

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

MAANDAG 16 FEBRUARI 2009

LUNDI 16 FÉVRIER 2009

Namiddag

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 15.35 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van mevrouw Kattrín Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resolutie die ertoe strekt systemen van het type 'Mosquito' die hangjongeren moeten verbieden, te verbieden" (nr. 10065)

01.01 Kattrín Jadin (MR): In juni 2008 hebben wij een resolutie aangenomen betreffende het verbod op het gebruik van de Mosquito op het Belgische grondgebied. Het was aan u om die resolutie in een koninklijk besluit te gieten, maar u wilde het advies van de Hoge Gezondheidsraad inwachten. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de omzetting van die resolutie in een koninklijk besluit?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik heb dat advies intussen ontvangen, en daaruit blijkt dat er geen gevaar is voor gehoorschade bij volwassenen en adolescenten als gevolg van blootstelling aan het door de Mosquito voortgebrachte geluid.

Adolescenten kunnen er hinder van ondervinden - wat precies de bestaansgrond is van dit toestel. Over het effect op baby's is niets bekend. Kleine kinderen worden dan ook best niet langdurig blootgesteld aan het geluid dat door dit toestel wordt voortgebracht.

Ik kan dus moeilijk ingrijpen met als argument dat de volksgezondheid in het gedrang komt, ook al is het geluid ethisch gezien hinderlijk voor alle jongeren zonder onderscheid, die op die manier op vernederende wijze met schadelijke insecten worden vergeleken.

01.03 Kattrín Jadin (MR): Dat advies wijkt af van andere studies, en is hoe dan ook laakbaar uit een ethisch oogpunt. Wie zal die resolutie moeten omzetten?

01.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het departement Binnenlandse Zaken, vermoed ik, want volgens het advies, dat u kan terugvinden op de website www.health.fgov.be onder nr. 8415, is de veiligheid van de openbare ruimte hier in het geding.

01.05 Kattrín Jadin (MR): Via Binnenlandse Zaken zouden we de Mosquito bij rondzendbrief in de gemeenten kunnen verbieden.

01.06 De voorzitter: In onze resolutie worden zowel het gezondheidsaspect als de discriminatie onder de aandacht gebracht; we kunnen ons indien nodig dus tot meerdere ministers wenden.

Het incident is gesloten.

02 Samengevoegde vragen van

- de heer **Josy Arens** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van huisartsen in landelijke gebieden" (nr. 10175)
- de heer **David Lavaux** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omstandigheden van de wachtdienst voor huisartsen" (nr. 10219)

02.01 Josy Arens (cdH): De toestand van de huisartsen in de landelijke gebieden is zorgwekkend. Met name de provincie Luxemburg ondervindt problemen. Martelange telt drie huisartsen (voor meer dan 1.500 inwoners), die ook de wachtdiensten onder elkaar verdelen, wat neerkomt op een weekendwacht om de drie weken.

Afgezien van de stress die de artsen te verduren krijgen, is er het niet geringe risico dat de inwoners het op een dag gewoon zonder medische omkadering zullen moeten stellen. In 2006 moest het impulsfonds Impulseo I jonge artsen ertoe bewegen in die dunbevolkte gebieden te gaan praktiseren. Velen van hen hebben een praktijk opgericht, maar zijn daarna weer vertrokken wegens de ontmoedigend hoge werkdruk.

U maakte gewag van de evaluatie van de impact van dat fonds. Wanneer zal u de conclusies ontvangen? Zal er met de plaatselijke huisartsenkringen overlegd worden om oplossingen voor dat probleem te zoeken? Zal u initiatieven nemen om opnieuw een efficiënte medische structuur te creëren in de landelijke gebieden?

02.02 David Lavaux (cdH): De voorwaarden voor de huisartsenwachtdienst werden vastgelegd in het koninklijk besluit van 8 juli 2002, waarin staat dat er voor de wachtdienst één huisarts beschikbaar moet zijn per 30.000 inwoners. In talrijke, veelal landelijke gebieden is er een schrijnend tekort aan huisartsen, waardoor de wachtbeurten zeer snel rouleren, wat uiterst vermoeiend is.

De huisartsenverenigingen van Binche en Erquelinnes hebben hun wachtdienstzones samengevoegd. Die oplossing is alleen haalbaar als er een huisartsenwachtpost is waarnaar de patiënten kunnen worden verwezen als er geen dokter bij hen thuis hoeft langs te komen. Bovendien is zo'n fusie niet mogelijk als de voorwaarde met betrekking tot één huisarts per 30.000 inwoners niet wordt aangepast.

In het kader van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2009 had de regering 1.500.000 euro uitgetrokken voor de financiering van de wachtposten. Naar verluidt heeft Erquelinnes die subsidies nog altijd niet ontvangen. Zullen ze binnenkort ter beschikking worden gesteld?

Bent u van plan het koninklijk besluit te wijzigen zodat een uitbreiding van de wachtdienstzones mogelijk wordt?

Overigens heeft u een proefproject opgezet in de regio van het Centrum om de oproepen van de patiënten beter te kunnen sturen naar de oplossing die het best aan hun probleem aangepast is. Hoe staat het ermee?

02.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De situatie met betrekking tot de algemene geneeskunde op het platteland vereist een grondige studie en concrete maatregelen zodat organisatorische problemen met de wacht of zelfs een toekomstig tekort kunnen worden voorkomen.

Ons land telt gemiddeld een voltijds huisarts per 1.000 inwoners. De situatie in Martelange met drie huisartsen voor 1.500 inwoners is niet uitzonderlijk maar doet organisatorische problemen rijzen.

De jongste jaren werden stimulerende maatregelen genomen, met name het Impulseo 1-fonds dat premies van 20.000 euro en renteloze leningen toekent aan artsen die zich in een zone met een lage dichtheid vestigen. In 2008 heb ik de zones die in aanmerking komen voor het Impulseo 1-fonds, uitgebreid en heb ik het Impulseo 2-fonds ingevoerd dat financiële steun verleent aan artsen die aan netwerking doen en die een administratief medewerker in dienst nemen. Aan een Impulseo 3-fonds voor solopraktijken wordt gewerkt. Die fondsen zullen het administratieve werk van de huisartsen doen afnemen.

Voor de wachtdiensten zijn de veldwerkers in zones met een lage dichtheid er voorstander van dat de spoeddiensten van de ziekenhuizen en de dienst 112 de wachtdienst 's nachts overnemen. Maar de Orde van geneesheren heeft daarover een negatief advies uitgebracht. Mijn diensten onderzoeken de

problematiek.

Tegelijk heb ik in Henegouwen en te Brugge net een proefstudie over de centrale dispatching (1733) gelanceerd. Patiënten die tijdens het weekend of 's nachts medische hulp vragen, worden naar een spoedambulance, de wachtdiensten van het dichtst bijzijnde ziekenhuis, de vooruitgeschoven wachtpost of de huisarts van wacht geleid.

Die aanpak zou de huisartsen moeten ontlasten. Naar aanleiding van de evaluatie, na één jaar, zou die aanpak overal kunnen worden toegepast.

Ik heb ook maatregelen genomen ter ondersteuning van de vooruitgeschoven wachtdiensten, waardoor het aantal huisbezoeken afneemt. Het budget voor 2008 werd van 1,2 op 2,1 miljoen gebracht om aan de wensen van de mensen in het veld tegemoet te komen. Het verzekeringscomité heeft voor 2009 eveneens zijn akkoord gegeven.

Twee huisartsenkringen uit aangrenzende zones kunnen zonder meer samengaan en de wachtdienst gezamenlijk organiseren. Het koninklijk besluit van 8 juli 2002 voorziet in één huisarts met wachtdienst per 30.000 inwoners. Ik zal mijn departement vragen te onderzoeken of dat kan worden bijgestuurd.

Als men in landelijke gebieden meer artsen wil, zullen er andere maatregelen moeten worden genomen. In die zones zullen meer studenten en huisartsen in opleiding hun stage moeten doen of zal er extra vestigingssteun moeten worden verleend.

02.04 Josy Arens (cdH): Als ik het goed heb begrepen, zou het probleem in Martelange kunnen worden opgelost door een fusie en een gezamenlijke organisatie van de wachtdienst.

02.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Dat is een mogelijkheid.

Over enkele maanden zal ook het nummer 1733 beschikbaar zijn. Wie telefoneert naar de hulpdiensten, zal bij de dispatching van de urgentiediensten terechtkomen, waar opgeleide personen zullen uitmaken of er een ziekenwagen moet worden uitgestuurd dan wel of er alleen maar raad moet worden gegeven.

Een andere mogelijkheid bestaat erin meer artsen in te zetten voor de wachtdiensten en het aantal kanalen waarlangs dringende medische hulp kan worden geboden, te verhogen.

Een laatste oplossing, ten slotte, zou bestaan in een fusie van meerdere kringen, zodat de wachtbeurten op bepaalde plaatsen, die bijzonder belastend zijn voor de artsen, anders zouden kunnen georganiseerd worden.

02.06 David Lavaux (cdH): Ik dank u dat u al die sporen wil onderzoeken. Er moeten meer mogelijkheden geboden worden om de toestand in de praktijk te verbeteren.

Ik zal een waakzaam oog houden op de werking van het nieuwe dispatchingsysteem. Wie draagt de verantwoordelijkheid bij een dergelijke doorverwijzing?

02.07 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Hier geldt hetzelfde principe als bij de oproep van een ziekenwagen. Bovendien zullen de mensen van de dispatching daar specifiek voor worden opgeleid.

02.08 David Lavaux (cdH): Ik wacht ook nog op het advies van uw diensten met betrekking tot een eventuele aanpassing van het aantal personen per dokter van wacht.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 10192 van mevrouw Van Daele wordt in een schriftelijke vraag omgezet. De vragen nr. 10312 en nr. 10383 van mevrouw Smeyers worden uitgesteld. Vraag nr. 10343 van mevrouw De Block wordt in een schriftelijke vraag omgezet.

03 Vraag van de heer Roel Deseyn aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid over "computervirussen in Belgische ziekenhuizen" (nr. 10414)

03.01 **Roel Deseyn** (CD&V): Ook in de zorgsector wordt het risico dat informaticasystemen worden platgelegd door een computervirus steeds groter. Er is een Europese richtlijn in de maak die de identificatie van alle kritische informatica-infrastructuur oplegt. Een inventaris van de kritische systemen wordt nu ook door de FOD Fedict voorbereid.

Bestaan er voor de beveiliging van informaticasystemen federale richtlijnen? Hoe worden ziekenhuizen daarbij ondersteund? Werkt Volksgezondheid samen met Fedict voor de identificatie van kritische infrastructuur? Zullen de ziekenhuizen tot de kritische infrastructuur behoren? Hoe zal de kritische infrastructuur in de toekomst structureel worden beveiligd?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Nederlands): Ziekenhuizen moeten uiteraard waken over de kwaliteit en efficiëntie van hun informaticasystemen. Daartoe behoort ook de beveiliging tegen virussen. Er bestaan hiervoor geen specifieke federale richtlijnen, maar de ziekenhuizen zijn verplicht om een veiligheidsconsulent aan te duiden die belast is met de beveiliging van de informatie.

Binnen de twee jaar moet de Europese richtlijn van 8 december 2008 betreffende de identificatie van kritische infrastructuren omgezet worden in Belgisch recht. Fedict is belast met de identificatie van kritische infrastructuren in België, in de eerste plaats in de sectoren van energie en mobiliteit, maar ook in de gezondheidssector. Daarvoor staat mij administratie ter beschikking van Fedict.

03.03 **Roel Deseyn** (CD&V): Samenwerking tussen Fedict en de andere administraties is noodzakelijk. De ziekenhuizen moeten zeker worden opgenomen in het takenpakket van het Computer Emergency Response Team, want een aanval door computervirussen kan een enorme ravage aanrichten.

Het incident is gesloten.

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Katrin Jadin** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van huisartsen in opleiding" (nr. 10435)
- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het nieuwe statuut van de huisartsen in opleiding" (nr. 10473)

04.01 **Katrin Jadin** (MR): De huisartsen moeten een aantrekkelijker statuut krijgen. Wij hebben trouwens een voorstel van resolutie dienaangaande ingediend.

Volgens de inlichtingen die ik heb kunnen inwinnen, zou het plan voor de hervorming van het statuut van de huisartsen in opleiding erin bestaan een statuut sui generis in te voeren. Er zouden drie overeenkomsten worden ondertekend: een eerste tussen de stagiair en een interuniversitaire vzw, een tweede tussen de stagiair en de huisarts-stagemeester, en een derde tussen de stagemeester en de vzw. Wat zijn de redenen voor de oprichting van dat intermediair orgaan? Welke maatregelen zullen er worden genomen om ervoor te zorgen dat de stagemeester zo onafhankelijk mogelijk is? Klopt het dat het nieuwe statuut recht zou geven op een zekere sociale bescherming, maar niet op het pensioen? Zo ja, waarom is dat zo?

04.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Huisartsen in opleiding zouden een drievoudig statuut krijgen met een contract tussen de stagemeester en de universitaire vzw, een contract tussen de vzw en de stagiair en een contract tussen de stagemeester en de stagiair. De huisarts in opleiding zou deels als werknemer en deels als zelfstandige werken.

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten heeft zich kritisch uitgelaten over deze plannen omdat ze de situatie administratief zo complex zouden maken.

Kan de minister haar plannen met het statuut van de huisartsen in opleiding verduidelijken? Wat vindt de minister van de reactie van de Vereniging van de Artsensyndicaten? Hoe rijmt de minister haar plannen met de administratieve vereenvoudiging waarnaar we streven?

04.03 Minister **Laurette Onkelinx** (Nederlands): Het nieuwe statuut voor artsen in opleiding zou op 1 juli

2009 in werking meten treden. In 2008 vonden tal van overlegvergaderingen plaats tussen mijn medewerkers en vertegenwoordigers van de stagemeesters van de huisartsen in opleiding, van de vakgroepen huisartsengeneeskunde en van de artsensyndicaten.

(*Frans*) Dit statuut zal twee luiken bevatten: een statuut dat vergelijkbaar is met dat van de specialisten in opleiding in de ziekenhuizen, en een mogelijk statuut van zelfstandige in bijberoep voor de wachtdiensten die de verplichte uren overschrijden. Verder zal het statuut een kader omvatten dat de werktijden, het aantal patiëntencontacten en het type activiteit vastlegt.

Huisartsen en specialisten zullen op voet van gelijkheid behandeld worden. Deze laatste categorie heeft immers al geruime tijd het statuut van loontrekkende, met een sociale bescherming die het pensioen niet dekt om redenen die te maken hebben met de financiële bijdrage van de ziekenhuizen. Het statuut zal ook tot een grotere financiële gelijkheid tussen de huisartsen in opleiding leiden. Ten slotte zal het pedagogische kader beter gedefinieerd kunnen worden, en zullen jonge artsen gestimuleerd worden om aan de eerstelijnswachtdiensten deel te nemen.

De assistent in opleiding en de stagemeester zullen de stageplaats en de pedagogische insteek vrij kunnen kiezen met inachtneming van het kader dat in de uitvoeringsbesluiten zal worden vastgelegd. De stagemeester en zijn assistent ondertekenen een overeenkomst dat hun rechten en plichten vastlegt.

Dit statuut had oorspronkelijk in werking moeten treden op 1 juli 2007. Het systeem zal worden beheerd door interuniversitaire centra waarvan de raad van bestuur bestaat uit vertegenwoordigers van de departementen huisartsengeneeskunde, van de stagemeesters en van de huisartsen in opleiding. Dankzij deze centra zal de stagemeesters heel wat administratief werk uit handen genomen worden.

04.04 Kattrin Jadin (MR): Ik begrijp dat het nodig is om een egalitair statuut in te voeren teneinde de huisartsengeneeskunde aantrekkelijker te maken, maar ik vrees dat dit ten koste van de onafhankelijkheid van de huisarts zal gaan. We zullen dit dossier en in het bijzonder de werking van dit nieuwe intermedium op de voet volgen.

04.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Ik blijf me afvragen of de universitaire vzw als tussenstructuur en het laveren tussen het werknemers- en het zelfstandigenstatuut niet indruist tegen de administratieve vereenvoudiging.

Zal het nieuwe statuut via een KB worden geregeld of via een wetsontwerp in het Parlement worden besproken?

04.06 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het zal gewoon bij besluit worden geregeld.

04.07 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Ik vraag de minister het KB ter inzage aan het Parlement te geven, zodat we het dossier kunnen opvolgen. Ik wil niet dat het aan ons voorbij gaat zonder dat we er nog enig impact op kunnen hebben.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ongenoegen van de radiologen" (nr. 10471)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De voorzitter van het Consilium Radiologicum Belgicum heeft een brief aan de minister geschreven om het ongenoegen van de radiologen te uiten. Er wordt immers volop over de financiering van hun sector gedebatteerd zonder vertegenwoordiging van de radiologen zelf.

Wat vindt de minister daarvan? Hoe is de taskforce radiologie samengesteld? Waarom zitten er geen radiologen bij? Is er al overleg geweest met de radiologen?

05.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De eerste vergadering van de taskforce vond vorige week plaats op het Riziv. In de taskforce zitten vertegenwoordigers van de overheid, van de ziekenhuizen, van de

artsenorganisaties en van de ziekenfondsen. Bij de artsen zitten een klinisch bioloog en een radioloog. Ik wacht op voorstellen.

05.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De samenstelling van de taskforce is evenwichtiger dan in de medische pers geschreven werd. Ik hoop dat de taskforce niet de zoveelste praatgroep in het Riziv wordt. De sector heeft concreet resultaat meer dan nodig.

Het incident is gesloten.

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valérie Déom aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijkheid van nargilehs, chicha's en andere waterpijpen" (nr. 10535)

- mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de chicha" (nr. 11120)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de groeiende populariteit van de chicha" (nr. 11154)

06.01 Valérie Déom (PS): De nargileh of waterpijp (ook wel *chicha* genoemd) neemt een belangrijke plaats in in de cultuur van heel wat vreemdelingen en Belgen van buitenlandse origine. De jongste jaren deed de waterpijp ook haar intrede in Europa, en in België, en openden vele waterpijpcafés de deuren. Meer en meer particulieren kopen het mengsel van tabak en met fruit gearomatiseerde melasse dat gebruikt wordt in de waterpijp om thuis te roken.

Dat mengsel op zich is echter schadelijk, zoals nog werd bevestigd door een recente campagne van het *Fonds des affections respiratoires* (FARES). Volgens sommigen zou een uurtje waterpijp roken overeenkomen met het roken van honderd of tweehonderd sigaretten.

Beschikt u over wetenschappelijke gegevens met betrekking tot de schadelijkheid van de nargileh? Beschikt u over statistieken inzake het aantal gebruikers in België, zo mogelijk per leeftijdscategorie? Is de antitabakswet van toepassing op de waterpijpen? Zo niet, kan het toepassingsgebied van de wet in die zin verruimd worden?

Kan het toepassingsgebied van de wet niet worden uitgebreid om het gebruik van dergelijke waterpijpen door jongeren onder de 16 jaar te verbieden?

06.02 Josée Lejeune (MR): De nargileh doet vooral opgeld bij de jeugd. De gezondheidswerkers maken zich zorgen over die nieuwe vorm van tabaksgebruik. De WHO heeft het in haar verslag over een ernstig gezondheidsrisico en in een Franse studie van het *Laboratoire national de métrologie et d'essais* komt men tot het besluit dat men bij het waterpijp roken evenveel koolstofmonoxide inademt als wanneer men 17 tot 52 sigaretten zou roken, en evenveel teer als wanneer men 27 tot 102 sigaretten zou roken.

Bovendien bevat de informatie op de pakjes waterpijptabak vaak onjuistheden.

Zou het niet efficiënter zijn indien men over aparte verkoopstatistieken voor waterpijptabak en 'klassieke' tabak zou beschikken?

Welke maatregelen heeft u getroffen met betrekking tot de etikettering van de pakjes waterpijptabak?

Welk beleid voert u ter zake?

06.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): We zien dat het roken van de nargileh bewust wordt ontwikkeld, terwijl het tabaksgebruik afneemt en er intussen op heel wat plaatsen een rookverbod geldt.

Uit een reeks studies die met name in Frankrijk en Zweden werden uitgevoerd, blijkt dat de sigarettenproducenten andere stoffen proberen te vinden om de consument terug naar de gewone sigaret te lokken.

Werden of worden er maatregelen getroffen, in overleg met de gemeenschapsministers, met het oog op

consumentenvoorlichting en de studie van het verband tussen dit verschijnsel en de klassieke tabaksverslaving?

Moeten we op de *chicha* niet dezelfde regels toepassen als op tabak voor het etiketteren, het toelaten en het verbod?

06.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Volgens de WHO vermindert de hoeveelheid toxische en voor de longen kankerverwekkende producten weinig door het feit dat de rook in het water gaat. De opname van koolstofmonoxide kan heel hoog liggen door de grote ingeademde volumes en door het feit dat de warmtebron uit koolstof of kolen bestaat. De hoeveelheid ingeademde rook bij het gebruik van een waterpijp kan dertig keer hoger liggen dan bij het roken van een sigaret. De secundaire rook veroorzaakt ook gezondheidsrisico's bij niet-rokers in de buurt en voor de foetus.

We beschikken over weinig cijfers betreffende het aantal regelmatige gebruikers van de waterpijp. Het zijn er weinig in vergelijking met de gebruikers van sigaretten of roltabak.

De maatregelen voor de bestrijding van het tabaksgebruik zijn toepasselijk op alle tabaksproducten.

Er dienen verbodsmaatregelen en preventieve maatregelen getroffen te worden.

06.05 **Valérie Déom** (PS): De vzw FARES wijst erop dat het uitermate belangrijk is dat de jongeren gesensibiliseerd worden voor de risico's van het roken van de waterpijp. Uit uw antwoord komt naar voren dat de antitabakswet logischerwijze ook moet gelden voor de waterpijp en de daarvoor bestemde tabak. Het zou nuttig zijn dat de waterpijpbars alsmede de etikettering van de pakjes aan strenge controles onderworpen worden.

06.06 **Josée Lejeune** (MR): De uitbaters van waterpijpbars zijn zich er niet van bewust dat ze aan dezelfde regelgeving onderworpen zijn als de restaurants. Er heerst daaromtrent de grootste onduidelijkheid.

Het zou interessant zijn over aparte statistieken te beschikken over de klassieke tabak en de *chicha*.

De etikettering is heel belangrijk. Op het pakje *chichatabak* staat dat het 0 procent teer en nicotine bevat. Dat is een aperte leugen!

06.07 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Ik hoop dat men blijft hameren op de informatie.

We zouden de vzw FARES om informatie kunnen vragen over haar campagne en conclusies.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overbevolking in de ziekenhuizen" (nr. 10297)**

07.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): Op 13 januari verklaarde professor De Coster, directeur van het universitair ziekenhuis van Mont-Godinne, dat hij niet meer wist waar hij met de patiënten naartoe moest. Zelfs de urgentiediensten konden de toevloed van patiënten niet meer aan.

Doet die situatie zich in alle ziekenhuizen voor? Wat is de oorzaak van die overbevolking? Bestaat er een protocol dat bepaalt hoe er met die toevloed worden omgegaan en welke houding er ten aanzien van de patiënten moet worden aangenomen? Werden er al maatregelen getroffen?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Die overbezetting wordt opgevolgd door onze diensten. De meeste ziekenhuizen in Brussel en Vlaams-Brabant zijn voor honderd procent bezet. Ook in de andere provincies is dat het geval voor bepaalde steden of ziekenhuizen.

De bezettingsgraad van de ziekenhuizen ligt vaak hoger in deze periode van het jaar, met name doordat niet-

dringende ziekenhuisopnames werden uitgesteld zodat ze niet tijdens de eindejaarsperiode hoefden plaats te vinden en het aantal longaandoeningen en gevallen van griep toenemen.

Het interne beheer met betrekking tot de ziekenhuispopulatie behoort tot de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbeheerder, die maatregelen kan nemen op het stuk van de geplande opnames, die de meerderheid van de opnames uitmaken. Hij kan zijn team eveneens vragen de duur van de ziekenhuisopnames in te korten, bedden herkwalficeren of patiënten naar andere ziekenhuizen laten overbrengen.

Ten slotte kan het ziekenhuis ook zijn intern urgentieplan in werking stellen.

Om economische en technische redenen lijkt een capaciteitsuitbreiding me niet wenselijk. Wel is er nood aan een monitoring met het oog op het beheren van de patiëntenstromen, zodat de instellingen op eigen initiatief de nodige maatregelen kunnen treffen. Met het UREG-project dat door mijn administratie wordt ontwikkeld, zouden daartoe de nodige gegevens ter beschikking moeten worden gesteld.

Ik heb de ziekenhuizen een rondzendbrief gestuurd waarin de maatregelen in herinnering worden gebracht die moeten worden toegepast wanneer de ziekenhuizen vol zitten. Ten slotte wijs ik op de belangrijke preventieve rol van de Gemeenschappen, die de invloed van recurrente aandoeningen op de ziekenhuiscapaciteit moet helpen terugdringen.

Enkele gevallen kregen ruime media-aandacht. Mijn administratie stuurde telkens ambtenaren ter plaatse en er kon in alle gevallen een oplossing worden gevonden.

07.03 Jean-Luc Crucke (MR): Ik stelde deze vraag nadat ik had vernomen dat een operatieve ingreep werd uitgesteld. Ik ben het ermee eens dat er prioriteiten moeten worden gesteld en ik ben evenmin voorstander van een capaciteitsuitbreiding. Het lijkt me wel absoluut noodzakelijk dat de patiënten beter worden geïnformeerd, al was het maar om onnodige klachten te voorkomen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 10550 van mevrouw Ilse Uyttersprot wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

08 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van recente cijfers over het drugsgebruik in België" (nr. 10578)

08.01 Daniel Bacquelaine (MR): Het Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EWDD) publiceert elk jaar een drugsverslag. Het gaat daarvoor uit van de gegevens van het Europees netwerk voor informatie over drugs en drugsverslaving (REITOX) dat in België werkt met het wetenschappelijk Instituut volksgezondheid (WIV). In het verslag voor 2007 dateren de meest recente cijfers voor België van 2004. Het is echter de bedoeling prevalenties en consumptiewijzen die snel evolueren, vast te leggen. De meest recente cijfers waarover we voor België beschikken, zijn die uit een door de WHO gestuurd onderzoek van 2006.

Ik herinner er trouwens aan dat het Parlement in 1997 een werkgroep over de drugsproblematiek opgericht had. Er werden toen verscheidene aanbevelingen geformuleerd.

Welke cijfers heeft u de jongste tijd aan het EWDD meegedeeld? Beschikt u ook over meer recente cijfers? Zijn die cijfers beschikbaar per categorie (jonge volwassenen, schoolplichtige bevolking) en drugstype? Welke initiatieven kunnen worden genomen om die studies over het wettelijk en illegaal drugsgebruik op regelmatige basis te laten verrichten?

08.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het WIV heeft het nationaal drugsverslag ingediend in december 2008, met beschikbare gegevens tot begin 2008. Het zal mogelijk zijn het verslag te downloaden van de website van het WIV en de papieren versie zal in februari 2009 beschikbaar zijn.

Het WIV nam in het rapport 2008 cijfers op uit 2007 en 2008 betreffende de prevalentie van cannabisgebruik en de consumptiewijzen onder de algemene bevolking, de jongvolwassenen en leerlingen. Gegevens over de

prevalentie en het gebruik van andere drugs onder leerlingen zijn tevens beschikbaar voor Vlaanderen met betrekking tot 2007 en 2008. De cijfers die het WIV in 2008 en aan het begin van 2009 verzamelde zullen aan het einde van dit jaar beschikbaar zijn.

Wat regelmatige studies betreffende drugsgebruik betreft, kan de Belgische Gezondheidsenquête vermeld worden. Die gezondheidsenquête is beperkt, maar de prevalentie van alle door het EWDD gevraagde drugs wordt er wel in onderzocht. De tabellen voor 2008-2009 zullen in januari 2010 beschikbaar zijn. De omstandige rapporten zullen later volgen.

In 2006 liet het WIV de haalbaarheid van een herhaalde prevalentie-enquête onder de algemene bevolking onderzoeken. De resultaten van die studie zullen gepresenteerd worden op de website van het Federaal Wetenschapsbeleid en op een lentesymposium van het WIV. Op grond van die resultaten zullen de mogelijke enquêtemethoden kunnen worden beoordeeld.

Hoewel de prevalentie van het druggebruik en de consumptiewijzen van de drugverslaafden die onder behandeling zijn verschillen van die van de algemene bevolking, kunnen die gegevens indicatief zijn. Er werden in 2005 gegevens over specifieke groepen verzameld die in het rapport 2008 beschreven worden. De kwaliteit van het registratiesysteem voor de TDI-gegevens (*Treatment Demand Indicator*) zou nog moeten verbeteren.

Kortom, er worden tal van acties ondernomen en er zal binnenkort een nieuw verslag met recentere gegevens verschijnen.

08.03 Daniel Bacquelaire (MR): De consumptiepatronen veranderen zo snel dat een performant scorebord in real time zich opdringt. Het preventie-, bijstand- en repressiebeleid moet op recente cijfers steunen. Het Belgische Focal Point van het Europees netwerk voor drugs en drugverslaving zou de methodes voor de inzameling en het ter beschikking stellen van gegevens moeten moderniseren.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 10628 van mevrouw Lieve Van Daele wordt uitgesteld.

09 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kwaliteit van het voedsel" (nr. 10672)

09.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): In de bereide voeding die in ons land wordt geconsumeerd, is de concentratie van zout, suiker en verzadigde vetten nog altijd veel te hoog. Tot deze conclusie kwam Test-Aankoop in zijn Voedselbalans 2008.

Vorig jaar heeft de Kamer een resolutie goedgekeurd met de vraag aan de regering om een rondetafelconferentie te organiseren over deze problematiek. Hoe ver staat het met de organisatie hiervan?

09.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik ben op de hoogte van de resultaten van de Voedselbalans 2008. De regering heeft eigenlijk al geanticipeerd op de aanbevelingen van de resolutie van vorig jaar. In het kader van het nationaal voedings- en gezondheidsplan werd in 2007 een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van onder mee de Federatie van de Voedingsindustrie, de federaties van de subsectoren, de distributiesector, consumentenorganisaties, het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid, de horeca, experts betreffende voedselconsumptiepeiling en de sector van de voedingstechnologie.

In eerste instantie heeft de werkgroep de zoutinname via bereide voeding bestudeerd. Er is gebleken dat die bij het gros van de bevolking boven de limiet ligt van de door de Wereldgezondheidsorganisatie gehanteerde norm van 5 gram per dag. Als gevolg van deze vaststelling werden de diverse sectoren aangespoord om vrijwillig voorstellen in te dienen met het oog op zoutreductie tegen 2010-2012. Deze voorstellen worden momenteel wetenschappelijk onderzocht en de resultaten hiervan zullen tegen de zomer van dit jaar bekend zijn.

De opdracht van de werkgroep wordt in 2009 verder uitgebreid: er zal ook aandacht worden besteed aan de overmatige consumptie van toegevoegde suikers, verzadigde vetten en transvetten in bepaalde voedingscategorieën.

(*Frans*) Een aantal parlementsleden, onder wie uzelve, hebben veel aandacht voor de kwaliteit van onze voeding. Ik vraag me af of we de leden die zich met die dossiers bezighouden, niet moeten uitnodigen om hier veel uitgebreider over te komen rapporteren.

09.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Is die werkgroep eigenlijk hetzelfde als de rondetafel waartoe onze resolutie heeft opgeroepen?

09.04 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Wat de universiteiten van Gent en Antwerpen betreft, gaat het om een meting van de gevolgen van het zoutgebruik.

09.05 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Europa heeft onlangs voorgesteld om nieuwe voedingsprofielen op te stellen, onder meer op het vlak van de normering van zout, suiker en vetten. Die normen zullen bindend zijn vanaf 2011. We mogen in ons land dan ook geen tijd verliezen.

De **voorzitter**: We zouden een kleine werkgroep kunnen oprichten, samengesteld uit leden van de commissie. Mevrouw della Faille, bij de regeling van de werkzaamheden zal rekening worden gehouden met een bezinning over die thema's die verband houden met de kwaliteit van de voeding in het kader van de gezondheid.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hypnosedatie" (nr. 10679)

10.01 Josée Lejeune (MR): Ons land staat aan de spits op het gebied van hypnosedatie. Hypnosedatie is een medische techniek waarbij tijdens een operatie een lichte sedatie gecombineerd wordt met een relaxatiemethode die gebaseerd is op muziek en woord. Dankzij die techniek moeten er veel minder anesthetica gebruikt worden.

Hypnosedatie wordt in België sinds halfweg de jaren 90 toegepast. In tien jaar tijd werden er in het *Centre hospitalier universitaire* van Luik 6.500 patiënten volgens die methode behandeld, van wie er slechts 18 tijdens de operatie bijkomend met medicijnen geanestheseerd dienden te worden.

Bij hypnosedatie blijft de patiënt bij bewustzijn en hij houdt meestal een goede herinnering over aan de operatie. Na de operatie lijdt de patiënt minder pijn. De patiënt voelt zich minder vermoeid en heeft minder medicatie nodig, wat een aardige besparing voor de sociale zekerheid oplevert. Hypnosedatie biedt dus tal van voordelen, maar veel patiënten staan er nog weigerachtig tegenover.

In uw algemene beleidsnota onderstreept u het belang van kostenbesparing. Zou het niet interessant zijn om die techniek via een sensibiliseringscampagne beter bekend te maken bij het brede publiek?

In Frankrijk maakt hypnosedatie deel uit van een officieel leerplan in de artsenstudie. Zou België zich niet aan het Franse voorbeeld moeten spiegelen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ik was in het verleden zelf al het bereidwillige 'slachtoffer' van hypnosedatie, en dat is erg goed verlopen. Ik meen dan ook dat de methode heel wat voordelen inhoudt.

Ik zal de Hoge Gezondheidsraad of het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg derhalve om een advies vragen; op grond van het eindverslag zal deze methode bij de artsen en het grote publiek kunnen worden gepromoot en zal de methode eventueel in het lessenpakket kunnen worden opgenomen.

10.03 Josée Lejeune (MR): Ik had een ontmoeting met professor Faymonville, die deze techniek toepast in Luik en die de opleiding verzorgt voor het hele land. De professor is akkoord en vraagt dat de opleiding in het leerplan zou worden ingepast.

Er is wel een probleem. Bij hypnosedatie moet de anesthesist tijdens de volledige duur van de operatie aanwezig blijven. In kleinere ziekenhuizen is één anesthesist doorgaans voor verschillende patiënten tegelijk verantwoordelijk.

Ik kijk alvast uit naar de resultaten. Zelf ben ik voorstander van een ruimere aanwending van deze techniek.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De heer Gilkinet laat mevrouw Detiège voorgaan, voor haar vraag nr. 10756.

Vraag nr. 10702 van mevrouw De Maght, die zonder opgave van reden afwezig is, wordt geannuleerd. Vraag nr. 10721 van mevrouw Salvi wordt op haar verzoek uitgesteld.

Op de vragen onder punt 25, met betrekking tot de ziekenhuisinfecties, werd in het verleden al uitgebreid geantwoord. De vraagstellers kunnen dat antwoord nalezen. Zo nodig zal er een nieuwe vraag moeten worden ingediend. Die vragen worden dus ingetrokken.

11 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling voor HIV-patiënten" (nr. 10756)

11.01 Maya Detiège (sp.a): Op de rondetafelconferentie georganiseerd door Sensoa, samen met het Vlaamse patiëntenplatform, InAid, Info Sida en PlatForme Prévention Sida, over de knelpuntnota en de terugbetaling van hiv-behandelingen kwamen drie problemen naar voren.

Hoe kunnen patiënten geneesmiddelen krijgen die elders in Europa al zijn geregistreerd, maar in België nog niet worden terugbetaald? Is het mogelijk om ook voor aids- en hiv-patiënten in een terugbetaling te voorzien van het vaccin tegen hepatitis B?

Sommige aidspatiënten krijgen lipoatrofie of lipodystrofie, een aandoening waarbij het vetweefsel in het gelaat verdwijnt en hun gezicht volledig invalt. De aandoening heeft een zeer stigmatiserend karakter. Kan er een terugbetaling komen voor de behandeling ervan? De wetgeving is momenteel helemaal niet duidelijk over de vraag of het over een esthetische of reconstructieve ingreep gaat.

11.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Voor een geneesmiddel dat al een Europese goedkeuring heeft gekregen, kan de vergunninghouder een medisch noodprogramma opzetten. Daardoor kan het geneesmiddel ter beschikking worden gesteld van patiënten met een chronische, gezondheidsondermijnende of levensbedreigende ziekte waarvoor de erkende medicijnen niet volstaan. Voor het nieuwe geneesmiddel moet een aanvraag zijn ingediend om het op de markt te mogen brengen. Zodra die aanvraag is goedgekeurd, maar er nog geen terugbetaling is, kan een noodprogramma worden opgestart aan de hand van een dossier bij het Federaal Agentschap voor de Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. Het geneesmiddel mag niet worden verkocht aan de patiënten die deelnemen aan het programma.

Het hepatitis B-vaccin wordt momenteel al via Kind & Gezin en het Office Nationale de l'Enfance gratis ter beschikking gesteld voor zuigelingen en kinderen van 11 tot 12 jaar. Daarnaast werd eveneens in een vergoeding van het vaccin voorzien voor een inhaalcohort van patiënten van 13 tot 15 jaar die nog niet geïmmuniseerd zijn en voor patiënten tot 18 jaar die op rechterlijk bevel in een centrum zijn geplaatst. Ook voor bepaalde risicogroepen wordt het vaccin terugbetaald, zoals hemofiliepatiënten of dialysepatiënten. De eventuele uitbreiding tot andere risicogroepen moet verder worden onderzocht.

Ik ben mij bewust van het stigmatiserende effect van lipoatrofie en lipodystrofie. Op dit moment bestaat er geen curatieve medicamenteuze behandelingen waarvan de wetenschappelijke waarde is aangetoond. De terugbetaling van een behandeling met lipofillers vergt een grondige evaluatie.

11.03 Maya Detiège (sp.a): Ik vraag dat de minister een extra inspanning doet voor de terugbetaling van lipofilling. Ik denk bijvoorbeeld aan een – eventueel beperkte – terugbetaling via het budget voor chronische ziekten.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in pediatrie en neonatologie" (nr. 10493)

12.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): In tegenstelling tot de verpleegkundigen gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, in de geriatrie en in de oncologie beschikken hun vakgenoten gespecialiseerd in de pediatrie en in de neonatologie niet over een erkende beroepstitel.

In minstens twee koninklijke besluiten, de dato 13 juli 2006 en 24 oktober 2006, wordt er nochtans verwezen naar die titel. In samenwerking met de representatieve organisaties werd er lang gewerkt aan het besluit tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars gemachtigd worden de beroepstitel te dragen van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en in de neonatologie. De Nationale Raad voor Verpleegkunde heeft er op 16 oktober 2007 een advies over uitgebracht.

Waarop is het dossier met betrekking tot de erkenning van de beroepstitel van pediatriesch verpleegkundige vastgelopen? Wat hebt u ondernomen om de moeilijkheden die de afhandeling ervan impediëren, uit de weg te ruimen? Wanneer denkt u de erkenning rond te hebben?

12.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Op dit ogenblik zijn er toepassingsbesluiten uitgevaardigd met betrekking tot drie bijzondere beroepstitels en één bijzondere beroepsbekwaamheid op de respectieve lijsten in het besluit van 27 september 2006: de titels van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie en verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie. De teksten werden overgezonden aan het *Belgisch Staatsblad*.

Er zijn geen specifieke moeilijkheden die verklaren waarom de erkenning van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige in de pediatrie en in de neonatologie op zich laat wachten. Ik moet alleen rekening houden met de capaciteit van mijn diensten in het licht van de werklast die het registreren van de betrokken zorgverleners voor hen meebrengt.

Hetzelfde bestuur is ook belast met de verschillende kadasters van de beoefenaars van de gezondheidszorg. Dat werk mag geen vertraging oplopen. Ik kan maximaal twee verpleegkundige titels of kwalificaties per jaar erkennen. Ik zal de erkenning van de bijzondere beroepstitel pediatrie en neonatologie als prioriteit beschouwen. De publicatie moet in 2009 gebeuren.

12.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Uw bestuur komt misschien uitzonderlijk in aanmerking voor bijkomende steun.

Het incident is gesloten.

13 Samengevoegde vragen van

- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelen die door de apothekers worden gekozen bij een voorschrift op stofnaam" (nr. 10563)
- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het afleveren van goedkope medicijnen door de apothekers" (nr. 10684)

13.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): In geval van een voorschrift op stofnaam zouden slechts 12 procent van de apothekers het goedkoopste geneesmiddel afleveren. Dat staat te lezen in een studie van de Christelijke Mutualiteiten en Test-Aankoop; 4 procent van de apothekers hebben het duurste geneesmiddel afgeleverd. Zelfs wanneer het geneesmiddel niet in voorraad was, bestelden de apothekers een duurder product.

Bevestigt u dat de apothekers al te zelden voor het goedkoopste geneesmiddel kiezen in geval van een voorschrift op stofnaam? Welke maatregelen heeft u genomen of zal u nemen om het aantal voorschriften op stofnaam op te trekken en de aflevering van goedkope producten te bevorderen?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De cijfers van het Riziv bevestigen uiteraard dat de apothekers niet systematisch het goedkoopste geneesmiddel afleveren. Toch kan men er de resultaten van Test-Aankoop enigszins mee relativeren. Naargelang van de gekozen verpakking kunnen de resultaten immers sterk verschillend zijn. De voorschriften op stofnaam uitsluitend analyseren vanuit het standpunt van de prijs, is niet altijd correct. Welke patiënt zou voor een behandeling tegen hoge bloeddruk bijvoorbeeld aanvaarden om de drie maand van geneesmiddelenmerk te veranderen om 5 of 10 cent per kwartaal te besparen? De continuïteit in de behandeling of de bevoorradiging zijn even belangrijk.

Het koninklijk besluit van 2005 over de stofnaam verplicht de apotheker niet om het goedkoopste product af te leveren maar bepaalt dat hij rekening moet houden met het belang van de patiënt.

Dat gezegd zijnde, denk ik dat we nog verder kunnen gaan. Daarom werken we aan een financiële stimulus voor de apotheker die én voor het Riziv én voor de patiënt een besparing tot stand zal brengen door telkens als het kan, een goedkoper merk te kiezen.

13.03 **Georges Gilkinet** (*Ecolo-Groen!*): Er bestaan meerdere denksposen, zoals het vast honorarium van de apotheker. Uiteraard slaan de apothekers hun producten niet altijd op, ook de minder dure niet.

Het incident is gesloten.

14 **Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een inbreuk op artikel 10 van de wet van 25 maart 1964" (nr. 10617)**

14.01 **Georges Gilkinet** (*Ecolo-Groen!*): In een advertentie in de pers biedt een farmamultinational onder het mom van een wedstrijd geneesheren die de reclamewebsite van dat bedrijf willen bezoeken, laptops aan. Dat lijkt me strijdig met artikel 10 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen.

Wat denkt u van die praktijk? Welke sancties kunnen er opgelegd worden? Hebben uw diensten een procedure opgestart? Hoeveel ondernemingen werden er de jongste vijf jaar veroordeeld wegens een inbreuk op artikel 10 van de wet van 1964?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De controlediensten inzake reclame van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten hebben wel degelijk op die persadvertentie gereageerd. Er loopt een onderzoek.

Overeenkomstig artikel 10 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen is het farmaceutische bedrijven verboden voordelen toe te kennen aan personen die gemachtigd zijn geneesmiddelen voor te schrijven. Het is de voorschrijvers eveneens verboden dergelijke voordelen te vragen of ze te aanvaarden.

Het koninklijk besluit van 7 april 1995 bepaalt dat het verboden is reclame te maken voor geneesmiddelen door het uitschrijven van prijsvragen.

De sancties gaan van de waarschuwing en de ingebrekestelling tot staking van de niet-conforme reclame tot het opmaken van een proces-verbaal en het voorstel tot betaling van een administratieve boete, waarvan de vrijwillige betaling de strafvordering doet vervallen. Wanneer de voorgestelde boete niet wordt betaald of er geen voorstel wordt geformuleerd, wordt het dossier overgezonden aan de procureur des Konings. Overeenkomstig artikel 16 van de wet van 25 maart 1964 kunnen de feiten worden bestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot een maand en/of een boete van 1.100 tot 82.700 euro.

Sinds de inwerkingtreding van de laatste versie van artikel 10 ging de aandacht in hoofdzaak uit naar de voorlichting van de actoren op wie de nieuwe reglementaire bepalingen met betrekking tot de premies en voordelen van toepassing zijn. Er werd een honderdtal dossiers geopend naar aanleiding van klachten of controles. Tot op heden werd er acht keer proces-verbaal opgemaakt en werd een twintigtal waarschuwingen

uitgeschreven.

14.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Ik heb de indruk dat de sector inzake geneesmiddelenreclame een soort kat-en-muisspelletje speelt. U mag de aandacht niet laten verslappen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Voor punt 25 van de agenda (de vragen nr. 10795, nr. 10808 en nr. 11152 van de heer Xavier Baeselen, mevrouw Martine De Maght en de heer Georges Dallemagne) verwijzen we naar het antwoord dat eerder al in de commissie werd gegeven.

Vraag nr. 10799 van de heer Flahaux wordt uitgesteld.

15 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het belang van de reductie van pathogenen in trombocytenconcentraten" (nr. 10801)

15.01 Josy Arens (cdH): In augustus 2008 heeft de hoge Gezondheidsraad een advies uitgebracht met betrekking tot de reductie van pathogenen in trombocytenconcentraten. In zijn conclusie onderstreept hij dat die methodes efficiënte technieken zijn die bepaalde voordelen bieden en hij stelt voor ze te implementeren. Hoe ver is de implementatie van de aanbeveling van de hoge Gezondheidsraad gevorderd?

In november 2008 werd, op grond van artikel 56, § 1 van de wet op de geneeskundige verzorging en uitkeringen, een vierde avenant waarin de modaliteiten voor de uitkering door de verplichte gezondheidszorgverzekering worden vastgelegd, voor een bedrag van 685.000 euro, door het verzekeringscomité en vier transfusiecentra ondertekend. Waarom?

Bestaan er niet voldoende studies die aantonen dat de te gebruiken methodes voor de reductie van pathogenen therapeutisch gesproken afdoend zijn?

Dient men het vierde avenant bij de overeenkomst te situeren in het kader van een onderzoek of een studie? Waarom wordt een trombocytenconcentraat momenteel nog niet onderworpen aan een pathogenen reducerend proces?

Werd die overeenkomst in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd?

Hoe is het begeleidingscomité dat toezicht hield op de studies van de transfusiecentra, samengesteld?

Ik heb ook vernomen dat er gewerkt wordt aan een ontwerp van koninklijk besluit. Het zou de verplichting invoeren om alle trombocytenconcentraten te onderwerpen aan een pathogenen reducerend proces volgens een gevalideerde methode. In welk stadium bevindt zich dat koninklijk besluit dat wordt voorbereid, en wanneer wordt het gepubliceerd?

Op hoeveel worden de kosten voor dat proces geraamd, wie zal het ten laste nemen en zal het worden opgenomen in het prijsindexcijfer van onstabiele bloedproducten of zal er een specifiek budget voor worden uitgetrokken? Is het bedrag opgenomen in de begroting voor 2009?

15.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In het advies nr. 8390 van 6 augustus 2008 van de Hoge Gezondheidsraad wordt de pathogeenreductie van bloedplaatjesconcentraten aanbevolen. Dit advies moest echter worden aangevuld met een meer specifiek advies over de doeltreffendheid van twee producten die beschikbaar zijn op de Belgische markt: Intercept en Mirasol. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan deze adviezen. Een ontwerp van koninklijk besluit waarmee men het gebruik van deze techniek verplicht wil stellen, werd om advies voorgelegd aan de Inspectie van Financiën.

Verschillende onderzoekers hebben gemeld dat er bloedplaatjes verloren gaan met deze nieuwe procedure. Het spreekt vanzelf dat een eventuele bijkomende transfusie van bloedplaatjes bij de betrokken patiënten voor grote problemen zou zorgen, meer bepaald in het kader van de uitgaven voor de gezondheidszorg.

Wat de nomenclatuur en de prijsbepaling voor deze techniek betreft, vormt de overeenkomst die u vermeld

hebt, een overgangsfase met het oog op een regelmatige terugbetaling. De experts van de transfusiecentra hebben onlangs de algemene invoering van de techniek gevraagd, maar de regelmatige terugbetaling moet nog worden geregeld. Ik wacht tot de procedure bij het ministerie van Volksgezondheid is afgelopen. Ik aanvaard geen overgangsregeling die te lang zou duren.

De inhoud van de overeenkomst werd niet gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*. Dat is gebruikelijk. Het begeleidingscomité van de overeenkomst bestaat uit vier Belgische transfusiecentra (Sint-Jan in Brugge, Gent, de *service du sang du Brabant-Hainaut* die in het Hôpital Erasme is gevestigd, en het bloedtransfusiecentrum in Mont-Godinne) en uit meerdere leden van het verzekeringscomité. Het comité vergadert drie of vier maal per jaar bij het Riziv.

De Inspectie van Financiën moet dus zijn advies geven over het ontwerp van koninklijk besluit in kwestie. Zodra ik over het advies beschik, wordt een en ander voorgelegd aan het departement Begroting en vervolgens aan de Raad van State.

De verkoopprijs van de bloedproducten zal opnieuw globaal worden geëvalueerd.

15.03 Josy Arens (cdH): Wanneer mogen we de publicatie van het besluit verwachten?

15.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik kan u geen nauwkeurige datum opgeven, we volgen het dossier heel regelmatig op.

15.05 Josy Arens (cdH): Als ik het goed begrepen heb, wilt u dat een en ander niet te lang aansleept.

15.06 Minister Laurette Onkelinx (Frans): U heeft volkomen gelijk.

Het incident is gesloten.

16 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het arrest van de Raad van State tot opheffing van het ministerieel besluit van 2006 met betrekking tot de erkenning van huisartsen" (nr. 10805)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging door de Raad van State van het ministerieel besluit met de erkenningnormen voor huisartsen" (nr. 10843)

- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van het ministerieel besluit houdende de erkenningnormen voor huisartsen" (nr. 10861)

16.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Mijn vraag handelt over het arrest van de Raad van State waarbij het ministerieel besluit van 2006 met betrekking tot de erkenning van de huisartsen opgeheven wordt, omdat het advies van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen zonder quorum werd uitgebracht.

Het besluit van 3 mei 1999 is opnieuw van kracht. Dat vormt een probleem, aangezien het 4^e masterjaar niet mag worden beschouwd als een onderdeel van de opleiding tot huisarts, die drie jaar duurt. De betrokken studenten zullen dus misschien een bijkomend studiejaar moeten volbrengen.

Met het opheffen besluit werd trouwens een discriminatie ingesteld tussen specialisten, die pas na 7 jaar hun specialisatie kunnen aanvatten, en huisartsen, die dat al na 6 jaar kunnen doen. In heel wat Europese landen werd de duur van de basisopleiding in de geneeskunde op 6 jaar gebracht.

Welke maatregelen hebt u genomen om een mouw te passen aan de opheffing van dit besluit? Hebt u contacten gehad met de universiteiten en de studenten over de duur van de basisopleiding in de geneeskunde?

16.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De Raad van State besliste, naar aanleiding van een vraag van een Brusselse vzw en een Vlaamsgezinde huisarts, dat het ministerieel besluit van 21 februari 2006 inzake de erkenningnormen voor de huisartsen moest worden vernietigd op basis van procedurefouten. Dit betekent dat een eerder ministerieel besluit uit 2002 terug in werking treedt, met als gevolg een juridisch vacuüm voor

artsen in opleiding met betrekking tot de duur van hun opleiding. De Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen heeft al tweemaal overleg gepleegd over dit dossier.

Wat denkt de minister van de vernietiging van het betrokken ministerieel besluit? Welke oplossing zal er uit de bus komen? Wat heeft het overleg van de Hoge Raad opgeleverd?

16.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De Raad van State heeft inderdaad het besluit van februari 2006 inzake de criteria voor de erkenning van de huisartsen vernietigd. Het advies van de Raad van State verwijst nergens naar de inhoud van het besluit, wel naar het ontbreken van een quorum tijdens een van de vergaderingen van de Hoge Raad. Het bevestigt bovendien dat studenten in de geneeskunde hun specifieke opleiding in de huisartsengeneeskunde konden aanvangen vanaf hun vierde doctoraatsjaar. De Raad van State stelt echter dat dit een ongelijkheid creëert tussen de opleiding van huisartsen en die van specialisten in de ziekenhuizen.

(*Frans*) Ik heb de Hoge Raad, die op 12 februari is bijeengekomen, bij hoogdringendheid gevraagd een voorstel voor een besluit te bestuderen, dat identiek is aan dat van 2006 betreffende de erkenning en waarbij een overgangperiode wordt ingevoerd ter bescherming van de studenten die de geneeskundestudie reeds aangevat hebben.

Zodra ik over het officieel advies van de Hoge Raad beschik, zal ik het nieuwe besluit voorleggen aan de Raad van State en de ministerraad. Tegelijkertijd zal ik met de Gemeenschappen, die bevoegd zijn voor het hoger onderwijs, en de gezondheidswerkers overleg plegen over de duur van de geneeskundestudie.

16.04 **Muriel Gerkens** (*Ecolo-Groen!*): Men moet voorzien in een overgangperiode; er is geen andere oplossing. Het debat over de aanpassing van de studieduur is onvermijdelijk, gelet op de Europese context. Een en ander zal snel worden geregeld.

16.05 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Aangezien het om een gedeelde bevoegdheid met de Gemeenschappen gaat, moeten ze eerst worden geraadpleegd.

16.06 **Koen Bultinck** (*Vlaams Belang*): Het is logisch dat er een advies werd gevraagd aan de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen. In de marge daarvan is ook een werkgroep opgestart. Overleg met de Gemeenschappen is meer dan nodig, vermits het fundamentele debat natuurlijk zal gaan over de duurtijd van de basisopleiding en een aantal artsensyndicaten er terecht op aandringt om de basisopleiding te reduceren tot zes jaar.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vragen nr. 10819 van mevrouw Van Daele en 10822 van mevrouw De Bue worden uitgesteld.

17 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar het uitgaansleven door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen" (nr. 10848)**

17.01 **Koen Bultinck** (*Vlaams Belang*): Uit een onderzoek van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) naar het gebruik van drugs tijdens het uitgaansleven blijkt dat het gebruik van cannabis en alcohol is toegenomen. Van een taboe rond cannabis is geen sprake meer en er duiken allerlei nieuwe *partydrugs* op.

Kan de federale overheid, in overleg met de Gemeenschappen, nieuwe preventieve campagnes opstarten om de jongeren erop te wijzen dat dit druggebruik niet zo onschuldig is?

17.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik heb het uitgaansonderzoek 2006 en 2007 van de VAD gelezen. De onderzoekers vestigen er wel de aandacht op dat de indicatieve rapportcijfers niet representatief zijn voor alle situaties. Uit deze studies kunnen dus geen conclusies worden getrokken over het middelengebruik van alle jongeren.

Het gebruik van alcohol en cannabis in het uitgaansleven is volgens de studie 2007 inderdaad gestegen in vergelijking met het jaar 2005. Het bevindt zich nu op hetzelfde niveau als in 2003. Jongeren drinken vooral alcohol tijdens het uitgaan zelf, maar in 2007 dronken vijf op tien van hen ook al iets vooraf.

De onderzoekers zeggen niet dat het gebruik van cannabis niet langer taboe is, maar wel dat het gebruik in verschillende situaties wel meer aanvaard wordt.

De nieuwe *partydrug* Ketamine is goed voor 3,3 procent van het gebruik, de drug GHB voor 5,3 procent. Mijn bezorgdheid gaat vooral uit naar het stijgende gebruik van cocaïne in het uitgaansmilieu: dat is van 11,3 procent in 2003 gestegen tot 12,3 procent in 2005 en tot 17,1 procent in 2007. Cocaïne is daardoor, na alcohol en cannabis, vandaag al de derde drug.

De algemene cel Drugbeleid, die werd opgericht op 13 september 2008, is verantwoordelijk voor een drug- en alcoholbeleid in het uitgaansmilieu dat ingebed is in een beleid dat betrekking heeft op alle levensdomeinen. De bevoegde ministers hebben op 17 juni een gemeenschappelijke verklaring voor een toekomstig alcoholbeleid ondertekend, dat werd gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*.

De cel Gezondheidsbeleid heeft onlangs een advies uitgebracht over het stijgende cocaïnegebruik. De preventie behoort natuurlijk tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. De federale overheid is bevoegd voor de informatieverstrekking. Zo werden de sites www.alcoholhulp.be en www.hoeveelsteveel.be ontwikkeld in het kader van het Fonds ter Bestrijding van de Verslavingen. Deze sites willen informatie verstrekken en problematisch alcoholgebruik opsporen. Zij houden rekening met de leefwereld van jongeren en jongvolwassenen en garanderen een absolute anonimiteit.

Betrokken fonds heeft met iets meer dan 670.000 euro de vzw IDA gefinancierd om een nationale campagne rond alcohol en andere drugs te organiseren voor personen tussen 12 en 35 jaar. De doelstellingen zijn: het uitstellen van de beginleeftijd van alcoholgebruik, het verantwoordelijk leren omgaan met alcohol, het aanbieden van alternatieven voor alcoholgebruik, het vergemakkelijken van vroege interventie en het beperken van de maatschappelijke en gezondheidsschade. De campagne richt zich niet enkel op alcohol als product, maar ook op het gebruik ervan in al zijn vormen evenals op risicogedrag. De campagne zal starten in het tweede semester van 2009. De bevoegde gemeenschapsministers zullen hierover uitgebreid worden geïnformeerd.

17.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Het is positief dat de minister de onrustwekkende cijfers erkent. Ze tonen aan dat er nood is aan duidelijke campagnes die jongeren ontraden om naar druggebruik te grijpen en dat we het gedoogbeleid van de laatste jaren moeten bijsturen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 10940 van de heer Baeselen, 10910 van mevrouw Burgeon, 10942 van mevrouw Van Daele en 10945 van mevrouw Muylle worden uitgesteld.

18 Vraag van de heer Bart Laeremans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het nieuwe nationale voetbalstadion" (nr. 11019)

18.01 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Naar verluidt wordt enkel de Heizel nog weerhouden als mogelijke vestigingsplaats voor het nieuwe nationale voetbalstadion. Het is hierbij echter nog steeds niet duidelijk of er aan een volledige nieuwbouw wordt gedacht dan wel aan renovatie?

Welke site krijgt de voorkeur? Waarom worden de sites van de vroegmarkt en van Schaarbeek-Vorming niet langer aangehouden? Klopt het dat voetbalclub Anderlecht niet meewerkt aan het project aangezien het zijn

eigen stadion wil vergroten? Wat zijn de financiële implicaties van het project voor de federale overheid, het Brussels Gewest, de stad Brussel en de eventuele andere partners? Komt er al dan niet ook een nieuw koopcentrum?

Hoe kan de federale overheid bij de uitbating van het nieuwe stadion worden betrokken en hoe zullen de opbrengsten worden verdeeld?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het betreft hier in de eerste plaats een zaak van overleg tussen de federale, gewestelijke en gemeentelijke overheden. Het is de eerste minister die namens de federale regering voor dit dossier instaat. Voor zover mij bekend is er nog geen definitieve beslissing en bijgevolg blijven alle opties open. Er zijn dus ook nog geen financiële implicaties noch beslissingen over de uitbating van het stadion. Wat Sporting Club Anderlecht betreft, lijkt het mij aangewezen de club zelf of de gemeente te contacteren.

18.03 **Bart Laeremans** (*Vlaams Belang*): Alle ministers hebben zich ingespannen om Anderlecht erbij te betrekken omdat het dan een deel van de kosten zou dragen, maar blijkbaar is er nog steeds geen definitieve keuze gemaakt. Dat verheugt mij omdat het denkspoor Schaarbeek-Vorming toch nog niet definitief is geschrapt. Vanuit stedenbouwkundig en ruimtelijk oogpunt is dat immers de beste keuze en Brussels minister-president Picqué heeft dit al bevestigd.

Ik kant mij absoluut tegen een nationaal stadion in Grimbergen. Bovendien heeft Brussel er geen enkel financieel voordeel bij heeft dat nationale stadion buiten Brussel te bouwen.

Het incident is gesloten.

19 **Vraag van de heer Jacques Otlet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van therapeutische pilootprojecten door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid" (nr. 11121)**

19.01 **Jacques Otlet** (*MR*): Sommige ziekenhuizen hebben met de FOD Volksgezondheid partnershipovereenkomsten gesloten met betrekking tot proefprojecten. In die overeenkomsten worden de verplichtingen van de promotor van het project en de financiële verbintenissen van de FOD vastgelegd. De door de FOD toegekende subsidies worden echter niet geïndexeerd, zelfs niet voor projecten die over verscheidene jaren zijn gespreid. Volgens die overeenkomsten dienen 98 procent van de middelen aan loonuitgaven te worden besteed. Omdat die bedragen niet geïndexeerd worden, geraken de promotoren in financiële moeilijkheden. Iedereen is het er echter over eens dat die proefprojecten bijzonder interessant zijn. Zou het mogelijk zijn een en ander te herzien om te voorkomen dat een deel van de kosten op de ziekenhuizen wordt afgewenteld?

19.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Gezien de aard van de projecten is het normaal dat het principe van de niet-indexering geldt, aangezien de Staat, uit hoofde van de regel van de eenjarige rijksbegroting, met een derde geen overeenkomst kan sluiten met een looptijd van meer dan een jaar. In principe sluit een proefproject structurele financiering uit.

Er rijst een probleem als het project interessant genoeg wordt geacht om verlengd te worden of als er meer dan een jaar nodig is om het tot een goed einde te brengen. Dan moet men bilaterale overeenkomsten sluiten voor bedragen die dan door middel van een aanhangsel kunnen worden aangepast. Aangezien er bij de vaststelling van het bedrag al rekening zou worden gehouden met de indexering, zou het probleem dan van de baan zijn. Elk jaar zou er opnieuw onderhandeld kunnen worden over de overeenkomst, teneinde de indexering en de kosten van de weddeanciënniteit van het personeel erin te verrekenen. Niettemin bestudeert de administratie in het licht van dat probleem regels die een afdoende financiering mogelijk moeten maken.

Het incident is gesloten.

20 **Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekte van Huntington" (nr. 10980)**

20.01 Jean-Luc Crucke (MR): Bij patiënten die lijden aan de ziekte van Huntington treedt er een neuronale degeneratie op, wat uiteindelijk leidt tot dementie. De meesten onder hen worden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, wat de ontredde bij de patiënten en hun begeleiders, die die keuze niet begrijpen, alleen maar vergroot.

Hoeveel patiënten lijden er in ons land aan die ziekte? Zijn er speciale voorzieningen voor de opvang van die patiënten? Welke middelen worden door de regering aangewend om die mensen te helpen?

20.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Volgens een studie van de Koningin Elisabeth-stichting zijn er in België 230 plaatsen nodig om patiënten die aan de ziekte van Huntington en multiple sclerose lijden, te behandelen, waarvan 140 gespecialiseerde plaatsen in residentiële instellingen voor de zogenaamde 'Huntington'-patiënten.

Er werd een oproep tot het indienen van projecten gelanceerd voor de creatie van eenheden voor gespecialiseerde zorgverlening binnen de bestaande structuren voor patiënten die aan multiple sclerose of laterale amyotrofische sclerose lijden en patiënten met de ziekte van Huntington.

Wat die patiënten in het bijzonder betreft strekt het project ertoe de patiënten die geen acute medische of chirurgische zorgverstrekking meer nodig hebben maar wier fysieke, cognitieve of psychische toestand of eventuele gedragsstoornissen een multidisciplinaire aanpak vereist, ten laste te laten nemen in een RVT door er meer personeel in te zetten en een verbindingfunctie met het ziekenhuis te creëren.

Het gaat om patiënten die vanuit het ziekenhuis naar een RVT of een PVT worden doorverwezen en daar kunnen rekenen op geschikte verzorging en doorlopende aandacht van het ziekenhuis, patiënten die thuis verblijven of die tijdelijk ten laste kunnen worden genomen in een eenheid voor gespecialiseerde zorgverlening van het ziekenhuis of door een gespecialiseerde residentiële structuur en ten slotte de patiënten die doorlopend gespecialiseerd medisch toezicht in een ziekenhuis nodig hebben en ten laste kunnen worden genomen door een eenheid voor gespecialiseerde zorgverlening van het ziekenhuis.

Daarvoor is in 2009 in totaal 8 miljoen euro uitgetrokken. Aan het Verzekeringscomité zal gevraagd worden de projecten uit te kiezen die in aanmerking werden genomen. In die eerste fase zal de helft van de behoeften voor sclerose en nagenoeg een derde van de behoeften voor de ziekte van Huntington zijn gedekt.

20.03 Jean-Luc Crucke (MR): Het denkspoor van de rust- en verzorgingstehuizen en van de psychiatrische verzorgingstehuizen die wordt overwogen is verantwoord. Men moet voorkomen dat naast de afwezigheid van medische oplossing ook ander leed wordt verzaagd. Dit gezegd zijnde lijken de kredieten die werden vrijgemaakt, voldoende.

20.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er werden heel wat projecten ingediend, zodat we vanaf het einde van het eerste kwartaal 2009 operationeel zullen zijn.

20.05 Jean-Luc Crucke (MR): In Frankrijk belanden zij meteen in een psychiatrisch ziekenhuis.

De **voorzitter:** Een vereniging van ouders en van geneesheren heeft alle beleidsniveaus lastig gevallen. Wanneer er een goed netwerk is, worden snel functionele oplossingen ten uitvoer gelegd.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter:** De samengevoegde vragen nrs 11131 en 11200 van de heer Jo Vandeurzen en mevrouw Maya Detiège alsook de vraag nr. 11153 van de heer Georges Dallemagne worden verdaagd.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.22 uur.

La réunion publique est ouverte à 15 h 35 par Mme Muriel Gerken, présidente.

01 Question de Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la résolution visant à interdire l'utilisation des dispositifs répulsifs jeunes de type « Mosquito »" (n° 10065)

01.01 Kattrin Jadin (MR) : Nous avons voté une résolution en juin 2008 concernant l'interdiction d'utilisation du Mosquito sur le territoire belge. Il vous appartenait de transposer cette résolution en arrêté royal, mais vous attendiez l'avis du Conseil supérieur de la santé. Où en est la transposition de cette résolution ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : J'ai effectivement reçu cet avis, qui conclut qu'il n'existe aucun danger de dommages auditifs chez les adultes et les adolescents à la suite de l'exposition au son émis par le Mosquito.

Des nuisances chez des adolescents peuvent apparaître, ce qui est la raison d'être de l'appareil. L'effet sur les bébés est inconnu. Une exposition prolongée de jeunes enfants devrait, dès lors, être évitée.

Il m'est donc difficile d'agir en invoquant un principe de santé publique, même si au niveau éthique, ces appareils affectent indistinctement tous les adolescents et les assimilent de façon dégradante à des insectes nuisibles.

01.03 Kattrin Jadin (MR) : Cet avis diverge d'autres études et est de toute façon condamnable du point de vue éthique. Qui devra transposer cette résolution ?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : L'Intérieur, sans doute, car, d'après l'avis qui se trouve sur le site www.health.fgov.be sous le n° 8415 - il s'agit d'une question de sécurité de l'espace public.

01.05 Kattrin Jadin (MR) : Via l'Intérieur, nous pourrions interdire le Mosquito dans les communes par circulaire.

01.06 La présidente : Notre résolution évoque à la fois les aspects sanitaires et discriminatoires, nous pouvons donc nous adresser à plusieurs ministres si nécessaire.

L'incident est clos.

02 Questions jointes de

- **M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des médecins généralistes en région rurale" (n° 10175)**

- **M. David Lavaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions de garde des médecins généralistes" (n° 10219)**

02.01 Josy Arens (cdH) : La situation des généralistes en zone rurale est préoccupante. La province de Luxembourg est particulièrement touchée. Martelange compte trois généralistes (pour plus de 1.500 habitants) qui se partagent aussi les gardes, donc un week-end sur trois.

Outre le stress des médecins, le risque est réel pour les habitants de voir disparaître leur encadrement médical. Le fonds Impulseo I devait inciter, en 2006, les jeunes médecins à s'installer dans ces zones désertées. Mais nombre d'entre eux se sont installés puis sont repartis, découragés par la surcharge de travail.

Vous avez évoqué l'évaluation de l'impact de ce fonds. Quand en recevrez-vous les conclusions ? Des réunions sont-elles prévues avec les cercles de médecins locaux pour trouver des solutions à ce problème ? Prendrez-vous des initiatives pour relancer une structure médicale efficace dans les régions rurales ?

02.02 David Lavaux (cdH) : Les conditions de garde en médecine générale sont établies par l'arrêté royal du 8 juillet 2002, qui prévoit qu'un médecin de garde soit disponible pour 30.000 habitants. Dans de nombreuses zones, surtout rurales, la pénurie de généralistes est criante, provoquant une fréquence de garde épuisante.

Les associations de médecins généralistes de Binche et d'Erquelinnes ont souhaité fusionner leurs zones de garde. Cette solution n'est pas envisageable sans poste de garde de médecins généralistes vers lequel seraient redirigés les patients ne nécessitant pas l'envoi d'un médecin sur place. D'autre part, cette fusion n'est pas envisageable si la condition d'un médecin pour 30.000 habitants n'est pas modifiée.

Dans le cadre de l'accord médico-mutualiste 2009, le gouvernement avait prévu un budget de 1.500.000 euros pour le financement de postes de garde. D'après mes informations, Erquelinnes attend toujours ces subsides. Seront-ils mis bientôt à disposition ?

Pensez-vous modifier l'arrêté royal qui permettrait l'élargissement des zones de garde ?

Par ailleurs, vous avez mis sur pied un projet pilote dans la région du Centre pour permettre de distribuer les appels des patients vers la solution la mieux adaptée à leur problème. Où en est-on ?

02.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La situation de la médecine générale en région rurale mérite une étude approfondie et des mesures concrètes pour éviter des problèmes d'organisation de garde voire une pénurie à l'avenir.

Dans notre pays, il y a, en moyenne, un généraliste plein temps pour 1.000 habitants. La situation à Martelange avec trois généralistes pour 1.500 habitants n'est pas exceptionnelle, mais pose des problèmes d'organisation.

Des mesures incitatives ont été prises ces dernières années, notamment le fonds Impulseo 1 attribuant des primes de 20.000 euros et des prêts sans intérêt aux médecins s'installant dans des zones à faible densité. En 2008, j'ai élargi les zones du fonds Impulseo 1 et ai mis en place le fonds Impulseo 2 qui attribue une aide financière aux médecins travaillant en réseau et qui engagent une aide administrative. Un fonds Impulseo 3 pour les pratiques en solo est en cours d'élaboration. Ces fonds diminueront le travail administratif des généralistes.

Pour les gardes, la solution prônée par les acteurs de terrain est, dans les zones à faible densité, la reprise des gardes de nuit par les urgences hospitalières et le service 112. Mais l'Ordre des médecins a donné un avis négatif sur cette solution. Mes services examinent cette problématique.

Parallèlement, je viens de lancer une étude pilote de dispatching central (1733) dans le Hainaut et à Bruges. Il amènera les patients demandant une aide médicale le week-end ou la nuit à être orientés vers l'ambulance d'urgence, la garde hospitalière la plus proche, le poste de garde avancé ou le généraliste de garde.

Ce système devrait soulager les généralistes. Après une évaluation d'un an, il pourrait être généralisé à l'ensemble du réseau.

J'ai aussi pris des mesures pour soutenir les postes de garde avancés, diminuant le nombre de visites à domicile. Le budget pour 2008 a été porté de 1,2 à 2,1 millions pour répondre à l'ensemble des demandes sur le terrain. Un accord a également été donné pour 2009 par le comité de l'assurance.

Rien n'empêche deux cercles de généralistes de zones contiguës de fusionner et d'organiser les gardes en commun. L'arrêté royal du 8 juillet 2002 prévoit un médecin de garde pour 30.000 habitants. Je vais demander à mon administration d'étudier la possibilité d'un changement en la matière.

Si l'on veut améliorer la densité médicale en région rurale, il faudra prendre d'autres mesures telles que l'augmentation des stages pour étudiants et généralistes en formation dans ces zones ou une aide supplémentaire à l'installation.

02.04 Josy Arens (cdH) : Si j'ai bien compris, le cas de Martelange pourrait se résoudre en essayant de fusionner pour organiser les gardes.

02.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : C'est une possibilité.

Dans quelques mois, il y aura aussi le numéro 1733. Si vous téléphonez aux services de secours, vous aurez en ligne le dispatching pour les urgences, des personnes formées qui pourront détecter si vous avez besoin d'une ambulance ou seulement de conseils.

Une autre solution réside dans l'installation de davantage de médecins et la multiplication des processus d'aide.

Enfin, une dernière possibilité serait que plusieurs cercles fusionnent, pour répartir différemment les tours de garde, à certains endroits, particulièrement fatigants pour les médecins.

02.06 David Lavaux (cdH) : Merci d'examiner toutes les pistes. Il faut multiplier les possibilités d'améliorer les conditions sur le terrain.

Je serai attentif au nouveau système de dispatching. Qu'en est-il des responsabilités liées à un aiguillage ?

02.07 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : C'est le même principe lorsqu'on appelle une ambulance. En outre, ces personnes seront spécialement formées pour cela.

02.08 David Lavaux (cdH) : J'attends aussi l'avis de vos services sur un changement éventuel du nombre de personnes à couvrir par un médecin de garde.

L'incident est clos.

Le **président** : La question n° 10192 de Mme Van Daele est transformée en question écrite. Les questions n°s 10312 et 10383 de Mme Smeyers sont reportées. La question n° 10343 de Mme De Block est transformée en question écrite.

03 Question de M. Roel Deseyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les virus informatiques dans les hôpitaux belges" (n° 10414)

03.01 Roel Deseyn (CD&V) : Même dans le secteur des soins de santé, le danger de voir des systèmes informatiques paralysés par un virus est de plus en plus réel. Une directive européenne en préparation imposerait l'identification des infrastructures informatiques critiques. Le SPF Fedict prépare d'ailleurs actuellement un inventaire de ces systèmes dits critiques.

Existe-t-il des directives fédérales concernant la sécurisation des systèmes informatiques ? En quoi consiste l'appui éventuellement apporté aux hôpitaux à cet égard ? Le département de la Santé publique collabore-t-il avec Fedict pour identifier les infrastructures critiques ? Les hôpitaux feront-ils partie de cette infrastructure critique ? Va-t-on sécuriser structurellement ces infrastructures critiques à l'avenir ? Comment ?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Les hôpitaux doivent évidemment veiller à la qualité et à l'efficacité de leurs systèmes informatiques et donc les protéger contre les virus. Il n'existe aucune directive fédérale spécifique en la matière mais les hôpitaux doivent désigner un conseiller en sécurité chargé de la sécurisation des informations.

La directive européenne du 8 décembre 2008 relative à l'identification d'infrastructures critiques devra être transposée en droit belge dans les deux ans. Fedict est chargé de l'identification des infrastructures critiques en Belgique, principalement dans les secteurs de l'énergie et de la mobilité mais aussi dans celui de la santé. Mon administration se tient pour cela à la disposition de Fedict.

03.03 Roel Deseyn (CD&V) : La coopération entre Fedict et les autres administrations est nécessaire. Il y a

certainement lieu d'intégrer les hôpitaux dans l'ensemble de missions dévolues à l'équipe d'intervention CERT (*Computer Emergency Response Team*), car une attaque de virus informatiques peut causer d'énormes dégâts.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- **Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des généralistes en formation" (n° 10435)**

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nouveau statut des médecins généralistes en formation" (n° 10473)**

04.01 Kattrin Jadin (MR) : Il convient de donner aux médecins généralistes un statut plus attrayant. Nous avons d'ailleurs déposé une proposition de résolution en la matière.

D'après les informations que j'ai pu obtenir, le projet de réforme du statut des médecins généralistes stagiaires consiste à créer un statut sui generis. Trois contrats seraient signés : un premier entre le stagiaire et une ASBL interuniversitaire, un deuxième entre le stagiaire et le médecin généraliste maître de stage, et un troisième entre le maître de stage et l'ASBL. Quelles sont les raisons de la création de cet organe intermédiaire ? Quelles mesures seront prises pour assurer un maximum d'indépendance du maître de stage ? Est-il exact que le nouveau statut donnerait droit à une certaine protection sociale, mais pas à la pension ? Si oui, pour quelles raisons ?

04.02 Koen Bultinck (Vlaams Blok) : Les médecins généralistes en formation se verraient attribuer un triple statut : il y aurait un contrat entre le maître de stage et l'ASBL universitaire, un contrat entre l'ASBL et le stagiaire et un contrat entre le maître de stage et le stagiaire. Le généraliste en formation exercerait en partie en qualité de salarié et en partie en qualité d'indépendant.

L'Association belge des syndicats médicaux a critiqué ces projets parce qu'ils auraient pour effet de compliquer la situation d'un point de vue administratif.

La ministre pourrait-elle préciser ses projets en ce qui concerne le statut des généralistes en formation ? Que pense-t-elle de la réaction de l'Association des syndicats de médecins ? Comment pense-t-elle pouvoir concilier ses projets avec l'objectif de simplification administrative ?

04.03 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Le nouveau statut des médecins en formation devrait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2009. De nombreuses réunions de concertation ont eu lieu en 2008 entre mes collaborateurs et des représentants des maîtres de stage des généralistes en formation, des groupes de travail en médecine générale et des syndicats de médecins.

(En français) Ce statut comportera deux volets : un statut similaire à celui des spécialistes en formation dans les hôpitaux et une possibilité de statut d'indépendant complémentaire couvrant en particulier les prestations de garde au-delà des heures obligatoires. Le statut comportera également un cadre définissant les horaires, le nombre de contacts-patients et le type d'activités.

Il mettra sur un pied d'égalité généralistes et spécialistes, ces derniers ayant depuis longtemps un statut de salarié avec une protection sociale ne couvrant pas – pour des raisons de participation financière des hôpitaux – la pension. Il permettra également une plus grande égalité financière entre les généralistes en formation. Enfin, il permettra de mieux définir le cadre pédagogique tout en stimulant la participation des jeunes médecins aux gardes de première ligne.

L'assistant en formation et le maître de stage auront toute liberté de choix du lieu de stage et de l'abord pédagogique, dans le respect du cadre qui sera défini dans les arrêtés d'exécution. Un contrat définissant les droits et devoirs de chacun liera le maître de stage et son assistant.

Ce statut devait au départ entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2007. Le système sera géré par des centres

interuniversitaires dont les conseils d'administration comprendront des représentants des départements de médecine générale, des maîtres de stage et des généralistes en formation. Ces centres éviteront aux maîtres de stage un travail administratif important.

04.04 Kattrin Jadin (MR) : Je comprends la nécessité d'un statut égalitaire permettant d'augmenter l'attractivité de la médecine générale, mais je crains pour l'indépendance du généraliste. Nous suivrons de près ce dossier et, en particulier, le fonctionnement du nouvel organe intermédiaire.

04.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Je continue tout de même à me demander si l'ASBL universitaire, qui constitue une structure intermédiaire, et le louvoiement entre le statut de salarié et celui d'indépendant ne va pas à l'encontre de la simplification administrative.

Le nouveau statut sera-t-il réglé par voie d'arrêté royal ou par le biais d'un projet de loi discuté au Parlement ?

04.06 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Il s'agira d'un simple arrêté.

04.07 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Je demande à la ministre de communiquer le texte de l'arrêté royal au Parlement afin que nous puissions suivre l'évolution du dossier. Je ne veux pas qu'il soit réglé en dehors de nous, sans que nous ne puissions agir d'aucune manière.

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 "le mécontentement des radiologues" (n° 10471)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Le président du *Consilium Radiologicum Belgicum* a adressé une lettre à la ministre pour exprimer le mécontentement des radiologues. Le débat sur le financement de leur secteur est en effet mené en dehors de la présence de ces derniers.

Qu'en pense la ministre ? Comment est composée la *task force* radiologie ? Pourquoi aucun radiologue n'en fait-il partie ? A-t-on déjà organisé une concertation avec les radiologues ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : La *task force* s'est réunie une première fois la semaine passée à l'INAMI. Elle est composée de représentants de l'administration, des hôpitaux, des organisations de médecins et des mutualités. Les médecins ont délégué un biologiste clinique et un radiologue. J'attends des propositions.

05.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La composition de la *task force* est plus équilibrée que le laisse entendre la presse médicale. J'espère que cette *task force* ne deviendra pas le énième groupe de discussion au sein de l'INAMI. Le secteur a un urgent besoin de résultats concrets.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- Mme Valérie Déom à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nocivité des narguils, chichas et autres pipes à eau" (n° 10535)
- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chicha" (n° 11120)
- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le développement de la chicha" (n° 11154)

06.01 Valérie Déom (PS) : Le narguilé, ou pipe à eau, ou *chicha* tient une grande place dans la culture de nombre d'étrangers et de Belges d'origine étrangère ; il s'est également popularisé ces dernières années en Europe, y compris en Belgique, où se sont ouverts de nombreux « cafés chicha ». De plus en plus de particuliers achètent, pour le fumer à domicile, le mélange de tabac et de mélasse aromatisé aux fruits qui

est utilisé pour la pipe à eau.

Or ce mélange est par définition nocif, comme tend à le confirmer une campagne récente du Fonds des affections respiratoires (FARES). Selon certains, une heure de fumée de *chicha* équivaldrait à cent ou deux cents cigarettes.

Disposez-vous de données scientifiques sur la nocivité des narguilles, de statistiques sur le nombre d'utilisateurs en Belgique et une répartition par tranche d'âge ? La loi anti-tabac s'applique-t-elle aux narguilles ? Si non, est-il possible d'étendre la loi de façon à ce qu'elle leur soit applicable ?

Le champ d'application de la loi ne peut-il pas être élargi pour interdire l'utilisation de ces chichas chez les jeunes de moins de 16 ans ?

06.03 Josée Lejeune (MR) : L'engouement pour la *chicha* est particulièrement marqué chez les jeunes. Cette nouvelle manière de consommer du tabac inquiète les acteurs de la santé. L'OMS dans son rapport parle d'un risque sanitaire sérieux et une étude française du laboratoire national d'essai a conclu que la fumée d'une *chicha* engendre autant de pollution en CO que 17 à 52 cigarettes et autant de goudron que 27 à 102 cigarettes.

Par ailleurs, l'étiquetage des paquets de tabac de *chicha* fait défaut.

Ne serait-il pas efficace de disposer de statistiques de vente distinctes entre tabac à *chicha* et tabac classique ?

Quelles actions avez-vous menées concernant l'étiquetage des paquets de tabac à *chicha* ?

Quelle est votre politique en la matière ?

06.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Nous sommes face à une logique de développement de la *chicha* alors qu'il y a diminution de la consommation de tabac et interdiction de fumer dans toute une série de lieux !

Il ressort d'une série d'études, menées notamment en France et en Suède, que les fabricants de cigarettes essayent de trouver d'autres substances pour faire revenir le consommateur à la cigarette habituelle.

Des dispositions ont-elles été ou vont-elles être prises, en concertation avec les ministres communautaires, pour informer le consommateur et étudier ce phénomène dans ses liens avec le tabagisme classique ?

Ne doit-on pas soumettre la *chicha* aux mêmes règles que le tabac, en termes d'étiquetage, d'autorisation et d'interdiction ?

06.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : D'après l'OMS, le passage de la fumée dans l'eau réduit peu, voire pas du tout, la teneur en produits toxiques et carcinogènes pour les poumons. L'absorption de monoxyde de carbone peut être très élevée en raison des importants volumes inhalés et du fait que la source de chaleur est constituée de charbon ou de braises. La quantité de fumée inhalée lors de l'utilisation d'une pipe à eau peut être jusqu'à trente fois plus importante que lors de la consommation d'une cigarette. Les fumées secondaires provoquent aussi des risques sanitaires chez les non-fumeurs à proximité et chez les fœtus.

Nous disposons de peu de chiffres concernant le nombre de consommateurs réguliers de pipe à eau. Ceux-ci restent peu nombreux en comparaison des consommateurs de cigarettes et de tabac à rouler.

Les mesures de lutte contre le tabagisme s'appliquent à l'ensemble des produits du tabac.

Des mesures d'interdiction et de prévention sont à prendre.

06.05 Valérie Déom (PS) : Le FARES indique qu'il est très important de sensibiliser les jeunes au danger de

la *chicha*. Selon votre réponse, il est logique d'appliquer la loi antitabac à la *chicha* et au tabac vendu pour cet usage. Il serait intéressant d'organiser des contrôles stricts à ce sujet tant pour les bars que pour l'étiquetage des paquets.

06.06 Josée Lejeune (MR) : Les bars à *chicha* ne sont pas conscients d'être soumis à la même réglementation que les restaurants. Il règne là une parfaite confusion.

Il serait intéressant d'avoir des statistiques différenciées concernant le tabac classique et celui pour la *chicha*.

L'étiquetage est très important. Sur le paquet de tabac à *chicha*, on indique 0 % de goudron et de nicotine. C'est un mensonge flagrant !

06.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Je souhaite qu'on insiste sur l'information.

Nous pourrions peut-être demander au FARES des informations sur sa campagne et ses conclusions.

L'incident est clos.

07 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surpopulation dans les hôpitaux" (n° 10297)

07.01 Jean-Luc Crucke (MR) : Le 13 janvier, le professeur De Coster, directeur des cliniques universitaires de Mont-Godinne, déclarait ne plus savoir où mettre les malades. Même les services d'urgence étaient encombrés !

Cette situation est-elle généralisée ? Quelle en est la cause ? Un protocole est-il prévu pour la gestion de ces encombrements et le comportement à adopter vis-à-vis des patients ? Des mesures ont-elles été prises ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Cette saturation fait l'objet d'un suivi de nos services. Les hôpitaux de Bruxelles et du Brabant flamand sont pour la plupart occupés à 100 %. Dans les autres provinces, certaines villes ou certains hôpitaux sont saturés également.

Le taux d'occupation des hôpitaux est souvent plus élevé en cette période de l'année, en raison notamment du report d'interventions d'hospitalisation non urgentes qui n'ont pas eu lieu pendant les fêtes et de l'augmentation hivernale des affections pulmonaires et des cas de grippe.

La gestion interne de la population hospitalière est de la responsabilité du gestionnaire de l'hôpital, qui peut agir sur les admissions programmées, majoritaires. Il peut également demander à son équipe de réduire la durée des hospitalisations, réaffecter des lits ou transférer des patients vers d'autres hôpitaux.

Enfin, l'hôpital peut mettre en œuvre son plan d'urgence interne.

Pour des raisons économiques et techniques, il ne me paraît pas souhaitable d'augmenter la capacité hospitalière. Par contre, il faut un monitoring pour pouvoir gérer les flux et permettre aux institutions de prendre d'initiative les mesures qui s'imposent. Le projet UREG que développe mon administration devrait fournir les données nécessaires à cette fin.

J'ai adressé aux hôpitaux une circulaire rappelant les mesures à prendre en période de saturation. Enfin, je rappelle le rôle important joué par les Communautés dans la prévention, qui doit réduire l'incidence d'affections récurrentes.

Quelques cas ont été largement cités dans les médias. À chaque fois, mon administration a envoyé des

agents et des solutions ont pu être trouvées.

07.03 Jean-Luc Crucke (MR) : J'ai posé cette question après avoir eu connaissance du report d'une intervention chirurgicale. Il faut effectivement agir par priorités et je ne souhaite pas que la capacité hospitalière augmente. En revanche, il faut absolument améliorer l'information aux patients, ne serait-ce que pour éviter des réclamations inutiles.

L'incident est clos.

La **présidente** : La question n° 10550 de Mme Ilse Uyttersprot est transformée en question écrite.

08 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de chiffres récents relatifs à la consommation de drogues en Belgique" (n° 10578)

08.01 Daniel Bacquelaine (MR) : Chaque année, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) publie un rapport sur les drogues. Il se base sur le Réseau européen d'informations sur les drogues et les toxicomanies (Reitox), qui travaille en Belgique avec l'Institut scientifique de santé publique (ISP). Dans le rapport 2007, les chiffres les plus récents pour la Belgique datent de 2004. Il s'agit pourtant d'établir des prévalences et des modes de consommation qui évoluent vite. Les chiffres les plus récents dont nous disposons pour la Belgique sont ceux d'une enquête de 2006 patronnée par l'OMS.

Je rappelle par ailleurs que le Parlement avait institué en 1997 un groupe de travail sur la problématique de la drogue. Plusieurs recommandations avaient été formulées.

Quels sont les chiffres les plus récents transmis à l'OEDT ? Quels sont les chiffres les plus récents dont vous disposez ? Ces chiffres sont-ils disponibles par catégories (jeunes adultes, population en âge d'obligation scolaire) et types de drogue ? Quelles initiatives peuvent être prises afin que des études soient régulièrement effectuées concernant la consommation des drogues légales et illégales ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'ISP a transmis le rapport national sur les drogues en décembre 2008, avec les données disponibles jusqu'au début 2008. Ce rapport sera téléchargeable depuis le site web de l'ISP et la version imprimée sera disponible en février 2009.

L'ISP a inclus dans le rapport 2008 des chiffres de 2007 et 2008 concernant la prévalence et les modes de consommation de cannabis dans la population générale, chez les jeunes adultes et chez les élèves. Des données sur la prévalence et l'utilisation d'autres drogues chez les élèves sont également disponibles pour la Flandre en 2007 et 2008. Les chiffres que l'ISP a pu obtenir en 2008 et début 2009 seront disponibles à la fin de cette année.

En ce qui concerne la réalisation régulière d'études concernant la consommation, l'enquête de santé belge est limitée mais étudie quand même la prévalence de toutes les drogues demandées par l'OEDT. Les tableaux pour 2008-2009 seront disponibles en janvier 2010. Les rapports détaillés suivront.

En 2006, l'ISP a fait examiner la faisabilité d'une enquête de prévalence répétitive auprès de la population en général. Les résultats de cette étude seront présentés sur le site web de la Politique scientifique fédérale et pendant le symposium de printemps de l'ISP. Ils permettront d'envisager les modes opératoires possibles pour la réalisation d'une telle enquête.

Bien que la prévalence de la consommation et les modes de consommation des toxicomanes qui suivent un traitement soient différents de ceux de la population générale, ces données peuvent être des indicateurs. Des données sur des groupes spécifiques ont été collectées en 2005 et ont été décrites dans le rapport 2008. La performance du système de collecte des données TDI (*Treatment Demand Indicator*) devrait encore augmenter.

En résumé, nombre d'actions sont lancées et un nouveau rapport sera publié prochainement, avec des

données plus récentes.

08.03 Daniel Bacquelaine (MR) : Il faut un tableau de bord performant en temps réel car les modes de consommation changent rapidement. Les politiques de prévention, d'assistance et de répression doivent s'appuyer sur des chiffres récents. Il faudrait que le Point focal sur les drogues et toxicomanies actualise les méthodes de collecte et de mise à disposition de données.

L'incident est clos.

La **présidente** : La question n° 10628 de Mme Lieve Van Daele est reportée.

09 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la qualité de l'alimentation" (n° 10672)

09.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Dans les plats préparés que consomment nos concitoyens, la concentration en sel, en sucre et en graisses saturées reste beaucoup trop élevée. Telle est la conclusion tirée par *Test-Achats* dans le cadre de son bilan alimentaire 2008.

La semaine dernière, la Chambre a adopté une résolution demandant au gouvernement d'organiser une table ronde sur ce thème. Où en est l'organisation de cette table ronde ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Je connais les résultats de ce bilan alimentaire 2008. Au fond, le gouvernement a déjà anticipé les recommandations contenues dans la résolution adoptée l'année dernière. En 2007, dans le cadre du Plan national Nutrition Santé, a été créé un groupe de travail composé notamment de représentants de la Fédération de l'Industrie alimentaire, des fédérations des sous-secteurs, du secteur de la distribution, des associations de consommateurs, de l'Institut scientifique de la Santé publique et de l'horeca, d'experts de la collecte des données habitudes alimentaires et de représentants du secteur de la technologie alimentaire.

Ce groupe de travail a commencé par analyser la consommation de sel au travers de la consommation de plats préparés. Son analyse a montré que chez la plupart de nos concitoyens, cette consommation spécifique se situe au-delà de la norme maximale fixée par l'Organisation mondiale de la Santé, qui est de cinq grammes par jour. Ce constat a incité les différents secteurs concernés à déposer spontanément des propositions visant à faire baisser cette consommation de sel d'ici à 2010-2012. Ces propositions sont actuellement l'objet d'une étude scientifique dont les conclusions seront rendues publiques avant l'été 2009.

En 2009, ce groupe de travail verra son mandat élargi dans la mesure où il sera appelé à prêter également attention à la consommation excessive de sucres ajoutés, de graisses saturées et de graisses trans dans certaines catégories de produits alimentaires.

(*En français*) Certains parlementaires, dont vous êtes, manifestent un réel intérêt pour la qualité alimentaire. Je me demande dans quelle mesure nous ne devrions pas inviter les membres qui travaillent sur le sujet à venir en faire rapport beaucoup plus longuement.

09.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Ce groupe de travail correspond-il en fait à la table ronde demandée dans notre résolution ?

09.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : En ce qui concerne les universités de Gand et d'Anvers, il s'agit d'une mesure d'impact de la prise de sel.

09.05 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : L'Europe a récemment proposé de définir de nouveaux profils alimentaires, entre autres en matière de normalisation du sel, du sucre et des graisses. Ces normes seront contraignantes à partir de 2011. Nous ne pouvons donc pas perdre de temps en Belgique non plus.

La **présidente** : On peut imaginer mettre sur pied un petit groupe de travail constitué de membres de la commission. Madame della Faille, dans l'organisation des travaux sera intégrée une réflexion sur ces thèmes liés à la qualité de l'alimentation en lien avec notre santé.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hypnosédation" (n° 10679).

10.01 Josée Lejeune (MR) : Notre pays est à la pointe dans le domaine de l'hypnosédation. Cette technique médicale, utilisée lors d'une opération, consiste en une médication légère associée à une méthode de relaxation par la musique et la parole. Grâce à cette technique, l'usage des anesthésiants est largement réduit.

L'hypnosédation est pratiquée en Belgique depuis le milieu des années nonante. En dix ans, au CHU de Liège, 6.500 patients en ont bénéficié et seuls dix-huit d'entre eux ont dû être anesthésiés par voie médicamenteuse.

Cette technique maintient conscient le patient, qui garde généralement un bon souvenir de son opération. Les douleurs ressenties sont moindres après l'opération. Le patient se sent moins fatigué et consomme moins de médicaments, ce qui est tout bénéfique pour la sécurité sociale. L'hypnosédation comporte donc de nombreux avantages, mais de nombreux patients y sont encore réticents.

Dans votre note de politique générale, vous soulignez l'importance de la diminution des coûts. Ne serait-il pas intéressant de faire une campagne de sensibilisation du grand public pour que cette technique soit mieux connue ?

En France, l'hypnosédation figure dans un cursus officiel de médecine. La Belgique ne devrait-elle pas suivre l'exemple français ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Ayant déjà été victime consentante d'une hypnosédation qui s'est fort bien déroulée, je trouve que le système a beaucoup d'avantages.

Dès lors, je demanderai un avis au Conseil supérieur de la santé ou au Centre fédéral d'expertise des soins de santé ; le rapport final permettra la promotion auprès des médecins et du grand public, et une éventuelle intégration dans le cursus scolaire.

10.03 Josée Lejeune (MR) : En fait, j'ai rencontré le professeur Faymonville qui utilise cette technique à Liège et donne la formation pour tout le pays. Le professeur est d'accord et souhaiterait que le cours soit intégré dans le cursus scolaire.

Cependant, un problème apparaît : en cas d'hypnosédation, la présence de l'anesthésiste est requise du début jusqu'à la fin de l'opération. Or dans les petits hôpitaux, le manque d'anesthésistes oblige l'anesthésiste à se partager entre les patients.

Sans doute serait-il intéressant de recevoir les résultats et, pour moi, ce procédé mérite d'être étendu.

L'incident est clos.

La **présidente** : M. Gilkinet cède sa place à Mme Detiège pour sa question n° 10756.

Nous annulons la question n° 10702 de Mme De Maght, absente sans excuse. La question n° 10721 de Mme Salvi a été reportée à sa demande.

Les questions du point 25, concernant les maladies nosocomiales, ont déjà reçu une longue réponse ; il suffira de la relire. Si nécessaire, il faudra introduire une nouvelle question. Ces questions sont donc retirées.

11 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques pour les patients atteints

par le VIH" (n° 10756)

11.01 Maya Detiège (sp.a) : Lors de la table ronde organisée par Sensoa avec la *Vlaamse patiëntenplatform*, InAid, Info Sida et la Plate-Forme Prévention Sida sur l'inventaire des problèmes qui se posent et sur le remboursement des traitements contre le VIH, trois difficultés sont apparues.

Comment les patients peuvent-ils obtenir des médicaments déjà enregistrés ailleurs en Europe, mais qui ne sont pas encore remboursés en Belgique ? Est-il possible de prévoir le remboursement du vaccin contre l'hépatite B pour les patients atteints par le sida et le VIH ?

Certains sidéens souffrent de lipoatrophie ou de lipodystrophie, une affection qui se caractérise par la perte de masse grasseuse affectant le visage. Cette affection présente un caractère très stigmatisant. Son traitement pourrait-il être remboursé ? Actuellement, la législation ne tranche pas clairement la question de savoir s'il s'agit d'une intervention esthétique ou reconstructrice.

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Pour un médicament qui a déjà été agréé au niveau européen, le titulaire de l'agrément peut élaborer un programme médical d'urgence, ce qui permet de mettre le médicament à la disposition des patients atteints d'une maladie chronique, détériorant la santé ou susceptible d'entraîner la mort et pour laquelle les médicaments agréés sont insuffisants. Une demande doit avoir été introduite pour le nouveau médicament afin de pouvoir le mettre sur le marché. Dès que cette demande est approuvée, mais que le remboursement n'a pas encore été prévu, un programme d'urgence peut être mis en place sur la base du dossier introduit auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Le médicament ne peut pas être vendu aux patients qui participent au programme.

Kind & Gezin et l'Office National de l'Enfance fournissent actuellement gratuitement le vaccin contre l'hépatite B pour les nourrissons et les enfants de 11 à 12 ans. Le remboursement du vaccin est également prévu dans le cadre d'une mesure de rattrapage pour les patients de 13 à 15 ans qui n'ont pas encore été immunisés et pour les patients jusqu'à 18 ans placés dans un centre sur injonction judiciaire. Le vaccin est aussi remboursé à certains groupes à risque, notamment aux patients hémophiles ou aux patients en dialyse. L'éventuelle extension du remboursement à d'autres groupes à risque doit encore être étudiée.

J'ai conscience de l'effet stigmatisant de la lipoatrophie et de la lipodystrophie. Il n'existe pour l'instant, pour ces deux maladies, aucun traitement médicamenteux curatif dont la valeur scientifique ait été prouvée. Le remboursement d'un traitement par *lipofilling* demande une évaluation approfondie.

11.03 Maya Detiège (sp.a) : Je demande à la ministre de consentir à un effort supplémentaire concernant le remboursement du *lipofilling*. Je songe par exemple à un remboursement - éventuellement limité - dans le cadre du budget des maladies chroniques.

L'incident est clos.

12 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le titre professionnel d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie" (n° 10493)

12.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Actuellement, contrairement aux infirmiers en soins intensifs et urgence, aux infirmiers gériatriques et oncologiques, les infirmiers et infirmières spécialisés en pédiatrie et en néonatalogie ne disposent pas de titre officiel.

Pourtant il est fait référence à ce titre dans au moins deux arrêtés royaux, du 13 juillet 2006 et du 24 octobre 2006. L'arrêté fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens à porter le titre professionnel d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie a été travaillé de longue date, en collaboration avec les associations représentatives. Il a fait l'objet d'un avis du Conseil national de l'art infirmier en date du 16 octobre 2007.

Pourquoi ce dossier de la reconnaissance du titre d'infirmier et d'infirmière pédiatrique n'a-t-il pu aboutir ? Quels sont les éléments qui font problème ? Qu'avez-vous entrepris pour lever les difficultés qui en

ralentissent l'aboutissement ? Dans quel délai pensez-vous pouvoir le boucler ?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : À ce jour, parmi les titres et qualifications professionnels particuliers, retenus dans l'arrêté du 27 septembre 2006, trois titres et une qualification ont fait l'objet d'arrêtés d'application : les titres en soins intensifs et urgence, en gériatrie et en oncologie. Le texte est envoyé au *Moniteur*.

Il n'y a aucune difficulté particulière qui explique le délai apporté à confirmer le titre professionnel particulier en pédiatrie et néonatalogie. Je dois seulement prendre en considération la capacité de mon administration à assurer la charge que l'enregistrement des professionnels concernés représente pour ses services.

La même administration est aussi en charge des différents cadastres des professionnels de la santé. Ce travail ne peut pas prendre de retard. Je peux programmer la reconnaissance de deux titres ou qualifications infirmiers par an au maximum. Je placerai dans les priorités la reconnaissance du titre professionnel particulier en pédiatrie et en néonatalogie. La publication devrait pouvoir avoir lieu en 2009.

12.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Votre administration pourrait peut-être obtenir une aide supplémentaire ponctuelle.

L'incident est clos.

13 Questions jointes de

- **M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments choisis par les pharmaciens en cas de prescription DCI" (n° 10563)**

- **Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance de médicaments bon marché par les pharmaciens" (n° 10684)**

13.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : En cas de prescription DCI, seuls 12 % des pharmaciens délivreraient le médicament le moins cher, selon une étude de la Mutualité chrétienne et de Test-Achats ; 4 % ont délivré le médicament le plus cher. Même lorsque le médicament n'était pas en stock, la plupart des pharmaciens ont commandé un produit plus cher.

Confirmez-vous que les pharmaciens choisissent trop rarement le médicament le moins cher en cas de prescription DCI ? Quelles mesures avez-vous prises ou comptez-vous prendre pour renforcer les prescriptions DCI et favoriser les produits les moins chers ?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les chiffres de l'INAMI confirment bien entendu que les pharmaciens ne délivrent pas systématiquement le médicament le moins cher. Ils permettent cependant de relativiser quelque peu les résultats de Test-Achats. Selon le conditionnement choisi, les résultats peuvent en effet être très différents. Analyser les prescriptions en DCI exclusivement sous l'angle du prix n'est pas toujours correct. Par exemple, pour le traitement contre l'hypertension, quel patient accepterait de changer de marque de médicament tous les trois mois pour économiser 5 ou 10 cents par trimestre ? La continuité du traitement ou l'approvisionnement sont des éléments tout aussi importants.

L'arrêté royal de 2005 sur la DCI n'oblige pas le pharmacien à délivrer le produit le moins cher mais il prévoit de tenir compte de l'intérêt du patient.

Cela étant dit, je pense qu'on peut aller plus loin. C'est pourquoi nous travaillons à un incitant financier pour le pharmacien qui générera une économie pour l'INAMI, et pour le patient en choisissant une marque moins chère quand il le peut.

13.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Il y a plusieurs pistes, comme l'honoraire forfaitaire du

pharmacien. Bien sûr, les pharmaciens ne stockent pas toujours tous les produits, y compris les moins chers.

L'incident est clos.

14 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une infraction à l'article 10 de la loi du 25 mars 1964" (n° 10617)

14.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : À travers une publicité parue dans la presse, et sous couvert d'un concours, une multinationale pharmaceutique propose d'offrir aux médecins qui iront visiter son site publicitaire des ordinateurs portables. Ceci me semble contraire à l'article 10 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments.

Qu'en pensez-vous ? Quelles sont les sanctions prévues ? Une procédure a-t-elle été entreprise par vos services ? Au cours des cinq dernières années, combien d'entreprises ont-elles été sanctionnées pour infraction à l'article 10 de la loi de 1964 ?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les services de contrôle de la publicité de l'Agence fédérale des médicaments ont effectivement réagi à cette annonce parue dans la presse. Une enquête est en cours.

L'article 10 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments interdit aux firmes pharmaceutiques d'offrir des avantages aux personnes habilitées à prescrire des médicaments. Il est également interdit à ces dernières de solliciter ou d'accepter de tels avantages.

L'arrêté royal du 7 avril 1995 interdit de faire de la publicité pour les médicaments par l'organisation de concours publicitaires.

Les sanctions vont de l'avertissement et de la mise en demeure de cesser une publicité illicite à la rédaction d'un procès-verbal et la proposition d'une amende administrative dont le paiement volontaire éteint l'action publique. En cas de non-paiement ou dans le cas où aucune proposition de paiement n'est formulée, le dossier est transmis au procureur du Roi. Les sanctions, prévues à l'article 16 de la loi du 25 mars 1964, sont un emprisonnement de huit jours à un mois et/ou une amende de 1.100 à 82.700 euros.

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle mouture de l'article 10, l'attention s'est surtout portée sur l'information des acteurs concernés par les nouvelles dispositions réglementaires en matière de primes et avantages. Une centaine de dossiers ont été ouverts à la suite de plaintes ou de contrôles. Ils ont abouti jusqu'ici à la rédaction de huit procès-verbaux et à une vingtaine d'avertissements.

14.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : En matière de publicité pour les médicaments, j'ai l'impression qu'on joue au gendarme et au voleur. Je vous invite à rester attentive à ce genre de pratiques.

L'incident est clos.

La présidente : Pour le point n° 25 (questions n°s 10795, 10808 et 11152 de M. Xavier Baeselen, Mme Martine De Maght et M. Georges Dallemagne), nous renverrons à la réponse donnée dans une réunion de commission antérieure.

La question n° 10799 de M. Flahaux est reportée.

15 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'intérêt de la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires" (n° 10801)

15.01 Josy Arens (cdH) : En août 2008, le Conseil supérieur de la santé a rendu un avis relatif à la

réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires. Dans sa conclusion, il souligne que ces méthodes constituent des techniques efficaces offrant des bénéfices certains. Il recommande leur implémentation. A quel stade d'implémentation se trouve la recommandation du Conseil supérieur de la santé ?

En novembre 2008, sur base de l'article 56, § 1^{er} de la loi des soins de santé et indemnités, un quatrième avenant, déterminant les modalités d'intervention par l'assurance obligatoire soins de santé, a été signé entre le comité de l'assurance et quatre centres de transfusion pour un montant de 685.000 euros. Pour quelles raisons ?

N'existe-t-il pas suffisamment d'études démontrant que les méthodes à utiliser pour la réduction des pathogènes sont efficaces en termes thérapeutiques ?

Le quatrième avenant à la convention s'inscrit-il dans le cadre d'une enquête ou d'une étude ?

Quelles sont les raisons pour lesquelles, aujourd'hui, tout concentré plaquettaire ne subit pas encore un processus de réduction de pathogènes ?

Cette convention a-t-elle fait l'objet d'une publication au *Moniteur belge* ?

Quelle est la composition du comité d'accompagnement qui a supervisé les études des centres de transfusion ?

Il me revient également qu'un projet d'arrêté royal serait en cours d'élaboration. Il viserait l'obligation pour tous les concentrés plaquettaires de subir un processus de réduction de pathogènes selon une méthode validée. À quel stade de la procédure se trouve l'arrêté royal en cours d'élaboration et quand sera-t-il publié ?

Quelles est l'estimation du coût de ce processus, qui le prendra en charge et sera-t-il incorporé dans l'indexation du prix des produits sanguins labiles ou fera-t-il l'objet d'un budget spécifique ? Ce montant est-il repris dans le budget 2009 ?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'avis 8390 du 6 août 2008 du Conseil supérieur de la santé recommandait la réduction des pathogènes dans tous les concentrés plaquettaires. Cependant, cet avis devait être complété par un avis plus spécifique sur l'efficacité des deux produits disponibles sur le marché belge : Intercept et Mirasol. Ces avis sont encore en cours de finalisation. Un projet d'arrêté royal en vue de rendre cette technique obligatoire est actuellement soumis à l'avis de l'Inspection des finances.

Plusieurs chercheurs ont signalé une perte de plaquettes due à cette nouvelle procédure. Devoir éventuellement transfuser plus de plaquettes aux patients concernés serait évidemment un problème important à résoudre, notamment dans le cadre de dépenses des soins de santé.

Concernant la nomenclature et la fixation du prix de cette technique, la convention que vous avez citée constitue une phase de transition en vue d'un remboursement régulier. L'implémentation universelle de la technique a récemment été souhaitée par les experts des centres de transfusion mais le remboursement régulier devra encore être établi. J'attends la fin de la procédure au ministère de la Santé publique. Je n'accepterai pas une situation de transition trop longue.

Le contenu de la convention n'est pas publié au *Moniteur belge*. C'est l'usage. Le comité d'accompagnement de la convention est constitué de quatre centres belges de transfusion (Saint-Jean à Bruges, Gand, le service du sang du Brabant-Hainaut situé à l'hôpital Erasme et le centre de transfusion sanguine à Mont-Godinne) ainsi que de plusieurs membres du comité de l'assurance. Il se réunit trois à quatre fois par an à l'INAMI.

Le projet d'arrêté royal dont j'ai parlé doit donc recevoir l'avis de l'Inspection des finances. Dès que je le recevrai, cela passerait au Budget puis au Conseil d'État.

Une nouvelle évaluation du prix de cession des produits sanguins sera menée de manière globale.

15.03 Josy Arens (cdH) : Quand peut-on espérer la publication de l'arrêté ?

15.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je n'ai pas de date précise ; on suit le dossier très régulièrement.

15.05 Josy Arens (cdH) : Si j'ai bien compris, vous souhaitez que ce ne soit pas trop long.

15.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : C'est tout à fait ça.

L'incident est clos.

16 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté du Conseil d'État abrogeant l'arrêté ministériel de 2006 relatif à l'agrément des médecins généralistes" (n° 10805)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté ministériel contenant les normes d'agrément des médecins généralistes" (n° 10843)

- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation de l'arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes" (n° 10861)

16.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Ma question concerne l'arrêt du Conseil d'État abrogeant l'arrêté ministériel de 2006 relatif à l'agrément des médecins généralistes, au motif que l'avis du Conseil supérieur des médecins généralistes et spécialistes a été rendu sans que le quorum requis n'ait été atteint.

L'arrêté du 3 mai 1999 est à nouveau en vigueur, ce qui pose problème, puisque le 4^e doctorat ne peut être considéré comme faisant partie de la formation du généraliste qui est de trois ans. Ces étudiants risquent de devoir effectuer une année supplémentaire.

Par ailleurs, l'arrêté abrogé introduisait une discrimination entre généralistes et spécialistes, qui ne peuvent entamer leur spécialisation qu'après 7 ans d'étude contre 6 pour les généralistes. Dans de nombreux pays européens, la durée des études de base en médecine est passée à 6 ans.

Quelles mesures avez-vous prises pour remédier à l'abrogation de cet arrêté ? Avez-vous eu des contacts avec les universités et les étudiants à propos de la durée des études de base en médecine ?

16.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : À la suite d'une demande adressée par une ASBL bruxelloise et un médecin généraliste défenseur de la cause flamande, le Conseil d'État a décidé que l'arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes devait être annulé pour vices de procédure. Par conséquent, un arrêté ministériel antérieur de 2002 a repris effet avec pour conséquence, un vide juridique pour les médecins en formation en ce qui concerne la durée de celle-ci. Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes s'est déjà réuni deux fois à propos de ce dossier.

Que pense la ministre de l'annulation de l'arrêté ministériel concerné ? Comment le problème sera-t-il résolu ? Quels sont les résultats des réunions du Conseil supérieur ?

16.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Le Conseil d'État a en effet annulé l'arrêté de février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. Dans son avis, le Conseil d'État ne fait nullement référence au contenu de l'arrêté et se base sur l'absence de quorum lors d'une des réunions du Conseil supérieur. Il y est également confirmé que les étudiants en médecine peuvent entamer leur formation

spécifique en médecine générale dès leur quatrième année de doctorat, une possibilité qui, selon le Conseil d'État, génère une inégalité entre la formation de généraliste et celle de spécialiste en milieu hospitalier.

(En français) J'ai demandé en urgence au Conseil supérieur, qui s'est réuni le 12 février, d'étudier une proposition d'arrêté identique à celui de 2006 en matière d'agrément et instaurant une période transitoire protégeant les étudiants déjà engagés dans des études de médecine.

Dès que j'aurai reçu l'avis officiel du Conseil supérieur, je soumettrai le nouvel arrêté au Conseil d'État et au Conseil des ministres. Parallèlement, j'entamerai une concertation avec les Communautés, responsables de l'enseignement supérieur, et les acteurs de terrain sur la durée des études de médecine.

16.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Il n'y a pas d'autre solution qu'une période transitoire. Le débat sur l'adaptation de la durée des études est inévitable vu le contexte européen. Tout ceci sera réglé rapidement.

16.05 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)* : Puisque la compétence est partagée avec les Communautés, il faut les consulter d'abord.

16.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Il est logique que l'avis du Conseil supérieur des médecins généralistes et spécialistes ait été sollicité. Un groupe de travail a également été créé en marge. La concertation avec les communautés est plus nécessaire que jamais dans la mesure où le débat fondamental portera évidemment sur la durée de la formation de base et que certains syndicats de médecins demandent instamment, et à juste titre, que la formation de base soit ramenée à six ans.

L'incident est clos.

La **présidente** : Les questions n° 10819 de Mme Van Daele et n° 10822 de Mme De Bue sont reportées.

17 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête relative aux habitudes de sortie menée par la 'Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen'" (n° 10848)

17.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Il ressort d'une enquête de l'ASBL *Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen* (VAD) sur la consommation de drogues dans le cadre de la vie nocturne, que la consommation de cannabis et d'alcool a augmenté. Le cannabis n'est plus tabou et toutes sortes de nouvelles drogues festives font leur apparition.

Le gouvernement fédéral peut-il, en concertation avec les Communautés, lancer de nouvelles campagnes de prévention pour attirer l'attention des jeunes sur le fait que la consommation de ces substances n'est pas si inoffensive ?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre *(en néerlandais)* : J'ai lu les enquêtes relatives aux habitudes de sortie menées par la *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen* de 2006 et 2007. Il me paraît important de dire que les chercheurs qui ont collaboré à cette enquête soulignent que les chiffres indicatifs contenus dans ce rapport ne sont pas représentatifs de toutes les situations. Aussi aucune conclusion ne peut-elle être tirée de cette enquête en ce qui concerne la consommation d'alcool et de drogues chez tous les jeunes.

Selon l'étude 2007, la consommation d'alcool et de cannabis dans le cadre des habitudes de sortie a effectivement augmenté par rapport à 2005. Elle se situe aujourd'hui au même niveau qu'en 2003. Les jeunes consomment essentiellement des boissons alcoolisées lorsqu'ils sortent mais en 2007, cinq jeunes sur dix buvaient déjà avant de sortir.

Les chercheurs ne disent pas que la consommation de cannabis n'est plus taboue mais que sa consommation dans divers contextes s'est davantage banalisée.

La ketamine, qui est la nouvelle drogue en vogue chez les jeunes qui sortent en boîte, représente 3,3 % de la consommation de drogues, la consommation de GHB se situant aux alentours de 5,3 %. Ce qui me préoccupe surtout, c'est que la consommation de cocaïne dans le cadre des habitudes de sortie est en

augmentation puisqu'elle est passée de 11,3 % en 2003 à 12,3 % en 2005 puis à 17,1 % en 2007, ce qui fait déjà de la cocaïne la troisième drogue la plus consommée actuellement après l'alcool et le cannabis.

La Cellule générale de politique en matière de drogues, qui a été créée le 13 septembre 2008, porte la responsabilité d'une politique en matière de drogues et d'alcool qui soit enchâssée dans une politique touchant à tous les domaines de la vie. Le 17 juin, les ministres compétents ont signé une déclaration commune pour une future politique en matière d'alcool qui a été publiée au *Moniteur belge*.

La Cellule générale de politique en matière de drogues a récemment émis un avis au sujet de l'augmentation de la consommation de cocaïne. La prévention fait évidemment partie des compétences des Communautés. L'État fédéral est, lui, compétent pour l'information. C'est ainsi que les sites www.alcoholhulp.be et www.hoeveelsteveel.be ont été créés dans le cadre du Fonds de lutte contre les assuétudes. Ces sites ont pour vocation de diffuser des informations et de déceler tous les cas à problème de consommation d'alcool. Ils accordent une place centrale au vécu des jeunes et des jeunes adultes, et leur garantissent un anonymat absolu.

Le fonds en question a financé à concurrence d'un peu plus de 670.000 euros une campagne nationale relative à l'alcool et aux autres drogues, organisée par l'asbl IDA à l'intention des personnes de 12 à 35 ans. Elle a pour objectifs de retarder l'âge auquel les jeunes commencent à consommer de l'alcool, d'apprendre à consommer de l'alcool de manière responsable, de proposer des substituts à la consommation d'alcool, de faciliter une intervention précoce et de limiter les dommages au niveau social et au niveau sanitaire. Cette campagne portera sur l'alcool en tant que produit mais également sur sa consommation sous toutes ses formes ainsi que sur les comportements à risque. Cette campagne sera lancée dans le courant de la deuxième moitié de 2009. Les ministres communautaires compétents seront largement informés à son sujet.

17.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Il est positif que la ministre reconnaisse le caractère inquiétant des chiffres, qui démontrent la nécessité de campagnes anti-drogues claires à l'intention des jeunes et d'une révision de la politique de tolérance des dernières années.

L'incident est clos.

La **présidente** : Les questions n° 10940 de M. Baeselen, n° 10910 de Mme Burgeon, n° 10942 de Mme Van Daele et n° 10945 de Mme Muylle sont reportées.

18 Question de M. Bart Laeremans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nouveau stade national de football" (n° 11019)

18.01 Bart Laeremans (Vlaams Belang) : Seul le Heysel serait encore retenu comme lieu d'implantation éventuel du nouveau stade national de football. À cet égard, songe-t-on à une nouvelle construction ou plutôt à une rénovation ?

À quel site accorde-t-on la préférence ? Pourquoi les sites du marché matinal et de Schaerbeek-Formation ne sont-ils plus retenus ? Est-il exact que le club de football Anderlecht ne collabore pas au projet parce qu'il prévoit d'agrandir son propre stade ? Quelles sont les implications financières du projet pour les autorités fédérales, la Région de Bruxelles-Capitale, la ville de Bruxelles et les autres partenaires éventuels ? Prévoit-on ou non un nouveau centre commercial ?

Comment les autorités fédérales peuvent-elles être associées à l'exploitation du nouveau stade et comment seront réparties les recettes ?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il s'agit en l'occurrence avant tout d'une question de concertation entre les autorités fédérales, régionales et communales. Le premier ministre est en charge de ce dossier pour le gouvernement fédéral. À ma connaissance, aucune décision définitive n'a encore été prise et, par conséquent, toutes les options restent ouvertes. Il n'y a donc pas encore d'implications financières ni de décisions dans le cadre de l'exploitation du stade. En ce qui concerne le Sporting Club d'Anderlecht, il s'indique me semble-t-il de contacter le club même ou la commune.

18.03 Bart Laeremans (Vlaams Belang) : Tous les ministres se sont employés à associer Anderlecht au dossier puisque, dans cette hypothèse, le club supporterait une partie des coûts mais il semble qu'aucun choix définitif n'ait encore été opéré. Je m'en félicite puisque la piste de Schaerbeek-Formation n'est pas encore totalement abandonnée. C'est la meilleure option d'un point de vue urbanistique et spatial, comme l'a d'ailleurs confirmé le ministre-président, M. Picqué.

Je suis farouchement opposé à l'implantation d'un stade national à Grimbergen. En outre, Bruxelles n'aurait financièrement aucun avantage à voir construire le stade en dehors de son territoire.

L'incident est clos.

19 Question de M. Jacques Otlet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des projets thérapeutiques pilotes par le Service public fédéral de la Santé publique" (n° 11121)

19.01 Jacques Otlet (MR) : Des hôpitaux ont passé avec le SPF Santé, des conventions de partenariat concernant des projets pilotes. Ces conventions précisent les obligations du promoteur du projet et les engagements financiers pris en charge par le SPF. Seulement, les subventions engagées par le SPF ne sont pas indexées, même pour des projets de plusieurs années. Ces conventions stipulent que 98 % du budget doivent être affectés aux dépenses salariales. En n'indexant pas ces budgets, on met les promoteurs dans une situation financière difficile. Or tout le monde considère que ces projets pilotes sont particulièrement intéressants.

Serait-il possible de revoir cela pour ne pas reporter une partie de leur coût sur les hôpitaux ?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Compte tenu de la nature des projets, le principe de la non-indexation est normal, conformément au principe de l'annualité du budget de l'État, une convention liant l'État et un tiers ne pouvant être conclue pour plus d'un an. En principe, la notion de projet pilote n'est pas conciliable avec un financement structurel.

Le problème se pose lorsque le projet est jugé suffisamment intéressant pour être prolongé ou lorsqu'il nécessite plus d'une année pour être mené à bien. On se trouve alors dans le cadre de conventions bilatérales pour lesquelles on peut envisager d'adapter le montant par un avenant. Le problème de l'indexation ne se poserait plus dans la mesure où le montant retenu en tiendrait déjà compte. Chaque année, la convention pourrait être renégociée pour y intégrer l'indexation et le coût de l'ancienneté barémique du personnel. Cela dit, l'administration étudie des règles qui permettront un financement adéquat tenant compte de ce problème.

L'incident est clos.

20 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maladie de Huntington" (n° 10980)

20.01 Jean-Luc Crucke (MR) : La maladie de Huntington se traduit par une dégénérescence neuronale qui aboutit à la démence. La plupart des patients sont placés dans des hôpitaux psychiatriques, ce qui ajoute au trouble des malades et de ceux qui les accompagnent, qui ne comprennent pas ce choix.

Quel est le nombre de patients atteints de cette maladie en Belgique ? Dispose-t-on de structures spécialisées destinées à leur prise en charge ? Quels sont les moyens développés par le gouvernement pour aider ces personnes ?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : D'après une étude de la Fondation Reine Élisabeth, il y aurait besoin en Belgique de 230 places pour traiter les patients atteints de la maladie de Huntington et de la sclérose multiple, dont 140 places spécialisées dans des établissements résidentiels pour les patients dits « Huntington ».

Un appel à projets a été lancé pour la création d'unités de soins spécialisés au sein des structures existantes pour les patients atteints de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique et des patients atteints de la maladie de Huntington.

Pour ce qui concerne ces patients en particulier, le projet vise à prendre en charge dans une MRS, moyennant un renforcement du personnel et la création d'une fonction de liaison depuis l'hôpital, les patients qui n'ont plus besoin de soins médicaux ou chirurgicaux aigus mais dont l'état physique, cognitif ou psychique ou d'éventuels troubles du comportement requièrent une prise en charge multidisciplinaire.

Il s'agit des patients pouvant être envoyés vers une MRS ou une MSP depuis l'hôpital tout en conservant la garantie de recevoir des soins appropriés et un soin continu de l'hôpital, des patients séjournant à domicile qui peuvent être pris en charge momentanément par une unité de soins spécialisés de l'hôpital ou par une structure résidentielle spécialisée, et enfin des patients ayant besoin d'une surveillance médicale spécialisée continue dans un hôpital et pouvant être pris en charge par une unité de soins spécialisés de l'hôpital.

Un budget total de 8 millions d'euros est prévu en 2009 pour ce faire. Le Comité de l'assurance sera invité à sélectionner les projets qui auront été retenus. Cette première étape permettra de couvrir la moitié des besoins pour la sclérose et près d'un tiers des besoins pour la maladie de Huntington.

20.03 Jean-Luc Crucke (MR) : La piste des MRS ou des MSP qui est envisagée est judicieuse. Il faut éviter d'ajouter à l'absence de solution médicale d'autres éléments de souffrance. Cela dit, le budget qui a été dégagé me semble suffisamment conséquent.

20.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les projets ont été déposés en abondance, ce qui nous permettra d'être opérationnels dès la fin du premier trimestre 2009.

20.05 Jean-Luc Crucke (MR) : En France, pour l'instant, ils vont directement en hôpital psychiatrique.

La **présidente** : Une association de parents et de médecins a harcelé tous les niveaux de pouvoir. Quand il y a de bons réseaux, on met en place plus rapidement des solutions fonctionnelles.

L'incident est clos.

La **présidente** : Les questions jointes n° 11131 et 11200 de M. Jo Vandeurzen et Mme Maya Detiège ainsi que la question n° 11153 de M. Georges Dallemagne sont reportées.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 22.