicaments contrefaits et la criminalité pharmaceutique.

La proposition de l'instance européenne EAASM ("European Alliance for Acces to Safe Medecines") consiste à demander aux moteurs de recherche d'éliminer systématiquement les pages proposant des médicaments contrefaits.

**09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) :** Il ne faut pas oublier qu'avec le chiffre de 62 % de faux médicaments, un des problèmes posé par ces faussaires est que cela a des conséquences sur la recherche.

Il est important de traquer la contrefaçon et de rappeler le rôle important de conseiller que joue le pharmacien.

J'espère que la ministre pourra influencer sur le Conseil des ministres européens pour qu'on puisse agir à un niveau supranational.

*L'incident est clos.*

**10 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques de santé liés à la consommation de Viagra en cas de pratique sportive intense" (n° 7439)**

**10.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) :** Les dons de Viagra sur Internet, en offre gratuite ou à l'achat de certains médicaments, me surprennent.

Cette petite pilule bleue, qui apporte une bouffée d'oxygène dans la vie de nombreux couples, a d'autres conséquences. Je m'interroge sur ses conséquences possibles sur le muscle cardiaque des sportifs qui utilisent ce Viagra lors des compétitions.

Vos services ont-ils diligenté une enquête à ce sujet ? La prise de Viagra présente-t-elle un danger dans le cadre d'un effort sportif ou musculaire ? Si oui, pouvez-vous demander que cela soit mentionné dans les notices d'utilisation de ce produit ? Pouvez-vous organiser une campagne d'information à ce sujet, tant auprès des praticiens prescripteurs que dans les médias ?

**10.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en français*) :** Mme Onkelinx rappelle que ce médicament, comme n'importe quel autre, présente des bénéfices et des risques pour le patient. Outre son effet sur les troubles de la fonction érectile, le Viagra facilite aussi la dilatation des vaisseaux sanguins pulmonaires. Ce phénomène pourrait permettre aux globules rouges de se rendre plus efficacement jusqu'aux poumons, et d'améliorer le taux d'oxygène absorbé.

Mais rien ne prouve que le Viagra permette à un athlète d'améliorer ses performances sportives. Le comité d'experts de l'Agence mondiale antidopage n'a pas inscrit le Viagra sur la liste des substances interdites, car il ne dispose pas d'éléments démontrant que les critères d'inclusion sont remplis : augmentation de la performance sportive et/ou risques chez le sujet sain.

A l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, l'unité spéciale d'enquête est chargée de la lutte contre la criminalité pharmaceutique (dont le dopage humain et vétérinaire). Aucun souci n'a, à ce jour, été constaté par cette unité concernant un usage de Viagra dans les milieux sportifs. L'Agence n'a pas reçu non plus de notification d'effets cardiaques liés à l'usage de Viagra lors d'un effort sportif ou musculaire important.

La substance est contre-indiquée chez des patients ayant des troubles cardiovasculaires sévères, pour qui l'activité sexuelle est déconseillée. La substance active du Viagra est délivrée uniquement sur prescription

médicale. Pour la prescrire, les médecins doivent évaluer les risques chez les patients susceptibles de présenter certaines maladies sous-jacentes ou d'être affectés par les effets du médicament.

Comme c'est le cas pour tous les médicaments, l'Agence fédérale des médicaments et l'Agence européenne des médicaments continueront néanmoins à exercer un suivi permanent du Viagra et de son potentiel "mésusage" ou de sa mauvaise utilisation en dehors de la notification enregistrée.

**10.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) :** Aujourd'hui, l'image du Viagra reste uniquement positive ; sa consommation est associée à des activités bien sympathiques. Toutefois, il vaut mieux prévenir que guérir et éviter que dans cinq ou dix ans, les générations qui auront utilisé ce produit de manière importante, ne soient victimes d'un manque d'information.

Par ailleurs, outre le Viagra, il existe une série de produits équivalents qui ont les mêmes effets. Mon souci concerne l'ensemble de ces produits qui, au demeurant, peuvent apporter une aide quand on a dépassé 50 ans.

*L'incident est clos.*

**11 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus de prise en charge des frais de logopédie pour les enfants ayant fait choix de l'enseignement immersif" (n° 7483)**

**11.01 Jean-Luc Crucke (MR) :** Les séances de logopédie prescrites aux enfants dyslexiques qui fréquentent une école en immersion ne sont pas remboursées par la mutuelle au motif que la dyslexie serait due à l'apprentissage d'une autre langue.

N'est-ce pas discriminatoire ? Cette attitude n'est-elle pas de nature à décourager l'apprentissage des langues ? Ne faudrait-il pas prendre une initiative législative pour corriger cette situation ?

**11.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en français*) :** Je préciserai tout d'abord que Mme Onkelinx et moi-même soutenons les expériences d'immersion linguistique.

La nomenclature de prestations de logopédie prévoit que l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire est exclue dans les traitements logopédiques et les troubles secondaires dus à l'apprentissage d'une seconde langue ou à une éducation polyglotte.

Le caractère discriminatoire de ce refus de remboursement de la part de la Commission de convention entre les logopèdes et les organismes assureurs mérite un débat. Ce refus est-il motivé par des raisons budgétaires ou par les limites de la logopédie dans le traitement dans ce type de dyslexie ? Mme Onkelinx demandera à la Commission de motiver cette décision.

**11.03 Jean-Luc Crucke (MR) :** Je suis heureux que cette réponse renvoie à la Commission car il faut clarifier la raison de cette discrimination.

*L'incident est clos.*

**12 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie en Belgique de 1260 médecins urgentistes" (n° 7484)**

**12.01 Jean-Luc Crucke (MR) :** Selon le D<sup>r</sup> Stroobants, président de l'Association belge des médecins urgentistes (BeCEP, *Belgian College of Emergency Physicians*), il y aurait pénurie de médecins urgentistes. Confirmez-vous qu'il manque quelque 1.200 médecins urgentistes ? Ce constat est-il conforme aux statistiques du ministère de la Santé ? Comment le nombre de médecins urgentistes nécessaires est-il déterminé ? S'il y a pénurie, est-elle générale ou y a-t-il des différences régionales ? Des mesures sont-elles prévues ?

Cette question est d'autant plus préoccupante que, à partir de janvier, un médecin urgentiste devra être présent également dans les ambulances SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).

Par ailleurs, confirmez-vous que les honoraires spécifiques pour combattre l'utilisation abusive des services

d'urgence seraient rarement appliqués en raison des lourdeurs administratives ?

**12.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*) : Le nombre d'urgentistes nécessaires au bon fonctionnement des services d'urgence et des SMUR est estimé en multipliant le nombre de permanences des services par six et par le nombre de ces services. Le chiffre de 1.860 urgentistes cité par le D<sup>r</sup> Stroobants est donc proche des besoins réels.

En revanche, le déficit en urgentistes est moins important que celui qui est cité par le BeCEP, qui ne tient pas compte des médecins porteurs du brevet de médecine aiguë (BMA). J'ai pour vous un tableau avec le détail des chiffres. Il y a en Belgique 244 spécialistes en médecine aiguë, 398 spécialistes en médecine d'urgence et 1.022 médecins porteurs du BMA, soit 1.664 médecins qui peuvent exercer la médecine d'urgence, et 108 candidats spécialistes en formation.

Pour pallier la pénurie, des mesures transitoires autorisant les spécialistes ou candidats spécialistes de troisième année ou plus dans l'une des disciplines visées à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 à assurer la permanence dans les services d'urgences et les SMUR ont été instaurées et, depuis juin 2008, au minimum dix spécialistes en médecine aiguë et cinq spécialistes en médecine d'urgence doivent être formés chaque année dans les quotas de médecins spécialistes. Mme Onkelinx étudie également la possibilité d'augmenter les quotas pour la spécialisation en médecine d'urgence.

Le déficit de médecins urgentistes est plus marqué dans les régions frontalières du Nord du pays ainsi que dans les zones rurales wallonnes, en particulier dans le Luxembourg.

Je vous propose de vous faire parvenir ultérieurement la réponse de Mme Onkelinx aux deux questions supplémentaires que vous avez posées à propos des ambulances SMUR et de la non-application des tarifs.

**12.03 Jean-Luc Crucke** (MR) : La différence entre les chiffres du BeCEP et les vôtres provient vraisemblablement des BMA. Ce n'est pas la même formation. La différence de qualité est-elle importante ?

**12.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*) : Il existe une différence, mais les BMA répondent aux critères pour exercer la médecine d'urgence.

*L'incident est clos.*

**13 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les produits cosmétiques pour bébés" (n° 7521)**

**13.01 Jean-Luc Crucke** (MR) : Selon un communiqué du Comité du développement durable en santé, les malles distribuées aux parents en maternité contiennent régulièrement des produits qui recèleraient potentiellement un caractère cancérogène. Ce dernier parle de fortes présomptions, ce qui n'est pas rien. Il dit aussi que cela justifierait le taux de cancers chez les enfants de moins de trois ans. Il s'agit de produits basiques : des shampoings, des crèmes, des gels, des couches.

Avez-vous pris connaissance de ce communiqué ? Ces produits sont-ils également distribués sur le marché belge ? Y a-t-il des craintes à avoir ? Faut-il s'abstenir s'il y a le moindre doute ? Y a-t-il une information complète ?

**13.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*) : Mme Onkelinx vous suit certainement sur la question de la vigilance mais peut-être pas sur certaines des conclusions tirées par les articles de presse. Mme Onkelinx a donc bien pris connaissance de ces articles. Il faut rappeler que la sécurité des produits cosmétiques est strictement réglementée au niveau européen et fait l'objet de contrôles spécifiques.

La directive « produits cosmétiques » prévoit deux mécanismes pour assurer la sécurité des cosmétiques sur le marché. Premièrement, cette directive comporte des restrictions liées à plus de 1.500 ingrédients, à savoir une liste d'ingrédients interdits, une liste d'ingrédients assortis de limitations et une liste d'agents conservateurs, de colorants et de filtres ultraviolets autorisés. Les substances classées CMR 1 ou 2, c'est-à-

dire cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction sont interdites pour les produits cosmétiques. Pour les agents conservateurs, les colorants et les filtres UV, seuls ceux repris dans les listes positives peuvent être utilisés, et ce dans le respect des limitations fixées. Ces listes ont été établies en prenant en compte l'ensemble des données toxicologiques disponibles.

Deuxièmement, la directive impose une évaluation de la sécurité pour la santé humaine de chaque produit cosmétique fini mis sur le marché. Une évaluation de sécurité spécifique est requise pour les cosmétiques destinés aux enfants de moins de trois ans. Ces évaluations doivent être tenues à la disposition des autorités compétentes dans le pays de fabrication ou de première mise sur le marché en Europe. Le service d'inspection du SPF Santé publique contrôle donc les évaluations des produits fabriqués en Belgique ou importés pour la première fois dans l'Union européenne via notre pays. Ce service contrôle également la composition des produits cosmétiques. Une attention particulière est portée aux produits destinés aux bébés et jeunes enfants.

Au vu des garanties de sécurité prévues par la réglementation relative aux cosmétiques et des contrôles assurant la conformité des produits, l'arrêt de la distribution des mallettes ne paraît pas justifié. Nous n'envisageons donc pas de soumettre les produits cosmétiques à un système d'autorisation de mise sur le marché. Notre mécanisme est fortement réglementé et est suivi scientifiquement. Le département belge concerné ne va donc pas aussi loin quant aux conclusions tirées par l'association française.

**13.03 Jean-Luc Crucke (MR) :** Vous avez rassuré et donné les éléments qui permettent la vérification. Si un produit est incriminé, il suffit d'en vérifier l'exactitude par rapport à ce système de listes et de dossiers d'évaluation.

*L'incident est clos.*

**14 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la quote-part personnelle en cas d'hospitalisation" (n° 7550)**

**14.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) :** Les frais de séjour et d'honoraires en milieu hospitalier, sauf exceptions réglementaires, sont fonction de l'hébergement en chambre simple ou double.

L'information sur ces différences d'honoraires est censée être transmise au patient lors de la déclaration d'admission. Or, ce document est souvent proposé à la signature du patient comme étant anodin. Pendant l'hospitalisation, des actes médicaux sont également proposés sans que leur coût soit préalablement précisé !

La déclaration d'admission mise en place rencontre-t-elle bien son objectif ?

Avez-vous eu connaissance de plaintes concernant des informations non communiquées à des patients et entraînant des problèmes de règlement de frais d'hospitalisation ?

Quelles informations avez-vous concernant une possible augmentation d'impayés de ces frais ?

Quelles mesures comptez-vous prendre pour assurer aux malades une meilleure information ?

**14.02 Jean-Marc Delizée , secrétaire d'État (en français) :** Une évaluation de la déclaration d'admission est en cours et débouchera sur une modification de l'arrêté royal du 17 juin 2004. Les hôpitaux seront obligés de dresser une liste des prix des produits et des services offerts et de la transmettre en même temps que la déclaration d'admission.

Suite à la loi sur les droits du patient du 22 août 2002, article 8, §2, tout professionnel est tenu d'informer le patient sur les conséquences financières des soins qu'il lui dispense.

Le dernier rapport annuel du service de médiation fédéral "droits du patient" souligne le caractère imprécis et incomplet des informations données sur les factures des hôpitaux.

Enfin, les services de la ministre ont vérifié récemment, via les données comptables, les irrécouvrables. Pour

les années 2000 à 2005, ce montant oscillait pour tous les hôpitaux entre 2,5 et 3 % du chiffre d'affaires et reste constant.

*L'incident est clos.*

**15 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets de soins psychiatriques à domicile (SPAD)" (n° 7554)**

**15.01 Sonja Becq** (CD&V - N-VA) : La situation est très floue en ce qui concerne le financement des projets de soins psychiatriques à domicile (SPAD).

La ministre prévoira-t-elle, dans le cadre de la confection du budget 2009, les moyens de fonctionnement nécessaires aux 41 projets de SPAD existants ? Le nombre de projets va-t-il être accru, conformément à l'avis du Conseil national de l'équipement hospitalier ? Quels moyens supplémentaires seront dégagés à cet effet ?

**15.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Pour l'instant, le financement des projets SPAD ne couvre que le traitement de deux équivalents temps plein. Les frais de fonctionnement sont généralement récupérés auprès des patients psychiatriques. Pour que ces projets restent financièrement abordables et accessibles, un budget de 0,5 millions d'euros a été inscrit pour les frais de fonctionnement et un autre de 1,341 millions d'euros pour l'élargissement du nombre de projets. Le ministre demandera l'appui de tous les groupes pour pouvoir maintenir ces budgets pour 2009.

**15.03 Sonja Becq** (CD&V - N-VA) : J'observe une réaction positive de la ministre qui s'efforce de convaincre de nombreuses personnes d'apporter leur soutien à cette initiative.

*L'incident est clos.*

**16 Questions jointes de**

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation des centres de référence pour le SCF (Syndrome de Fatigue Chronique)" (n° 7557)**
- **Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique" (n° 7558)**

**16.01 Koen Bultinck** (Vlaams Belang) : Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a publié récemment une évaluation négative des cinq centres SFC actuels. Les objections qu'il soulève concernent les points suivants : le faible recours aux généralistes dans le cadre de la thérapie, l'insuffisance de la rééducation physique, le manque de résultats de la thérapie comportementale cognitive, l'absence d'intégration sociale du patient et la longueur excessive des listes d'attente.

Il est clair que si les centres de référence n'inversent pas la vapeur, ils seront privés de tout moyen de financement.

Comment la ministre réagit-elle à cette évaluation négative ? Envisage-t-elle de corriger le tir ?

**16.02 Maggie De Block** (Open Vld) : Dès la création des centres SFC, nous avons mené avec le ministre concerné les mêmes discussions en mettant systématiquement l'accent sur les évaluations et les correctifs.

En dépit de toutes les évaluations négatives, il apparaît que, chaque année, 1,7 million d'euros sont injectés dans ces centres sans qu'il soit procédé à une adaptation. Le permis octroyé par l'INAMI a déjà été prorogé de six mois et une décision doit à présent être prise.

Le ministre adhère-t-il aux conclusions du Centre d'expertise concernant les centres de référence SFC ? Le Centre d'expertise conditionne leur futur subventionnement à une série de points. Quelle est la position du ministre ?

**16.03 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Le rapport d'évaluation relatif aux centres de référence SFC a été rendu public voici quelques jours. Le Conseil supérieur de la santé et le Centre d'expertise ont formulé sur cette base un avis commun à propos des soins, dans lequel ils indiquent que les

résultats cliniques des centres de référence ne se prêtent que modérément, et surtout difficilement, à l'interprétation. Ils concluent cependant que l'expérience était utile pour le développement d'un savoir-faire diagnostique et thérapeutique.

L'application de traitements dont l'efficacité est mentionnée dans la littérature médicale, la confirmation du diagnostic et du degré d'invalidité, la mise à disposition d'une aide psychologique pour les proches et la famille et le faible pourcentage d'interruption du traitement constituent des éléments positifs.

Toutefois, l'obligation pour de nombreux patients d'accomplir de longues distances, la faible motivation des patients – qui cherchent avant tout à obtenir une allocation – l'absence ou l'insuffisance d'une thérapie individuelle, les contacts trop rares avec les généralistes et les kinésithérapeutes, la formation insuffisante des autres prestataires de soins, les liens trop ténus avec les psychothérapeutes externes et la lacune dans la conceptualisation et la mise sur pied de réseaux de soins constituent des points faibles.

Conclusion : les centres de référence n'ont pas rempli leur mission, en particulier en ce qui concerne la mise en place d'une organisation de soins par paliers, bénéficiant de l'appui de la première ligne. Le Conseil supérieur de la santé et le Centre d'expertise sont favorables à une organisation des soins davantage structurée et octroyant un rôle de premier plan à la première ligne – soit au généraliste, au kinésithérapeute ou au psychologue – et ce, en collaboration avec les centres de deuxième ligne situés à proximité ainsi qu'avec un centre de référence. L'avis ménage donc clairement un espace pour le maintien des centres de référence, en dépit des nombreux points négatifs. Une adaptation du financement actuel afin de permettre la réalisation d'une organisation des soins par paliers se révèle toutefois inéluctable. Il appartient à l'INAMI de prendre des initiatives à cet égard. L'avis ne propose pas de recettes toutes faites et toute nouvelle réglementation demande du temps. C'est pourquoi la prorogation des conventions existantes s'indique pour l'instant. A titre d'information : en 2008, un montant maximum de 1,6 million d'euros a été budgétisé pour les cinq centres, dont les dépenses se sont élevées à 1,2 million d'euros en 2006 et à 1,1 million d'euros en 2007.

L'avis plaide en faveur de plusieurs objectifs qui ont chacun un coût : des soins adaptés dans la première et la deuxième ligne, un traitement plus individuel plutôt qu'une thérapie de groupe, davantage d'examens quant à l'efficacité clinique et une analyse coûts-bénéfices. La question qui se pose est évidemment de savoir si tous ces objectifs peuvent être réalisés dans le cadre de l'enveloppe actuelle.

**16.04 Koen Bultinck** (Vlaams Belang) : Voilà bien une réponse étonnante. L'avis et l'évaluation ont beau être clairs, l'aménagement dont la politique fait l'objet reste vague. Le financement est prolongé mais pour combien de temps ? Vu les différentes procédures à respecter, un nouveau financement demandera du temps mais aucun échéancier n'a été fixé. Ne va-t-on pas ainsi toujours repousser le problème ? Les centres de référence ne satisfont pas à l'attente mais la ministre se comporte comme si tout allait pour le mieux.

**16.05 Maggie De Block** (Open Vld) : L'ensemble de l'opération a échoué. La ministre n'en est pas responsable mais elle porterait néanmoins une lourde part de responsabilité si elle n'inversait pas la tendance. Cette somme de 1,6 à 1,7 million d'euros peut par ailleurs être utilisée pour aider les vingt mille patients souffrant du SFC. La manière de procéder figure dans l'avis, entre autres en faisant appel aux généralistes.

En 2002, les généralistes ont été mis sur une voie de garage. Et il n'appartenait pas aux centres de référence d'aider les patients souffrant du SFC à obtenir une allocation mais bien de les assister par le biais d'une thérapie comportementale cognitive et autre. La prolongation des accords conclus avec les centres de référence à défaut d'autre solution est insuffisante et tout simplement honteuse.

**16.06 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Ceci est un rapport nuancé avec des points positifs mais également beaucoup de points négatifs. Nous devons en effet faire mieux avec le budget actuel. Le défi pour la ministre consiste à améliorer le système dans le cadre du budget existant.

*L'incident est clos.*

**17 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le titre professionnel particulier en oncologie médicale" (n° 7603)**

**17.01 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : L'arrêté ministériel relatif au titre professionnel particulier en oncologie médicale et à la qualification professionnelle particulière en oncologie a été publié le 24 octobre 2007. Cette publication a été suivie d'une importante concertation entre tous les acteurs au cabinet de l'ancien ministre, M. Demotte, afin d'éviter la perte de l'expertise des spécialistes d'organes en la matière. La ministre s'est référée à l'époque à l'avis relatif aux critères spéciaux d'agrément pour chaque spécialité de base qu'elle attendait du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes pour juin 2008.

Dispose-t-elle déjà de cet avis ? Dans l'affirmative, quelle suite y réservera-t-elle ? Une grande inquiétude règne actuellement parmi les spécialistes d'organes.

**17.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Après la publication de l'arrêté ministériel du 24 octobre 2007 relatif au titre professionnel spécial en oncologie médicale et à la qualification professionnelle spéciale en oncologie, une commission d'agrément a été créée pour l'oncologie médicale mais pas encore pour la qualification spéciale en oncologie. Cette dernière est accessible aux treize spécialisations de base. L'arrêté ministériel du 24 octobre 2007 ne fait que définir les conditions générales d'agrément. Les critères spécifiques pour chaque spécialisation de base devaient encore l'être.

Le Conseil supérieur étudie actuellement les propositions en la matière et ses avis sont attendus pour que les commissions d'agrément puissent se prononcer dans des dossiers individuels. Le Conseil supérieur considère qu'il n'y a pas lieu de constituer une commission spéciale pour les agréments dans le cadre de l'oncologie mais qu'il faut élargir les compétences de chaque spécialité de base à la reconnaissance en oncologie en fonction d'avis autorisés. Mme Onkelinx craint toutefois qu'il en résulterait des demandes concernant des revendications disparates pour l'octroi d'une même qualification professionnelle spéciale en oncologie, selon la commission de la spécialité de base appelée à se prononcer. Il s'agit d'une question complexe à laquelle il faut réfléchir sereinement.

Mme Onkelinx est par ailleurs consciente des problèmes qui naîtraient d'un retard éventuel dans la création de cette commission d'agrément. Une modification de l'arrêté de base sera publiée pour accorder les délais et les périodes de formation avec la situation réelle.

**17.03 Yolande Avontroodt** (Open Vld) : Si un nouvel arrêté s'avère aujourd'hui nécessaire en raison des délais, cela reflète un problème sur le terrain. J'espère en tout cas que ce qui a été promis à l'époque ne sera pas remis en cause, étant donné qu'il s'agissait d'une demande fondée. Un nouvel arrêté tendant à un nouveau report constitue par conséquent une option hasardeuse.

*L'incident est clos.*

**18 Question de Mme Hilde Vautmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un plan d'action tendant à réduire le nombre d'animaux placés dans les refuges pour animaux" (n° 7604)**

**18.01 Hilde Vautmans** (Open Vld) : Même si les statistiques annuelles 2007 relatives aux 92 refuges agréés de Belgique indiquent une légère baisse du nombre total d'animaux recueillis, les chiffres restent impressionnants, puisqu'il est question de 34.944 chiens et de 33.696 chats. On peut supposer que l'interdiction de détenir des chiens et des chats dans les commerces, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, entraînera une diminution du nombre d'animaux dans les refuges. Ceci étant, le nombre d'animaux abandonnés reste énorme.

La ministre va-t-elle veiller au respect de l'obligation d'identification ? Comment va-t-elle stimuler les stérilisations et les castrations ? Va-t-elle arrêter une politique à long terme pour réduire dans une large mesure le nombre d'animaux dans les refuges ? Comment envisage-t-elle de mener à bien cet objectif ou, dans la négative, pourquoi n'est-ce pas là son objectif ?

**18.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Lors de chaque contrôle local, le service Inspection Bien-être animal contrôle également l'identification et l'enregistrement des animaux. De plus, ce service organise depuis trois ans des actions de contrôle portant sur l'identification des chiens en collaboration avec la police locale. En cas d'infraction, le responsable se voit adresser un avertissement. S'il n'y donne pas suite, un procès-verbal donnant lieu à une amende administrative ou à des poursuites judiciaires est dressé. Conséquence : les statistiques font apparaître une nette diminution du nombre d'infractions. Dans le même temps, l'Association belge d'identification et d'enregistrement canins mène des campagnes d'information pour rappeler au grand public que l'enregistrement des chiens est obligatoire. Des opérations répressives sont ensuite menées à intervalles réguliers.

Le service Bien-être animal a diffusé un dépliant consacré à la stérilisation des chats.

En matière de stérilisation, les refuges peuvent collaborer avec les facultés de médecine vétérinaire de Gand et de Liège. Au niveau fédéral, aucun budget n'est prévu pour le financement de projets de stérilisation. Cette matière ressortit actuellement aux autorités locales ou à des ASBL.

Une série de mesures ont déjà été prises en vue de réduire le nombre des animaux dans les refuges. Je songe notamment à l'interdiction de la vente de chiens et de chats sur les marchés, l'identification obligatoire des chiens et l'interdiction de publicité concernant la vente de chiens et de chats.

Le Conseil pour le bien-être des animaux entend de surcroît s'attaquer au problème de la surpopulation des chats. Le service pour le Bien-être animal a lancé une proposition tendant à la stérilisation précoce des chats.

**18.03 Hilde Vautmans** (Open Vld) : Ma proposition tend à associer également les agents de prévention et de sécurité aux mesures visant à résoudre ce problème. En ce qui concerne la stérilisation et la castration, je pense qu'il est souhaitable d'attendre les propositions des groupes de travail. Néanmoins, j'estime qu'il ne serait pas inutile de leur apporter un soutien. S'agissant des projets à long terme, je n'ai pas appris grand-chose de neuf. Il serait peut-être intéressant de voir comment on s'attaque à ce problème dans les autres pays. Il est impératif de mettre au point un plan d'action coordonné.

*L'incident est clos.*

**19 Question de M. Hans Bonte au secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, adjoint à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "le rapport relatif au surendettement du SPF Sécurité sociale" (n° 7442)**

**19.01 Hans Bonte** (sp.a+VI.Pro) : Alors que nous nous trouvons au cœur de la tempête déchaînée par la crise du crédit, il n'est pas inutile de réfléchir à la question des créanciers et des crédits à la consommation. Les défauts de paiement en matière de crédit se multiplient, tout comme le volume des crédits en souffrance.

Un rapport intéressant a été publié sur le sujet l'été dernier : pour 8 % de la population, le remboursement des crédits à la consommation constitue une lourde charge ; dans 5 % des cas, ce remboursement menace la sécurité d'existence des intéressés ; enfin, 6 % des citoyens vivent dans un ménage où au moins deux factures sont en souffrance pour l'électricité, l'eau ou le gaz, le loyer ou le crédit hypothécaire, ou les soins de santé.

Le pourcentage de mauvais payeurs – soit 200.000 personnes - qui sombrent dans la pauvreté en raison de crédits à la consommation est préoccupant.

Quelles conclusions le secrétaire d'État tire-t-il du rapport ?

Le secrétaire d'État a récemment fustigé Citibank. Comment le ministre de l'Économie compte-t-il réagir à la demande d'intervenir contre la politique commerciale de Citibank ?

**19.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Le rapport du SPF Sécurité sociale est assurément précieux. Les dettes peuvent constituer la cause comme la conséquence de la pauvreté. L'étude suggère deux indicateurs pour mesurer les situations d'endettement problématiques : le pourcentage de

personnes issues de ménages qui comptent au moins deux retards de paiement relatifs à des factures d'électricité, de gaz, d'eau ou de soins de santé, et le pourcentage qui sombre en deçà du seuil de pauvreté en raison de crédits à la consommation.

Cela représente 5 à 6 % de la population, ce qui constitue probablement encore une sous-estimation de la réalité.

J'intégrerai les deux indicateurs dans le baromètre de la pauvreté, qui sera opérationnel en 2009, pour permettre un suivi étroit de l'évolution du surendettement.

Les techniques de vente agressives auxquelles recourent certains prêteurs expliquent indubitablement le surendettement que nous connaissons dans notre pays. J'ai invité le ministre pour l'Entreprise à examiner la légalité de certaines pratiques telles que la vente par Citibank de cartes de crédit dans les gares. Il m'a répondu le 10 septembre que certaines pratiques de Citibank étaient en cours d'examen par la direction générale Contrôle et Médiation et qu'une enquête serait ouverte pour utilisation de stands dans des lieux publics. Tous les dispensateurs de crédit doivent satisfaire à des conditions légales précises, telles que l'obligation d'être inscrits comme intermédiaire de crédit. Jusqu'à présent, la direction générale Contrôle et Médiation n'a constaté aucune infraction à ce niveau. Les services concernés sont cependant déjà intervenus auprès de la banque pour qu'elle modifie le contenu des dépliants distribués sur ces stands publics.

Le plan de lutte contre la pauvreté comprend également un train de mesures visant à combattre le surendettement, parmi lesquelles le financement structurel du Fonds de Traitement du Surendettement, l'amélioration de la communication entre le médiateur de dettes et le débiteur dans le cadre de la loi relative au règlement collectif de dettes et la réalisation d'une enquête sur les pratiques de certains huissiers en cas de recouvrement amiable. Ces mesures, qui ont déjà débouché sur plusieurs propositions de loi, sont en cours d'examen dans les cabinets des ministres compétents.

Je prévois la mise en œuvre de certains éléments avant la première évaluation du plan de lutte contre la pauvreté qui aura lieu au mois de décembre prochain.

**19.03 Hans Bonte** (sp.a+VI.Pro) : D'après les conclusions du rapport en question, dans 2 % des cas, la paupérisation d'un ménage est liée à l'octroi d'un crédit. C'est la première fois que cette cause est mise en avant. Or il est vraisemblable que ce pourcentage est sous-estimé.

Je retiens que, selon le ministre pour l'Entreprise, aucune infraction à la réglementation n'a été constatée. Il apparaît cependant de plus en plus évident que les pratiques examinées peuvent conduire à la pauvreté et nous devons dès lors nous demander si la législation est suffisante. Personnellement, je suis convaincu que la législation en vigueur n'est pas respectée. Sinon, le parquet bruxellois n'aurait pas cité la Citibank à comparaître pour des infractions aux pratiques de commerce.

**19.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : Peut-être ne me suis-je pas bien exprimé il y a un instant. Aucune décision n'a encore été prise dans le dossier Citibank. C'est pour l'accréditation obligatoire, et pour elle seulement, qu'aucune infraction n'a été constatée.

Cette question mérite en tout état de cause un large débat parlementaire.

*L'incident est clos.*

**20 Question de Mme Rita De Bont au secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, adjoint à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "l'absence d'un guide en matière de protection juridique" (n° 7590)**

**20.01 Rita De Bont** (Vlaams Belang) : Dans son rapport 2007, le Point d'appui pour la lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale préconise une meilleure communication des informations aux justiciables. Les associations actives dans le domaine de la lutte contre la pauvreté, notamment, demandent la publication d'un guide en matière de protection juridique. Le rapport constate qu'il n'existe pas de guide de

ce type, même si le cabinet du ministre de la Justice y était favorable.

Quand un guide en matière de protection juridique verra-t-il le jour ?

**20.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : En sa qualité de ministre de la Justice, Mme Onkelinx était résolument favorable à la publication d'un guide en matière de protection juridique. Il n'a toutefois plus été possible de le faire sous la précédente législature. Ce guide en matière de protection juridique ne figure pas dans la note de politique générale de l'actuel ministre qui préfère emprunter d'autres voies pour la communication d'informations aux justiciables.

En sa qualité de ministre des Affaires sociales, Mme Onkelinx a inscrit dans son Plan de lutte contre la pauvreté des mesures comme la mise en place d'un guichet unique pour l'assistance et la protection juridiques.

En outre, un groupe de travail a été mis sur pied, en collaboration avec la Justice, afin de simplifier la langue juridique, tandis qu'une radioscopie du fonctionnement des commissions d'aide juridique est prévue dans tous les arrondissements judiciaires.

**20.03 Rita De Bont** (Vlaams Belang) : Un guide de l'assistance judiciaire serait un outil crucial pour informer les justiciables.

*L'incident est clos.*

**21 Question de Mme Rita De Bont au secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, adjoint à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "l'évaluation des effets de la libéralisation des marchés du gaz et de l'électricité" (n° 7591)**

**21.01 Rita De Bont** (Vlaams Belang) : Dans le rapport 2007 du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, il est recommandé d'évaluer les effets de la libéralisation des marchés de l'énergie tant à l'échelon fédéral que sur le plan régional.

Quelles initiatives le ministre a-t-il déjà prises afin de mettre en pratique cette recommandation ? Associera-t-il le Service de lutte à ces initiatives ?

**21.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*) : L'accès garanti à l'énergie pour tous, y compris les citoyens défavorisés, est un objectif majeur du Plan fédéral pauvreté. Il s'agit d'un droit fondamental garant de la dignité humaine et j'ai l'intention de le faire inscrire dans la Constitution.

Nous avons également adopté des mesures visant à optimiser les tarifs sociaux. Nous voulons garantir que le tarif social soit toujours le tarif le moins cher et qu'il soit accordé le plus vite possible à celles et ceux qui en ont besoin. Je pense que ces dispositions seront déjà d'application au cours de la première moitié de 2009. En attendant, la procédure de désignation du médiateur fédéral est dans la dernière ligne droite. Et nous prendrons aussi des mesures pour venir en aide aux citoyens les plus vulnérables en les faisant bénéficier d'interventions supplémentaires en matière d'énergie.

Sur le plan régional également, une série d'initiatives sont prises. C'est ainsi qu'un groupe de travail analyse au sein du Parlement flamand les répercussions sociales de la libéralisation du marché. Je préconise évidemment une harmonisation maximale des mesures fédérales et régionales.

**21.03 Rita De Bont** (Vlaams Belang) : La ministre se préoccupe manifestement de cette matière importante. L'harmonisation des mesures fédérales et régionales est également une bonne chose.

*L'incident est clos.*

*La réunion publique de commission est levée à 17 h 05.*

