

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 02 MAART 2010

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

du

MARDI 02 MARS 2010

Après-midi

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.21 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Luc Goutry.

01 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de risico's van de straling veroorzaakt door de ASTRID-communicatieapparatuur die door de politiediensten en de brandweerlui wordt gebruikt" (nr. 19578)
- de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de risico's van de straling veroorzaakt door de radartoestellen die door de politiediensten worden gebruikt" (nr. 19579)

01.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Kan u me zeggen hoe de frequenties die door de ASTRID-communicatieapparatuur van de politie- en brandweerdiensten worden gegenereerd, zich ten opzichte van de toegestane maximumnormen verhouden? Die apparatuur wordt door de leden van de hulpdiensten vaak ter hoogte van de geslachtsorganen gedragen. Ze beklagen zich erover dat ze geen enkele informatie bezitten over het mogelijk schadelijke effect van die frequenties.

Heeft het departement Volksgezondheid analyses uitgevoerd met betrekking tot de onschadelijkheid of de eventuele risico's van de golven en stralingen die door de verschillende soorten radars worden gegenereerd, niet alleen ten aanzien van de politiediensten maar ook wat de autobestuurders betreft? Zo ja, dan zou ik daar graag de resultaten van horen.

Minister Van Quickenborne verwees naar de Canadese normen, die veel drastischer zijn dan de Belgische en Europese bepalingen.

01.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Minister Milquet is bevoegd voor de veiligheid en de gezondheid van de werknemers.

Alle telecommunicatietoestellen vallen onder de toepassing van een Europese richtlijn, die de fabrikant verplicht te bewijzen dat zijn producten voldoen aan de internationale blootstellingsnormen.

Volgens de internationale organisatie van wetenschappelijke experts mag de plaatselijke blootstelling van de romp niet hoger liggen dan 10W/kg voor de werknemers en 2W/kg voor het grote publiek. Er bestaat geen specifieke grenswaarde voor de genitaliën.

De telecommunicatietoestellen van ASTRID leiden tot een lagere blootstelling, want volgens de ASTRID-vennootschap wordt in België uitsluitend gebruik gemaakt van de toestellen met het geringste vermogen. De

ASTRID-radiotelefoons hebben een vermogen van 1 W, wat vergelijkbaar is met dat van een gsm, terwijl de ASTRID-antennes op het dak van de wagen een iets hoger vermogen kunnen hebben, namelijk 3 W. In dat laatste geval is de blootstelling voor de personen beperkt. De frequentie van de elektromagnetische golven bedraagt ongeveer 400 MHz. Voor snelheidsmeters en voor repressieve of preventieve radars geldt een maximum uitgestraald vermogen van 2 W.

Op grond van het beperkte vermogen van de toestellen in ons land kunnen we dus zeggen dat de blootstelling van de automobilisten en het politiepersoneel aan radarstraling beperkt is.

Om na te gaan of de uitrusting conform de normen is, dient contact te worden opgenomen met de preventieadviseur van de Interne Dienst voor Preventie en Bescherming.

01.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Uw antwoord is van aard om de politievakbonden gerust te stellen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van de orthodontische raadpleging nr. 305594" (nr. 19301)

02.01 Josée Lejeune (MR): In de nomenclatuur stemt de code 305594 overeen met een onderzoek vóór een eventuele orthodontische behandeling, inclusief de raadpleging en het nemen van de afdruk van de twee bogen, het vervaardigen van de studiemodellen, het stellen van de diagnose en het behandelingsplan. Die verstrekking wordt door de ziekteverzekering ten laste genomen. Indien de patiënt een tweede advies wil alvorens met een dergelijke behandeling te starten, wordt de verstrekking 305594 echter niet meer terugbetaald. Vindt u niet dat een tweede advies in ernstige orthodontische gevallen zou moeten kunnen worden terugbetaald? Zou er via uw toedoen bij de commissie tandartsen-ziekenfondsen een aanvraag tot wijziging van de nomenclatuur kunnen worden ingediend?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Op grond van het nummer 305594-305605 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is er een tegemoetkoming verschuldigd voor de verstrekkingen die de practicus aan het begin van een orthodontiebehandeling levert, en dat nummer kan dus alleen worden geattesteerd als men de behandeling ook daadwerkelijk zal starten. Net als bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die slechts één orthodontische behandeling vergoedt, wordt er op grond van die code in principe ook slechts één terugbetaling verricht. Overeenkomstig artikel 6, § 10 is de tegemoetkoming voor de verstrekking opnieuw verschuldigd als de behandeling nog niet werd aangevat en er twee jaar is verstreken sinds de eerste verstrekking. Voor een second opinion voorziet de nomenclatuur in de code 305830-305841, advies voor orthodontie met verslag; en dan is er nog de raadpleging.

De nomenclatuur is op dat punt dus volledig.

02.03 Josée Lejeune (MR): In het onderhavige geval is het jammer dat de terugbetaling van een tweede raadpleging voor een zwaar geval niet mogelijk is, omdat de behandeling werd aangevat.

02.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er moet nog veel verwezenlijkt worden op het stuk van de tandheelkunde. We zullen de komende jaren opnieuw moeten investeren op dat vlak, maar ik heb u een antwoord gegeven op grond van de huidige regelgeving.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Op verzoek van mevrouw Van Broeckhoven wordt haar vraag nr. 19322 ingetrokken.

03 Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de financiering van pilootprojecten ter ondersteuning van dementiediagnose" (nr. 19318)

03.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Bij de bespreking van het beleidsplan van de minister heeft ze aangegeven dat ze in Belgische geheugenklinieken een tiental proefprojecten wil financieren om de diagnose van dementie te standaardiseren en te verbeteren.

Een verbeterde diagnostische procedure verhoogt de kans op een juiste klinische diagnose. En dat is belangrijk omdat er verschillende vormen van dementie bestaan, en elke vorm vereist een verschillende klinische en therapeutische aanpak.

Klopt het dat tien geheugenklinieken financiële ondersteuning zullen krijgen? Zal de minister het proefproject uitbreiden naar alle Belgische geheugenklinieken? Kan het de basis vormen voor de erkenning van expertisecentra van dementiediagnostiek en van een dementiezorgtraject, waarbij de patiënten doorverwezen worden naar gespecialiseerde zorgcentra met een gestructureerde financiering?

03.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik wil allereerst mevrouw Van Broeckhoven felciteren voor de organisatie van de conferentie rond dementie.

(Frans) Het was me een waar genoegen het Vlaams Parlement te bezoeken. Ik hoop dat we op grond van de conclusies de gepaste voorstellen zullen kunnen formuleren.

(Nederlands) Half januari hebben we een oproep gedaan aan de geheugenklinieken om zich kandidaat te stellen. Met het budget van 1 miljoen euro kunnen we elf projecten financieren.

De geheugenklinieken moeten een balans opmaken van de overblijvende cognitieve mogelijkheden en een behandeling uitwerken die aangepast is aan de patiënt die zoveel mogelijk thuis moet kunnen blijven. De geheugenklinieken moeten ook zorgen voor een ondersteuning van de mantelzorgers en voor overleg met de zorgverleners van de eerste lijn.

In het programma chronische ziekten heeft een ander initiatief tot doel om een laagdrempelige gespecialiseerde diagnose mogelijk te maken buiten het geriatrische dagziekenhuis. In dat raam wordt een project inzake de vergoeding van de neuropsychologische balans momenteel in het RIZIV besproken.

De gespecialiseerde diagnose van dementie berust op verschillende onderzoeken, maar een verplichte gestandaardiseerde balans zou voor sommige patiënten leiden tot onnodige en ongewenste onderzoeken en zou ingaan tegen het principe van de vrijheid van therapeutische keuze.

De lopende projecten inzake zorgtrajecten zijn momenteel tot twee aandoeningen beperkt, namelijk diabetes en chronische nierinsufficiëntie. Na een evaluatie zal het experiment eventueel tot andere aandoeningen worden uitgebreid.

03.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Aangezien de geheugenklinieken vandaag heel uiteenlopende procedures gebruiken voor hun diagnose, is mij niet helemaal duidelijk wat de proefprojecten exact beogen. Ik herhaal nogmaals dat een gestandaardiseerde diagnose, gezien de diverse vormen van dementie, wel degelijk heel belangrijk is.

03.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Los van de diagnose is het de bedoeling alle inzichten ten behoeve van de zieke samen te brengen in een multidisciplinair team, met het oog op een follow-up in de thuissituatie.

03.05 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mijn ervaring heeft mij geleerd dat de diagnostiek inzake dementie nog altijd niet gestandaardiseerd is, wat vaak tot foute diagnoses leidt. Ik blijf na dit antwoord dus wat op mijn honger zitten.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het terugtrekken van de link tussen de MBR-vaccinatie en het risico op autisme" (nr. 19319)

04.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): De vaccinatie tegen mazelen, rode hond en bof (MRB) is een regionale bevoegdheid. Hoewel ik weet dat de minister dus niet kan antwoorden op mijn vraag, had ik toch graag van gedachten gewisseld over het terugtrekken van de link tussen de MRB-vaccinatie en het risico op autisme.

In 1998 verscheen in *The Lancet* een artikel dat een link legde tussen de MRB-vaccinatie en autisme. Onlangs verscheen in hetzelfde tijdschrift een artikel waarin dat wetenschappelijke verband wordt teruggetrokken. Blijkbaar was er sprake van een belangenconflict. De hoofdonderzoeker zou de patiënten voor het onderzoek zeer selectief hebben verzameld en de studie was niet goedgekeurd door een bevoegd ethisch comité. Nieuwe onderzoeken in Finland en Denemarken tonen geen enkel verband tussen de vaccinatie en autisme aan.

De link tussen de vaccinatie en autisme heeft ertoe geleid dat heel wat ouders weigerachtig stonden tegenover een vaccinatie van hun kind. In Groot-Brittannië komen de mazelen daardoor weer meer voor.

Ik zou graag van de minister weten hoe zij staat tegenover belangenconflicten bij wetenschappers die gevolgen hebben voor de volksgezondheid?

04.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De preventie en controle van ziektes is een gemeenschapsbevoegdheid, net zoals de organisatie van vaccinatiecampagnes.

Dat *The Lancet* het artikel van 1998 terugtrekt, bewijst hoe groot het belang is dat de wetenschappelijke wereld hecht aan het onafhankelijk formuleren van bevindingen en adviezen. Er zijn procedures om belangenconflicten te vermijden. Als iemand toch door de mazen van het net glipt, aarzelt men niet om dat bekend te maken.

Ook onze wetenschappelijke instellingen nemen maatregelen om belangenvermenging te vermijden. Verder moeten de onderzoekers een formulier ondertekenen waarin zij verklaren dat zij hun onderzoek onafhankelijk voeren. Mocht er toch een incident zijn, dan zullen ook onze instellingen niet aarzelen om de zaak te onderzoeken en aan de kaak te stellen.

04.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Ik vond dat dit wel eens aan bod mocht komen in de commissie.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het hoge risico op kanker bij ouderen" (nr. 19320)

05.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Uit cijfers van het Kankerregister blijkt dat de kans op kanker stijgt met de leeftijd. Via preventieve screening kan men wel veel kankers vroegtijdig opsporen en behandelen.

Houden de preventieve kankerscreenings voldoende rekening met het hoge aantal kankers bij oudere mensen? Wat zijn de geldende richtlijnen? Wordt er voldoende geïnvesteerd in de ontwikkeling van chemo- en radiotherapie die aangepast is aan de verminderde fysieke toestand van de oudere patiënt? Doet men onderzoek naar alternatieve behandelingsmethoden? Investeert men voldoende in het informeren van zestigplussers?

05.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De vergrijzing zal een toename veroorzaken van de behoefte aan oncologische zorg die aan deze bevolkingsgroep is aangepast. De overlevingskans van de oudere patiënten is niet zo groot als die van jongere volwassenen.

De creatie van een efficiënte, multidisciplinaire omkadering voor de behandeling van de bejaarde

kankerpatiënt is een prioriteit. In het kader van het Nationaal Kankerplan werd in 2008 een projectoproep gelanceerd voor de geriatrische oncologie. Er zijn vijftien projecten geselecteerd die sinds 1 januari 2009 voor twee jaar gefinancierd worden. Het merendeel van die projecten is gericht op instrumenten voor de inschatting van geriatrische kankerpatiënten. De projecten willen onder meer bijdragen aan de uitwerking van richtlijnen voor geriatrische oncologie.

De preventie- en screeningprogramma's zijn een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

De bevolking informeren omtrent kankersymptomen is een belangrijk instrument in de preventie, want nu is er vaak een laattijdige diagnose van de kanker. Dit geldt nog meer bij oudere patiënten, waar de symptomen zich soms op een andere manier uiten. Het informeren van de bevolking en van specifieke doelgroepen komt zeker aan bod in de huidige besprekingen onder leiding van het Kankercentrum ter voorbereiding van het Nationaal Kankerplan 2011-2015.

05.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Vanaf 2011 zal men een aantal richtlijnen opstellen voor de behandeling, de diagnose en de preventie van kanker bij oudere mensen. Ik kijk uit naar het Nationaal Kankerplan 2011-2015.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het nieuwe statuut 'chronisch zieken'" (nr. 19321)

06.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): In januari heeft de minister nog aangekondigd dat een bijzonder statuut voor chronisch zieken in voorbereiding is, dit om personen met een ernstige chronische ziekte te ondersteunen bij hun uitgaven voor gezondheidszorg. Het zou gaan om personen die leiden aan een zeldzame ziekte of weesziekte en aan een ongeneeslijke en degeneratieve chronische ziekte. De criteria zullen worden uitgewerkt door het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV.

Heeft de minister het voorstel ontvangen betreffende het nieuwe statuut? Welke voordelen zouden deze chronisch zieken kunnen genieten? Vallen dementiepatiënten onder het nieuwe statuut? Welke criteria worden gebruikt om dementiepatiënten te identificeren voor dit nieuwe statuut? Welke kosten worden in aanmerking genomen voor de dementiepatiënten?

06.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In heb van het RIZIV een voorstel ontvangen in verband met het statuut, maar nog niet over de bijhorende gevolgen. Een en ander zal deel uitmaken van het programma dat prioritair op de chronisch zieken gericht is. Ik denk onder meer aan de toepassing van de MAF 'chronisch zieken' en van de derdebetalersregeling of aan de vergoeding van geneesmiddelen waarvoor in principe geen tegemoetkoming bestaat, enz.

De beleidsceel buigt zich over alle voorstellen. Het lijkt me noodzakelijk dat het voor bepaalde aandoeningen, bijvoorbeeld weesziekten en ongeneeslijke en degeneratieve ziekten, om een automatische procedure zou gaan. Daarover moet echter nog worden onderhandeld met de ziekenfondsen en de diverse actoren.

06.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Ik zal het dossier nauwlettend opvolgen. Ik heb geen antwoord gekregen op de vraag over de dementiepatiënten.

Het incident is gesloten.

06.04 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Ik heb aan de minister en het secretariaat laten weten dat ik mijn vraag over ouderen en armoede zou omzetten in een schriftelijke vraag.

De **voorzitter**: Vraag nr. 19322 van mevrouw Van Broeckhoven wordt dus omgezet in een schriftelijke vraag.

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de borstklinieken in België en de Europese minimumnorm" (nr. 19477)

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "borstkanker bij mannen" (nr. 19508)

07.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Volgens resolutie 2002/2279 van het Europees Parlement moeten borstklinieken drie jaar na opening minimaal 150 nieuwe patiënten per jaar behandelen. De regel bedreigt 21 Belgische borstklinieken. Dat is geen goede zaak omdat zo een fijnmazig en laagdrempelig netwerk onder druk wordt gezet. Volgens mijn informatie zouden er in Vlaanderen 26 borstklinieken zijn, 8 in Brussel en 12 in Wallonië. Erg veel lijkt me dat toch niet. Daar komt nog bij dat ook veel vrouwen ouder dan 69 nog borstkanker ontwikkelen, ook demente vrouwen.

De resolutie van 15 juni 2005 over de implementatie en het normeren van de borstklinieken vraagt om rekening te houden met de huidige Belgische situatie. Een resolutie van het Europees Parlement wordt doorgaans als soft law beschouwd. Is de minister dus bereid om af te wijken van de Europese aanbeveling van 150 nieuwe patiënten per jaar en per borstkliniek? Wil de minister overleggen met de Gemeenschappen en met de gynaecologen, de oncologen en de andere zorgverstrekkers?

07.02 Maya Detiège (sp.a): Het aantal sterfgevallen bij mannen met borstkanker ligt 8 procent hoger in ziekenhuizen die weinig operaties doen en 3,8 procent lager in grote ziekenhuizen met veel borstkankerpatiënten. Bij vrouwen kiest men in geroutineerde ziekenhuizen ook eerder voor een borstsparende behandeling, in kleinere voor amputatie. Uit deze gegevens blijkt dat de voorwaarden voor de erkenning van borstklinieken zoals ze in het KB van 27 april 2006 staan, een absolute noodzaak zijn. Het kan niet dat de helft van de artsen maar één tot vijf borstoperaties per jaar uitvoert, waar dat er volgens de voorwaarden 50 zouden moeten zijn. Daarom is de erkenning van senologie als medische specialisatie noodzakelijk.

In ons land krijgen ongeveer 100 mannen per jaar borstkanker en in Europa zijn dat er 3.000. Alle bestaande campagnes richten zich op vrouwen. Daardoor herkennen mannen de symptomen niet en moet er meestal zeer radicaal worden ingegrepen. Ik vraag daarom in de campagnes meer aandacht voor borstkanker bij mannen. Er moet niet alleen een betere medische behandeling komen, maar ook een betere psychische begeleiding. Het zou helpen om een paar borstklinieken aan te duiden die specifiek mannen behandelen.

Welke borstklinieken voldoen aan de voorwaarden en welke zijn door de minister erkend? Hoe zal de bevolking op de hoogte worden gebracht?

De **voorzitter**: Deze vragen blijken paradoxaal te zijn.

07.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er is heel wat beroering over de toekomst van die klinieken. In Europese richtlijnen van 2002 wordt de norm van 150 operaties per jaar gehanteerd voor een centrum voor de behandeling van kanker.

(Nederlands) De normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen, zijn vastgelegd in het KB van april 2007. Ze werden in overeenstemming met een advies van het College van Oncologie uitgewerkt op basis Europese richtlijnen. De richtlijnen hebben betrekking op een minimaal activiteitsniveau, het voeren van multidisciplinair overleg, de expertise en de minimale medische, paramedische en psychologische omkadering, de minimale infrastructuur en de werkingsnormen.

Het minimale activiteitsniveau is vastgelegd op 150 nieuwe borstkankerdiagnoses per jaar. In de richtlijnen beveelt men 30 à 40 borstklinieken aan voor 10 miljoen inwoners. Het rapport van het kenniscentrum van juli 2009 bevestigt deze kwantitatieve normen.

(Frans) Na een overgangsperiode hebben we met ingang van 1 januari 2010 een activiteitsdrempel van 150 nieuwe diagnoses per jaar ingesteld. Er is voorzien in een uitzondering met betrekking tot de geografische

toegankelijkheid.

Momenteel zijn 46 borstklinieken door de Gewesten en de Gemeenschappen erkend. Eind maart zal de ter zake gespecialiseerde raad me de cijfers en de evaluatie bezorgen. Op dat ogenblik kunnen we uitmaken welke klinieken mogelijksterwijs in hun voortbestaan worden bedreigd.

Momenteel ben ik niet van zins de geldende normen te herzien, daar ze berusten op een kwaliteits- en expertiseniveau dat op de ernst van dit gezondheidsprobleem berekend moet zijn. Ik zou echter niet willen dat het besluit een averechtse uitwerking heeft. De Senaat heeft me diverse manieren voorgesteld waarop een en ander kan worden bijgestuurd. Ik zal zien wat er mogelijk is.

Ik wil met alle voorstellen rekening houden, maar er is toch een minimale activiteit vereist.

(Nederlands) Als dat na analyse opportuun blijkt, dan zullen we uiteraard een denkoefening houden met de zorgverstrekkers en met de Gewesten en de Gemeenschappen.

De lijst van de ziekenhuizen met een erkend gespecialiseerd zorgprogramma kan geraadpleegd worden op de website van de FOD Volksgezondheid.

Borstkanker bij mannen is een zeldzame pathologie. In het kader van het Kankerplan heeft het college voor oncologie een advies verleend over de opvang van zeldzame tumoren. De FOD Volksgezondheid zal met de verschillende partners verder werken op het thema.

(Frans) Misschien moet u uw vragen eind april opnieuw stellen, dan kan ik u meer gedetailleerde inlichtingen verstrekken.

07.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ik ga akkoord met de kwaliteitsnormen, maar ik vind het niet kunnen dat er zes klinieken dicht moeten die nochtans multidisciplinair werken, gewoon omdat de norm voor 10 miljoen inwoners 40 borstklinieken is. Men mag ook niet vergeten dat de demografische evolutie tot meer behandelingen zal leiden. De expertise van een kliniek die goed werk levert op de gevraagde manier, mag niet worden weggegooid. Ik kom in april op de kwestie terug.

07.05 Maya Detiège (sp.a): Als we de voorwaarde van 150 nieuwe patiënten per jaar toepassen, dan worden in België 21 klinieken bedreigd. Daarom ben ik blij dat de minister zegt dat kwaliteit primeert, maar die wordt ook gedeeltelijk bepaald door het aantal nieuwe patiënten en het aantal operaties.

Ik betreur dat de minister niet ingaat op mijn suggestie om iets te doen voor mannen met borstkanker. Een brochure is een kleine moeite. Ik vraag ook meer aandacht voor de psychische en fysieke verzorging van patiënten in borstkankerklinieken.

Het incident is gesloten.

08 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Magda Raemaekers** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onderzoek naar het onverdoofd slachten van dieren" (nr. 19491)
- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onverdoofd ritueel slachten" (nr. 19511)
- mevrouw **Hilde Vautmans** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onverdoofd ritueel slachten" (nr. 19637)

08.01 Magda Raemaekers (sp.a): De minister verklaarde eerder dat een einde maken aan het slachten van dieren die niet verdoofd zijn, voor haar een bijzonder aandachtspunt is. Werden er hierop al effectief controles uitgevoerd? Welke inbreuken werden vastgesteld? Hoe ver staat het met het advies dat de minister heeft gevraagd aan de Raad voor Dierenwelzijn? Als er geen consensus komt met minister Laruelle, zal de minister dan zelf iets ondernemen?

Voorzitter: Yolande Avontroodt.

08.02 Koen Bultinck (VB): Heeft de Raad voor Dierenwelzijn een advies uitgebracht over deze problematiek? Welke initiatieven heeft de minister zelf ondertussen al genomen?

Voorzitter: Luc Goutry

08.03 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Op de evaluatievergadering van 21 januari heeft het FAVV de resultaten voorgesteld van zijn controles in de slachthuizen tussen januari en november 2009. In die periode werden in de slachthuizen voor runderen, schapen en geiten 1.415 controles gerealiseerd; 30 hiervan werden ongunstig beoordeeld, ongeacht de slachtwijze: ritueel of conventioneel. Wat het slachten op zich betreft, wordt de dieren waar mogelijk vermijdbaar lijden bespaard en de installaties zijn daartoe ook ingericht. Er is voldoende bekwaam personeel. De resultaten wijzen uit dat er relatief weinig overtredingen worden vastgesteld in de slachthuizen. Het slachten van dieren zonder voorafgaande verdoving gaat natuurlijk gepaard met een zeker onvermijdelijk lijden, ook als het conform de wetgeving gebeurt. Ik zal mijn collega Laruelle vragen dat het FAVV streng zou blijven toezien op de slachtingen zonder bedwelming.

(*Frans*) De Raad voor Dierenwelzijn werd gelast het fenomeen van de rituele slachtingen onder de loep te nemen. We zitten samen met vertegenwoordigers van de joodse en de moslimgemeenschap, die allebei bij dit probleem betrokken zijn. Op 25 januari jongstleden heeft er overleg plaatsgevonden. Ik wacht het advies van de werkgroep in.

Ook op Europees niveau is er bereidheid tot overleg, en wel in het kader van een project van de Europese Commissie. De eindconclusies van die studies worden op 15 en 16 maart in Istanbul voorgesteld. Ondertussen zal ik mijn diensten vragen de diverse overlegmogelijkheden te evalueren.

08.04 Magda Raemaekers (sp.a): Ik ben blij dat de minister overlegt met de andere godsdiensten, zodat de maatregelen zonder veel ophef kunnen worden uitgevoerd. Het is hoog tijd om het onverdoofde slachten wettelijk te verbieden.

08.05 Koen Bultinck (VB): Er is dus nog altijd geen advies van de Raad voor Dierenwelzijn. Wanneer mogen wij dat verwachten?

08.06 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Nog deze maand.

08.07 Koen Bultinck (VB): Er is niet alleen een probleem met de praktijken van onverdoofd ritueel slachten binnen, maar ook buiten de slachthuizen. Daarop zou wel wat meer mogen worden gecontroleerd. Er ligt een aantal wetsvoorstellen in de Kamer om de problematiek te regelen. Als blijkt dat het advies te lang uitblijft, moeten we de bespreking daarvan maar aanvatten.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de goede werking van de monitoring in de ziekenhuizen" (nr. 19494)

09.01 Colette Burgeon (PS): Op dinsdag 9 februari 2010 is in het Jolimontziekenhuis in La Louvière Louise, een meisje van tien maanden overleden, terwijl volgens de bewakingsmonitor alle vitale functies werkten. Het UMC Jolimont-Lobbes wil klaarheid scheppen en heeft beslist het parket van Bergen in te schakelen.

Moet de monitoring aan specifieke normen voldoen? Bestaat er een lijst van erkende toestellen? Wordt die regelmatig geüpdatet? Is er een instantie die belast is met de controle op dit soort toestellen? Zo nee, hoe kan het personeel er dan zeker van zijn dat het apparaat goed werkt?

09.02 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): De bewakingsmonitoren moeten voldoen aan de geldende normen, die op internationaal niveau worden vastgelegd. Er is geen lijst van medische apparaten die te koop

worden aangeboden. Er bestaat evenmin een specifieke erkenning van dergelijke apparaten door Volksgezondheid. Een monitor mag pas op de markt worden gebracht, nadat hij beoordeeld werd door een aangemelde instantie in het kader van de toepassing van de Europese richtlijn.

Deze toestellen moeten regelmatig onderhouden worden. Het personeel beschikt over de gebruiksaanwijzing, en de fabrikanten organiseren doorgaans opleidingen voor de gebruikers. Het ziekenhuis is verplicht om de personeelsleden die de toestellen bedienen, daartoe op te leiden.

Wat de kleine Louise betreft, bestaat er vooralsnog geen enkele zekerheid omtrent het slecht functioneren van de bewakingsmonitor. Om voor volledige duidelijkheid te zorgen deed het ziekenhuis een beroep op het parket. Het toestel werd in beslag genomen met het oog op een grondig onderzoek.

09.03 Colette Burgeon (PS): Al die toestellen worden dus grondig gecontroleerd en desondanks doen zich nog steeds ongevallen voor. Dat valt te betreuren. Ik had het over twee ongevallen, maar er kunnen er ook meer zijn.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de mogelijke misbruiken waarbij opvallend veel buitenlandse nierpatiënten zich laten opnemen voor dringende behandeling in onze ziekenhuizen" (nr. 19512)

10.01 Koen Bultinck (VB): Meer en meer buitenlandse nierpatiënten laten zich verzorgen in Belgische ziekenhuizen. Volgens verklaringen van de medische dienst bij de dienst Vreemdelingenzaken en de spoedafdeling van het Sint-Jansziekenhuis in Brussel is het heel gemakkelijk om een asielaanvraag in te dienen en gedurende de volledige procedure de hoge kosten voor nierdialyse maandenlang te laten ophoesten door Fedasil. Aangezien er zich duidelijk een explosie voordoet van asielzoekers met nierinsufficiëntie zit daarachter vermoedelijk een of andere 'reclamecampagne'. Beschikt de minister over concrete aanwijzingen in dit verband?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De laatste minimale klinische gegevens - deze van 2007 - werden onderzocht. Deze bevatten twee variabelen die het mogelijk maken om buitenlandse patiënten te identificeren, het domicilie en de nationaliteit, en de diagnoses van de patiënten die in onze ziekenhuizen verblijven. Er zijn ongeveer 3,5 miljoen ziekenhuisverblijven geregistreerd. Daarvan zijn 1,09 procent of 38.517 ziekenhuisverblijven op naam van niet-Belgische patiënten die in het buitenland wonen. Anderzijds hebben 40.791 ziekenhuisverblijven betrekking op patiënten die door de spoeddiensten voor nierziekten werden opgenomen. Daaronder hebben er 292 patiënten of 0,72 procent betrekking op niet-Belgische patiënten die in het buitenland wonen. Dit percentage ligt dus niet hoger dan dat voor alle pathologieën samen. Het zogenaamde fenomeen lijkt dus niet echt belangrijk te zijn.

10.03 Koen Bultinck (VB): De minister tracht met deze cijfers de zaak te minimaliseren. Ik had niet anders verwacht. Op de radio hoorde ik wel degelijk gegevens vanwege de medische expert van de dienst Vreemdelingenzaken die dit probleem zelf in de openbaarheid heeft gebracht. Dit is toch een betrouwbare bron!

Het incident is gesloten.

11 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van EpiPen" (nr. 19559)

11.01 Daniel Bacquelaine (MR): Sommige allergische reacties zijn zodanig ernstig dat de betrokkenen te allen tijde een kit voor zelfinjecteerbare adrenaline bij zich moeten hebben. Het desbetreffend product wordt onder de naam EpiPen verkocht. Die behandeling kost 53 euro en wordt niet terugbetaald. Het product moet vaak worden vervangen want het heeft een korte geldigheidstermijn.

Kan die anomalie in ons terugbetalingsstelsel niet worden rechtgezet?

11.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De firma die het product in de handel brengt moet een aanvraag indienen bij het secretariaat van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen. Tot dusver heeft het desbetreffende secretariaat geen enkele aanvraag tot terugbetaling van de firma ALK-Abelló ontvangen. In België zijn er drie farmaceutische specialiteiten beschikbaar voor een dringende behandeling van een anafylactische shock: Epipen, adrenaline HCl-Sterop en adrenaline Denolin (die terugbetaalbaar is).

11.03 **Daniel Bacquelaine** (MR): De laatste twee producten waarnaar u verwijst kunnen niet door de patiënt zelf worden toegediend. Wanneer men in een anafylactische shock raakt, is een en ander natuurlijk niet zo eenvoudig!

11.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Er zijn veel geneesmiddelen waarvoor de firma's geen terugbetaling vragen. Anderzijds kan de patiënt ook een beroep doen op het Sociaal Fonds.

Het incident is gesloten.

12 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gunstige effect van foliumzuur" (nr. 19666)**

12.01 **Rita De Bont** (VB): Het neuraalbuisdefect ontstaat door een fout in de embryonale ontwikkeling tussen de derde en de zesde zwangerschapsweek. De incidentie is in Europa 1 op 1000 geboortes. De inname van foliumzuur voor de aanvang van de zwangerschap kan het aantal dergelijke defecten verminderen.

Vlaams minister Vandeuren overlegt met zijn collega van Onderwijs over de opname van informatie over foliumzuur in de lessen seksuele voorlichting en zet ook in op sensibilisering via de eerstelijnszorg. Hij zou het dossier ook op federaal niveau brengen. Voedingssupplementen en het verrijken van voeding met foliumzuur zijn immers federale bevoegdheden. Is de minister al gecontacteerd door haar Vlaamse collega? Overweegt de minister om foliumzuur aan voedingsstoffen toe te voegen? Welke studies werden al uitgevoerd of zijn nog gepland in dit verband?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De federale regering heeft in dit verband geen vraag ontvangen van Vlaams minister Vandeuren.

Professor Geert Vansant volgt de wetenschappelijke discussies als lid van de ESCO-werkgroep. De voorlopige bevindingen van de werkgroep pleiten niet voor een verplichte verrijking van voedingsstoffen met foliumzuur. Er zijn namelijk onzekerheden en ongewenste neveneffecten. De inname van foliumzuur kan bijvoorbeeld te hoog oplopen en de effecten ervan staan nog ter discussie. De voordelen en de nadelen moeten grondig geanalyseerd worden alvorens bijvoorbeeld bloem met foliumzuur kan worden verrijkt. In het licht van een eengemaakte Europese markt is een gemeenschappelijke aanpak van de problematiek wenselijk. Ik zal mijn administratie vragen een dossier te bezorgen aan de bevoegde Europese instanties.

De FOD Volksgezondheid heeft een brochure opgesteld met specifieke aandacht voor een voldoende inname van jodium, folaten en ijzer voor en tijdens de zwangerschap. Het belang van folaat kwam ook al aan bod in de specifieke voedingsgids nr. 1, gericht op kinderen van 0 tot 3 jaar.

In het kader van het nationaal voedings- en gezondheidsplan loopt een studie om de status van foliumzuur bij zwangere vrouwen te bepalen via bloedstalen. De resultaten worden midden 2011 verwacht.

12.03 **Rita De Bont** (VB): De wetenschappelijke studie betwist de intoxicatie van foliumzuur. Via gewone voeding, ook gezonde, krijgt men gewoonlijk niet voldoende foliumzuur binnen. Individuele toediening aan vrouwen met een kinderwens, is aangewezen. Het zou goed zijn mochten het federale en Vlaamse niveau eens van gedachten wisselen over deze materie.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de studie van het Kenniscentrum inzake nierdialyse" (nr. 19601)

13.01 Maggie De Block (Open Vld): Hemodialyse – dit is een van de vormen van nierdialyse - kan gebeuren of in het ziekenhuis of in een satellietcentrum of thuis. In het eerste geval staan professionalis in voor alle handelingen, in het tweede doet de patiënt een aantal zaken zelf en in het laatste geval doet hij ze allemaal zelf. Ook peritoneale dialyse gebeurt volledig door de patiënt zelf.

Volgens een onderzoek van het Kenniscentrum gebeurt ongeveer 66 procent van de dialyses in het ziekenhuis, 24 procent in satellietcentra en 10 procent thuis. Peritoneale dialyses zouden goed zijn voor 1 procent. De dialyses in het ziekenhuis zijn het duurst voor de verzekering.

Betrokken studie stelt dat er nood is aan betere informatie voor de patiënten, omdat de keuze van de dialyse bepalend is voor hun levenskwaliteit. Tegelijk zou de financiering van de dialyse beter gebeuren op basis van de reële kosten.

Is de minister bereid om vollediger informatie te verschaffen aan de patiënten? Wil zij de financiering van de verschillende types dialyse herzien?

13.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De patiënten informeren over de verschillende vormen van dialyse is relatief ingewikkeld.

De keuze voor de dialyse hangt in de praktijk af van diverse factoren. Is de patiënt al dan niet alleenstaand? Woont hij of zij nog zelfstandig? Oefent hij of zij nog een beroepsactiviteit uit? Ik pleit er alvast voor dat het College voor nefrologie, dat is opgericht binnen de FOD Volksgezondheid, een initiatief neemt om richtlijnen uit te werken rond de keuze van de dialyse.

De financiering van de dialyses zit momenteel verspreid over verschillende organen, met name de technisch-geneeskundige raad voor de honoraria van de nefrologen en de overeenkomstencommissie met de ziekenhuizen voor het dialyseforfait.

Op 17 maart zal het Kenniscentrum een uiteenzetting geven over de resultaten van de studie.

De diverse organen kunnen daarna initiatieven nemen om tot een nieuw voorstel te komen rond de financiering van de dialyse. Het belang van de patiënt blijft voorop staan: hij of zij moet de meest aangewezen vorm van dialyse krijgen, zonder dat het financiële plaatje doorslaggevend is.

13.03 Maggie De Block (Open Vld): De studie heeft dat ook aangegeven. Er moet eerst een juiste analyse gebeuren op het terrein. Zo zijn de zorgtrajecten er gekomen om in het beste geval dialyses te vermijden.

Het incident is gesloten.

14 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de wervingscampagne van het RIZIV" (nr. 19602)

14.01 Maggie De Block (Open Vld): Met onder andere de projecten Impulseo I en Impulseo II – en er wordt gewerkt aan Impulseo III – probeert men nu al enkele jaren lang het beroep van huisarts te promoten. Onlangs kreeg ik een folder van het RIZIV in de bus met de mededeling dat het instituut op zoek is naar nieuwe medewerkers. Er wordt ingespeeld op enkele gevoelige punten: een goed evenwicht tussen privé en werk, een gunstige verlofregeling, een 38-urenweek ...Ik weet dat het RIZIV een tekort heeft aan artsen, maar ik vraag mij af waar men mee bezig als men artsen probeert te ronselen in een sector die zozeer met een tekort kampt.

Onderschrijft de minister de wervingscampagne van het RIZIV? Wat heeft die gekost? Is de minister nog wel geïnteresseerd in het aantrekkelijker maken van het beroep van huisarts of wil zij ze eerder naar het RIZIV lokken?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik houd u aan uw woord: aangezien ik graag meer huisartsen zou willen, zult u me helpen om de quota te versoepelen. Men kan niet warm en koud tegelijk blazen!

Het is normaal dat het RIZIV kwaliteitsvolle medewerkers zoekt, met name bij de huisartsen.

(*Nederlands*) De wervingscampagne van het RIZIV en Selor in het kader van het personeelsplan 2009 werd op 20 april 2009 goedgekeurd door het beheerscomité. Er werd geopteerd voor een grote campagne via Selor, dat de campagne ook heeft gefinancierd. De campagne voor de werving van 16 artsen kostte 37.026,76 euro.

De openbare instellingen van sociale zekerheid hebben van de overheid meer beheersautonomie en meer flexibiliteit bij het rekrutering en de selectie van personeel gekregen.

De campagnes zijn niet tegenstrijdig. Impulso probeert artsen te mobiliseren om huisarts te worden, de RIZIV-campagne wil artsen aantrekken die de maatschappelijke rol van het RIZIV willen delen. Het zijn twee zeer verschillende functies, zowel inhoudelijk als qua statuut, en ze trekken wellicht ook verschillende mensen aan. Het RIZIV profileert zich uiteraard als een aantrekkelijke werkgever en speelt die troeven uit. Daarnaast wordt er echter ook op de nadelen gewezen, zoals het verbod op cumul met een eigen praktijk.

14.03 **Maggie De Block** (*Open Vld*): De minister noemt de campagnes aanvullend, maar de RIZIV-campagne is echt gericht op huisartsen en speelt in op de problemen met hun statuut. Ik denk dat die 37.000 euro beter besteed had kunnen worden.

Het incident is gesloten.

15 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Xavier Baeselen** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de opvolging van de internationale studie over de kankerverwekkende effecten van ultraviolette stralen" (nr. 19619)
- mevrouw **Lieve Van Daele** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de overtreding door één op zeven zonnebanken van de UV-normen" (nr. 19911)
- mevrouw **Katia della Faille de Leverghem** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de normering van zonnebankcentra" (nr. 19998)

15.01 **Xavier Baeselen** (MR): Minister Magnette stelde intensieve zonnebankencontroles in het vooruitzicht; die campagne zou lopen van november tot februari. Het aantal vastgestelde overtredingen is verbijsterend: in schoonheids- of fitnesscentra worden de bepalingen van het koninklijk besluit in 40 procent van de gevallen overtreden. De overtredingen zijn nog talrijker bij de professionele zonnecentra: 42 procent overschrijdt de blootstellingsnormen, 62 procent geeft geen huidtypeadvies. Op een totaal van 174 controles werden 115 processen-verbaal opgemaakt, en vier dossiers werden overgezonden aan het parket.

Op 29 september antwoordde u op een vraag met betrekking tot de conclusies van de werkgroep van het *International Agency for Research on Cancer*, die de classificatie van zonnebanken van niveau 2A (waarschijnlijk kankerverwekkend) op niveau 1 (kankerverwekkend) bracht. U zou samen met minister Magnette de nodige initiatieven nemen om met die aanpassing rekening te houden, en u zou de huidige bepalingen aanscherpen (zie *Beknopt verslag* 52 COM 641, blz. 5).

Hebt u conclusies getrokken uit de talrijke overtredingen en die internationale studie, en zal u de normen herzien?

15.02 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Uit een onderzoek van de Europese Commissie blijkt dat een op de zeven zonnebanken niet voldoet aan de UV-stralingsregels en dat men vaak onvoldoende waarschuwt voor de gevaren van het gebruik van zonnebanken. Er is een link tussen overmatig gebruik en huidkanker. Ook wordt de bepaling dat jongeren onder de 18 jaar niet onder een zonnebank mogen, niet steeds nageleefd.

Wat zijn de onderzoeksresultaten voor ons land? Welke initiatieven zal de minister nemen om gebruikers beter in te lichten over de risico's van overmatig zonnebankgebruik?

15.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er worden controles uitgevoerd en de cijfers tonen aan dat die controles nodig zijn. Ik moet uitmaken of de normen van het koninklijk besluit van december 2000 herzien moeten worden. Voor het overige is minister Magnette bevoegd. Ik heb in dat kader de Hoge Gezondheidsraad geraadpleegd om te zien of de Raad nog altijd hetzelfde standpunt inneemt als in december 2000. Dat is een eerste initiatief.

Daarnaast zou ik ook willen voorstellen dat mijn administratie samen met de Commissie voor de Veiligheid van de Consumenten werkt rond het zonnebankprobleem. Ik zou kruisbestuiving tussen de bevoegde diensten willen bewerkstelligen.

Ik ben ook bevoegd om informatiecampagnes op touw te zetten. Met de campagne "Veilig in de zon" wordt er gewezen op de voorzorgen die mensen moeten nemen wanneer ze aan de zon blootstaan, en onder de zonnebank gaan.

De resultaten van het controleonderzoek van minister Magnette zijn zorgwekkend. Men gaat in ons land veel te vaak onder de zonnebank, vooral jongeren.

15.04 Xavier Baeselen (MR): De meeste inbreuken worden vastgesteld in de gespecialiseerde centra. Het probleem met het koninklijk besluit van 2000 is de toepassing ervan in de praktijk. Waarschijnlijk moeten de controles verscherpt worden, maar de sancties evenzeer.

15.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik sluit die mogelijkheid niet uit.

15.06 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): De minister moet nog meer aan bewustmaking doen. De onbemande zonnecentra zijn veel moeilijker te controleren. Daar zijn de inbreuken ook veel talrijker. Ik pleit voor de invoering van zware sancties.

Het incident is gesloten.

16 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "transseksualiteit en psychiatrische aandoeningen" (nr. 19665)

16.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Onlangs werd transseksualiteit in Frankrijk geschrapt van de lijst van de geestesziekten. Dat lijkt me een belangrijk signaal.

Staat transseksualiteit in ons land op de lijst van de psychiatrische aandoeningen? Zo ja, is het mogelijk ze van die lijst af te halen? Welke procedure zou in voorkomend geval moeten worden gevolgd? Wat zouden de gevolgen zijn voor de terugbetaling van de medische kosten door het RIZIV?

Het Centrum voor gelijkheid van kansen is klaar met een uitstekende studie over transseksualiteit. Zou het niet nuttig zijn met de auteurs van die studie een werkgroep op te richten

16.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): U heeft gelijk. Enkel de ICD-9-CM-classificatie van de WGO beschouwt transseksualiteit als een geestesstoornis. Ze wordt gebruikt in de Belgische ziekenhuizen. Ik zou bij de WGO willen aandringen op de schrapping van die code.

De psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen, de IBW's en de PVT's gebruiken voor de

registratie van de minimale psychiatrische gegevens enkel de DSM-classificatie, die geen specifieke code bevat voor transseksualiteit.

Aangezien het RIZIV geen gebruik maakt van de lijsten met psychiatrische aandoeningen, zou het schrappen van transseksualiteit geen gevolgen hebben voor de terugbetaling van de medische kosten. Momenteel vergoedt de verplichte ziekteverzekering zowel de kosten van de hormonale behandelingen als de medische kosten voor de geslachtsoperaties. Ik zal ook nagaan hoe een en ander in Frankrijk wordt geregeld.

16.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Het is belangrijk dat we ook op symbolisch vlak vooruitgang boeken. Ik kan u de lectuur van de studie van het Centrum voor gelijkheid van kansen aanbevelen. Daaruit blijkt dat er zich nog steeds problemen voordoen op het vlak van de terugbetaling.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een vervangmiddel voor alcohol" (nr. 19753)

17.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Een team van Britse vorsers heeft een vervangmiddel voor alcohol ontwikkeld dat hetzelfde aangename gevoel geeft zonder dat de gebruiker er dronken van wordt en waarvan de uitwerking makkelijk kan worden geneutraliseerd door het innemen van een pil. Hebt u informatie over dat nieuwe product? Heeft het schadelijke bijwerkingen voor de gezondheid en kan men er verslaafd aan geraken? Hoe zal het worden vermarkt?

17.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het genoemde product is in dit stadium nog niet vermarktbaar. Het staat evenwel zo goed als vast dat het in de toekomst als een geneesmiddel zal worden beschouwd en dus op de lijst van psychotrope stoffen zal terechtkomen. Ook het vermelde antidotum zal als geneesmiddel moeten worden gecategoriseerd. Dat product zal worden getest op kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid. Vandaag kan ik u nog niet zeggen binnen welk wettelijk kader dat product op de markt zal kunnen worden gebracht.

Uiterste voorzichtigheid is geboden, gelet op het verslavend effect van dat nieuw product. Er zal op Europees niveau moet worden overlegd over het wettelijk statuut van dat product om mogelijke illegale handel te voorkomen.

17.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Het was mijn bedoeling om paradoxale situaties zoals met Viagra, dat in Spanje vrij wordt verkocht en elders niet, of zoals met de energiedrankjes, te voorkomen. Er moet dienaangaande een Europese coördinatie tot stand komen.

Het incident is gesloten.

18 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verslag van het Rekenhof omtrent de wetenschappelijke ondersteuning van het federaal gezondheidsbeleid" (nr. 19814)
- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het rapport van het Rekenhof met betrekking tot de wetenschappelijke ondersteuning van het federale gezondheidsbeleid" (nr. 19825)
- mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onsamenhangende gezondheidsbeleid" (nr. 19978)
- de heer Jacques Otlet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verslag van het Rekenhof over gezondheidsbeleid" (nr. 20021)

18.01 Martine De Maght (LDD): Het Rekenhof onderzocht vijf beleidsondersteunende onderzoeksinstanties: het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de FOD Sociale Zekerheid, het Kenniscentrum Gezondheidszorg en het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Er wordt onder andere

geconcludeerd dat er meer en beter onderzoek wordt gedaan dan algemeen wordt aangenomen, maar dat er geen strategie is om de onderzoeken te sturen. De FOD Volksgezondheid kon tot nu toe haar rol als coördinator niet waarmaken. Ook worden de vele richtlijnen onvoldoende toegepast, wat bijvoorbeeld tot overbodige investeringen kan leiden.

Betrokken onderzoeksinstanties fungeren ook als overlegorganen waarin dezelfde personen de belangen van hun eigen groep verdedigen. Volgens het Rekenhof moeten die functies gescheiden zijn.

De minister verklaarde zich al grotendeels akkoord met de conclusies en aanbevelingen van het Rekenhof en zal nu een actieplan opstellen om de werking van de verschillende diensten te optimaliseren. Wanneer zal dit klaar zijn? Hoeveel middelen hebben de vijf beleidsinstanties de voorbije vijf jaar besteed aan ondersteunend wetenschappelijk onderzoek voor het federaal gezondheidsbeleid? Zal men in de toekomst meer rekening houden met de adviezen van de gevraagde onderzoeksprojecten, zodat de studies effectief gebruikt worden en niet in de prullenmand terechtkomen?

18.02 Yolande Avontroodt (Open Vld): De belangstelling voor de wetenschappelijke kennis van het gezondheidsbeleid als ondersteuning is inderdaad te versnipperd en te weinig doelmatig. De kritische opmerkingen van het Rekenhof moeten een start zijn voor een betere werking. Wat vindt de minister van het aangeklaagde gebrek aan langetermijnvisie, aansturing, transparantie en samenwerking tussen de verschillende instellingen?

De toegankelijkheid van de data is een historisch probleem. Zal daaraan op korte termijn iets worden gedaan? Ook stelt men vast dat er onvoldoende aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van het onderzoek. Zal de minister richtlijnen formuleren om daaraan te verhelpen?

18.03 Magda Raemaekers (sp.a): Uit een studie van het Rekenhof over de vijf belangrijkste federale kenniscentra blijkt dat het gezondheidsbeleid niet altijd samenhangend wordt ondersteund door de wetenschap. De wetenschappelijke kennis is te versnipperd over een groot aantal organisaties, die zonder veel coördinatie advies geven. Er werd geen strategie ontwikkeld voor het gebruiken van de opgedane kennis. Het Rekenhof stelt ook vast dat de gegevens die de basis moeten vormen voor degelijk onderzoek, niet altijd tijdig beschikbaar zijn. De reden waarom bepaalde zaken worden onderzocht blijft vaak onduidelijk en vooral als het onderzoek wordt uitbesteed is het beheer van de projecten onvoldoende strikt. Bij gebrek aan overlegforum sluiten de onderzoeken van de vijf kenniscentra onvoldoende op elkaar aan.

Brengt het Rekenhof nieuwe zaken aan het licht? Hoe zal de minister de samenhang tot stand brengen? Is er al overleg geweest tussen de vijf kenniscentra naar aanleiding van deze studie?

18.04 Jacques Otlet (MR): Volgens het Rekenhof is het verwerven van wetenschappelijke kennis met betrekking tot het federaal gezondheidsbeleid versnipperd over te veel instanties, die hun taken zonder al te veel coördinatie vervullen. Welke maatregelen zal u nemen ter versterking van de doeltreffendheid en de coördinatie van die wetenschappelijke ondersteuning, die nodig is om het gezondheidsbeleid te voeren dat ons werd toevertrouwd?

18.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik verwachtte dat het Rekenhof de beleidsmensen relevante en nauwkeurige opmerkingen zou bezorgen. Deze overheidsaudit is een waardevol instrument om de krachten te bundelen in het domein van studie en onderzoek. Sinds mijn aantreden heb ik van de nood aan cohesie een aandachtspunt gemaakt. De transversale integratie van de bevoegdheden moet door alle actoren worden aanvaard, en ik heb me voorgenomen hen van die noodzaak te overtuigen.

Vooruitlopend op de opmerkingen van het Rekenhof heb ik diverse maatregelen genomen waaronder de oprichting, begin 2009, van een dienst bij de administratie Gezondheid van de FOD Volksgezondheid, belast met de coördinatie van de wetenschappelijke activiteiten. Tijdens het voorbije jaar heeft die dienst een inventaris opgemaakt van de projecten die door de FOD werden georganiseerd. Sinds 2008 werden in totaal

ongeveer 320 projecten geïnventariseerd. In 2009 vond er overleg plaats. De coördinatie van de studie- en onderzoeksthema's zal worden versterkt door een thematische procedure tussen de diverse betrokken diensten van de FOD Volksgezondheid en hun tegenhangers bij de wetenschappelijke instellingen. Een en ander zal reeds vruchten afwerpen tijdens het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie voor wat de onderwerpen betreft die onder mijn bevoegdheid vallen.

Dit alles maakt deel uit van een permanente opdracht waarmee wordt beoogd een globale visie te ontwikkelen voor de uitwerking van de programma's voor 2011 en later. Ik beoog niet alleen een zekere synergie in die programma's te brengen; er moet ook worden nagegaan of er bij het projectbeheer te allen tijde een kwaliteitsgerichte methode wordt toegepast. Zodra de uiteengezette methode door de FOD wordt toegepast, zal er meer transparantie zijn.

(Nederlands) Wij zijn sterk betrokken bij de werkzaamheden van verschillende instanties die belast zijn met het onderzoek naar duurzame ontwikkeling en maatschappelijke uitdagingen op lange termijn zoals de vergrijzing, de geestelijke gezondheidszorg, obesitas, kanker, zeldzame en terug opduikende ziektes.

Dat de gegevens zo traag beschikbaar zijn, heeft veel te maken met de bescherming van de privacy. Ik zal de technische cel van de FOD Volksgezondheid vragen om te onderzoeken hoe het sneller kan.

De integriteit en de neutraliteit van wie belast is met de studieprojecten, is van prioritair belang. Het is een illusie te denken dat er experts bestaan die niet op een of ander moment rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken partij waren in hun domein. Hier beoog ik systematisch de grootst mogelijke transparantie.

Ik overhandig de commissie een tabel met de bedragen die toegekend zijn aan de wetenschappelijke ondersteuning van het gezondheidsbeleid.

Een methodologische benadering van de projecten, hun haalbaarheid en de mogelijke implementatie van de resultaten maken deel uit van mijn actieplan.

De projectbeheerders moeten hun conclusies meedelen met betrekking tot de meerwaarde van het project voor het algemeen belang, zodat het beslissingsproces duidelijker wordt.

18.06 Martine De Maght (LDD): Niet alleen de vijf kenniscentra worden gefinancierd, maar ook het wetenschappelijk onderzoek in ziekenhuizen. Dat heeft uiteraard een weerslag op het budget.

18.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het zou nuttig zijn te weten hoe de coördinatiecel binnen de FOD Volksgezondheid zich verhoudt tot de FOD Wetenschapsbeleid. Staan zij met elkaar in contact?

18.08 Magda Raemaekers (sp.a): De resultaten van het Rekenhof zijn pijnlijk, maar de minister zal er alles aan doen om de samenwerking in de toekomst te verbeteren. Er is nog veel werk aan de winkel.

18.09 Jacques Otlet (MR): De intentie van de minister om het dossier in handen te nemen verheugt me.

Zou men niet kunnen overwegen om een onafhankelijke wetenschappelijke autoriteit op te richten in plaats van de coördinatiecel die de minister binnen de FOD wil opzetten?

18.10 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik heb niet enkel mijn intenties meegedeeld: de dienst binnen de FOD werd begin 2009 opgericht, en wij doen er alles aan om een en ander in 2011 te kunnen afronden. Sinds 2009 loopt er een proces van overleg met de wetenschappelijke instellingen, dat dit jaar nog zal worden versterkt door de invoering van een thematische procedure. Zowel bij de FOD Volksgezondheid als bij de wetenschappelijke instellingen wordt er naar meer samenhang gestreefd. Ik stel voor dat de verantwoordelijke van de betrokken dienst de werkzaamheden dienaangaande in de commissie zou komen toelichten.

18.11 Yolande Avontroodt (Open Vld): Dat is een goed voorstel, maar ik pleit ervoor dat Wetenschapsbeleid daarbij wordt betrokken.

18.12 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er moet dus een zekere samenhang worden bewerkstelligd

tussen de studies van het KCE en het RIZIV enerzijds en de financiële middelen van de ziekenhuizen anderzijds.

18.13 Yolande Avontroodt (Open Vld) (*Frans*): Een en ander valt dus onder de bevoegdheid van mevrouw Laruelle.

18.14 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Onze administraties kunnen niettemin overleg plegen.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de onveiligheid in ziekenhuizen" (nr. 19854)

19.01 Xavier Baeselen (MR): Hebt u geüpdatet cijfermateriaal met betrekking tot het aantal bewakingsagenten in ziekenhuizen?

Wordt de integrale en geïntegreerde benadering in samenwerking met het ministerie van Binnenlandse Zaken voortgezet en bijgestuurd?

Welke provincies hebben initiatieven genomen om een provinciaal netwerk op te zetten?

U kondigde cijfers aan over het aantal fulltime equivalenten dat door de federale overheid wordt ingezet voor bewaking in het kader van het grotere project Veiligheid in ziekenhuizen? Hoe ver staat het daarmee?

Wat staat er in de omzendbrief betreffende de stewards in ziekenhuizen? Is die omzendbrief inderdaad aan de bestemmingen overgezonden?

U kondigde een rondetafel aan begin december. Tot welke conclusies is men gekomen?

19.02 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): De samenwerking tussen Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken spitst zich in hoofdzaak toe op de verwezenlijking van een nieuwe uitgave van het handboek Geïntegreerde criminaliteitspreventie in ziekenhuizen. Het nieuwe handboek is af en zal aan de ziekenhuizen worden bezorgd.

De rondetafel waarnaar u verwijst staat eigenlijk niet los van de vergaderingen van de werkgroep "criminaliteit in ziekenhuizen" die om de drie maanden worden belegd door Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken. Op de jongste vergadering begin december werd het handboek 2008 geëvalueerd en werd de nieuwe uitgave voorbereid.

Er werd beslist een nieuwe vergadering te wijden aan de controle op de toegang tot de ziekenhuizen en de problemen met de stewards.

Met betrekking tot de provinciale initiatieven valt er niets nieuws te melden.

Er werden de ziekenhuizen 503 voltijds equivalente (VTE) betrekkingen voorgesteld. In 2009 namen 119 ziekenhuizen 385,47 VTE-bewakingsagenten in dienst. In 2010 liep dat aantal op tot 422,47 VTE. Een aantal ziekenhuizen beschikt al over een interne bewakingsdienst of besteedt de veiligheid uit aan bewakingsfirma's. De ziekenhuizen die al beschikken over evenveel veiligheidsagenten als voorgesteld door de maatregel mogen deze mensen voor andere taken inzetten.

Er werd de leden van het federaal netwerk veiligheid en criminaliteitspreventie in de ziekenhuizen in november 2009 een informatieve brief gestuurd over de omzendbrief.

19.03 Xavier Baeselen (MR): Dit is een prioriteit. Ik stel tot mijn tevredenheid vast dat er stilaan werk wordt gemaakt van de betrekkingen voor stewards en bewakingsagenten.

Het incident is gesloten.

20 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het toepassen van homeopathische therapieën" (nr. 19857)

20.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): De Académie royale de médecine de Belgique is ervan overtuigd dat het vooropstellen van homeopathie niet zonder gevaren is. Homeopathie kan een functie hebben bij het welzijn en welbehagen, maar kan niet als geneesmiddel worden gezien in de strikte betekenis van het woord.

Vindt de minister ook dat homeopathische geneesmiddelen beschouwd dienen te worden als comfortmiddelen en bijgevolg niet vallen onder de terugbetaling voor medische verzorging?

20.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Het debat over homeopathie moet op een diepgaande manier worden gevoerd. Men kan niet op basis van bepaalde gegevens die uit hun context worden gelicht, discussiëren en beslissen.

Homeopathische preparaten zijn wel degelijk geneesmiddelen, in tegenstelling tot comfortmiddelen. Ze beantwoorden aan de definitie van geneesmiddel. Voor elke beslissing betreffende een eventuele terugbetaling moet de reële therapeutische waarde van het geneesmiddel of de therapie in kwestie worden uitgetest.

De resultaten van de studie over de niet-conventionele geneesmiddelen die ik gevraagd heb aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, worden verwacht voor de zomer.

20.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het gaat over niet-conventionele geneeswijzen, niet enkel over geneesmiddelen. De minister heeft niet gezegd of ze het eens is met de academie.

20.04 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Inderdaad!

Het incident is gesloten.

21 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de stamceldonoren" (nr. 19858)

21.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Dankzij de campagne Beldonor behoort België tot de top wat orgaandonatie betreft. Jammer genoeg geldt dat niet voor stamceldonatie. De kans dat compatibele stamcellen worden gevonden, bedraagt 1 op 50.000. Om voldoende aanbod te kunnen garanderen, moeten dus zo veel mogelijk Belgen zich registreren als stamceldonor.

Zal de minister op zoek gaan naar stamceldonoren, hetzij via Beldonor, hetzij via een nieuwe voorlichtingscampagne?

21.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Het Belgische register van stamceldonoren heeft van het RIZIV een bijkomende financiering van 560.000 euro per jaar gekregen voor vijf jaar om in die periode tienduizend nieuwe donoren te rekruteren. Daar komt per donor ook 25 euro bij als tegemoetkoming voor de administratieve kosten.

De instellingen die deelnemen aan het register voor beenmergdonoren, hebben al initiatieven genomen om de bevolking te sensibiliseren om zich te registreren als kandidaat-donor van stamcellen. Er zijn al verschillende afspraken met kandidaten voor de bloedafname die nodig is voor de celypering.

We moeten eerst deze acties evalueren en onderzoeken of het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een rol kan spelen bij de sensibilisatiecampagnes, waarbij inderdaad het model van de Beldonoractie voor orgaandonatie zou kunnen worden gebruikt.

21.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het knelpunt is dat weinig mensen weten wat het is om stamceldonor te zijn. Daarom kan een voorlichtingscampagne nuttig zijn.

Het incident is gesloten.

22 Samengevoegde vragen van

- de heer **Daniel Bacquellaine** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het plan om de nomenclatuur voor het borstonderzoek te wijzigen" (nr. 19891)
- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de borstkankerscreeningstests" (nr. 19908)

22.01 Daniel Bacquellaine (MR): Naar verluidt wordt er overwogen de tegemoetkoming voor het klassieke borstonderzoek voor de vrouwen tussen 50 en 69 jaar die geen symptomen hebben, te wijzigen.

Sommige artsen hebben daartegen gereageerd, omdat ze denken dat men de tegemoetkoming voor het uitgebreide borstonderzoek wil afschaffen ten gunste van de mammografie, die echter niet voldoende precieze resultaten oplevert voor borsten met een hoge weefseldensiteit.

Bovendien zou de afschaffing van de tegemoetkoming voor het klassieke borstonderzoek volgens sommigen tot gevolg hebben dat de erkende screeningscentra overstelpt zullen worden en de vraag niet zullen aankunnen.

De werkgroep "be.seno", waarin borstkankerspecialisten, radiologen, oncologen en gynaecologen verenigd zijn, hebben het tegenvoorstel gedaan om de vrouwen in drie groepen in te delen. De vrouwen met borsten met een hoge densiteit zouden een klassieke mammografie ondergaan, de vrouwen met borsten met een lage densiteit een mammografie en een echografie, en de vrouwen met een verhoogde kans een volledig screening.

Kan u bevestigen dat er plannen bestaan om de nomenclatuur te wijzigen? Welke stappen moeten er nog doorlopen worden, alvorens er een definitieve beslissing wordt genomen? Volgens welk tijdpad moet een en ander verlopen? Welke maatregelen zal u nemen om wat als een controversie kan worden bestempeld, aan te pakken? Welke rol kan het tegenvoorstel van de werkgroep be.seno bij de besluitvorming spelen?

22.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Er is een zekere ongerustheid ontstaan naar aanleiding van de mogelijke schrapping van de terugbetaling van de senologische balans. Vooral bij vrouwen met een hoge borstweefseldensiteit kan borstkanker niet worden gescreend aan de hand van een screeningmammografie. De artsen die ik ontmoette, zijn voorstander van de mammografie, maar wensen ook dat een – terugbetaalde – echografie mogelijk blijft voor dat type borsten.

Daarnaast rijzen er ook vragen bij de verschillen op het vlak van de terugbetaling en de kosten. De screeningmammografie kost 58 euro en is gratis voor de patiënte, terwijl de senologische balans 113 euro kost, waarvan slechts 20 euro wordt terugbetaald.

Hoe kunnen meer vrouwen ertoe worden aangezet een screeningmammografie te ondergaan? Deze kent immers maar weinig succes, vooral in Brussel en in Wallonië. Hoe ziet u een betere financiële vergoeding voor een globale en gediversifieerde benadering van dit probleem?

22.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Deze aangelegenheid is in behandeling bij het RIZIV, maar het is niet waar dat ik van plan ben dit voorstel a priori te aanvaarden. Het is ingewikkelder dan dat.

In de eerste plaats is het belangrijk om de borstkankerdiagnoses efficiënter te maken. Momenteel onderzoekt het RIZIV of de nomenclatuur voor mammografie kan worden gewijzigd. Het is onder andere de bedoeling om de screening gratis te maken voor vrouwen met een verhoogd risico, zoals is aangekondigd in het Kankerplan.

In het voorstel wordt er rekening gehouden met de volgende overwegingen: ten eerste, te veel diagnostische

mammografieën of senologische check-ups worden uitgevoerd op vrouwen die geen verhoogd risico vertonen. Deze praktijken kunnen leiden tot te veel onnodige invasieve en zelfs gevaarlijke onderzoeken. De diagnostische mammografie is bedoeld voor vrouwen die symptomen vertonen en voor wie een volledige check-up is vereist.

Alle vrouwen hebben er belang bij dat ze een goed borstkankeronderzoek kunnen ondergaan, met zo weinig mogelijke onjuiste resultaten en een minimale blootstelling aan straling.

Volgens het RIZIV strekken de in studie zijnde voorstellen er niet toe de terugbetaling van een mammografie met echografie voor vrouwen voor wie dat gecombineerd onderzoek aangewezen is, te weigeren.

Bij de vaststelling van een honorarium voor een verstrekking, wordt in functie van het beschikbaar budget rekening gehouden met de duur van het onderzoek, de moeilijkheidsgraad ervan, het risico voor de patiënten en de kosten van het gebruikte materiaal.

Een voorstel ter verbetering van de doeltreffendheid van de opsporing van borstkanker kon nog niet worden afgerond. De besprekingen worden voortgezet teneinde in mei een voorstel te kunnen voorleggen. Ik wil de verschillende opties grondig analyseren. Het KCE start binnenkort met een studie over de opsporing en de risicogroepen. De resultaten van die studie zullen ons helpen met betrekking tot eventuele wijzigingen van de nomenclatuur.

22.04 Daniel Bacquelaire (MR): Ik heb nooit gedacht dat u definitief geopteerd had voor de afschaffing van de terugbetaling van de echografie bij borstkankerscreening. Het is van essentieel belang dat er voldoende ruimte blijft voor een individuele screening. Er gaat niets boven een echografie, omdat daar geen röntgenstralen bij vrijkomen. Dit soort screening is het minst toxisch. Dit argument is dus in dit geval van geen tel.

Er is immers een verschil met de eenvoudige mammotest, niet op het stuk van de röntgenstralen, maar op het stuk van de kwaliteit. Een echografie en een klinisch onderzoek leveren aanvullende informatie op. Het voorstel van de radiologen en oncologen moet verder worden onderzocht, omdat het van gezond verstand getuigt.

22.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Ik vraag met aandrang dat men rekening zou houden met de specifieke noden van bepaalde vrouwen, alsook dat men de techniek niet systematisch zou toepassen.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.33 uur.

La discussion des questions est ouverte à 14 h 21 sous la présidence de M. Luc Goutry.

01 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les risques des ondes engendrées par les appareils de communication ASTRID utilisés par les forces de police et les pompiers" (n° 19578)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les risques des ondes engendrées par les radars utilisés par les forces de police" (n° 19579)**

01.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): J'aimerais obtenir des informations sur les fréquences émises par les appareils de communication ASTRID dont sont munis nos policiers et pompiers, par rapport aux normes maximum autorisées. Ces appareils sont souvent rangés à hauteur des organes génitaux des membres de nos forces de sécurité, qui se plaignent de n'avoir aucune information quant à la nocivité éventuelle de ces appareils.

Le département de la Santé a-t-il effectué des analyses sur l'innocuité ou les risques éventuels engendrés

par les ondes et radiations émises par les différents types de radars, pour les policiers mais aussi pour les automobilistes? Si c'est le cas, j'aimerais que vous nous en communiquiez les résultats.

Le ministre Van Quickenborne nous avait parlé des normes canadiennes, beaucoup plus drastiques que les normes belges et européennes.

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): C'est Mme Milquet qui est compétente en matière de sécurité et de santé des travailleurs.

Tous les appareils de télécommunication sont régis par une directive européenne qui oblige le fabricant à démontrer que ses produits répondent aux normes d'exposition internationales.

Selon l'Organisation internationale des experts scientifiques, l'exposition locale d'un torse ne doit pas dépasser 10W/kg pour les travailleurs et 2W/kg pour le grand public. Il n'existe aucune valeur limite spécifique pour les organes génitaux.

Les appareils de télécommunication ASTRID engendrent une exposition inférieure à ces valeurs car, selon la société ASTRID, seuls les appareils de puissances les plus faibles sont utilisés en Belgique. Les radiotéléphones ASTRID ont une puissance de 1 W comparable à celle d'un téléphone mobile, tandis que les antennes ASTRID installées sur le toit de voiture peuvent avoir une puissance un peu plus élevée, à savoir 3 W. Dans ce dernier cas, l'exposition de personnes est faible. La fréquence des ondes électromagnétiques émises est d'environ 400 mHz. Une limite de puissance d'émission de 2 W est imposée aux cinémomètres, radars répressifs ou préventifs.

En pratique, chez nous, les niveaux de puissance des appareils font dire que l'exposition des automobilistes et des policiers due à des radars est faible.

Pour vérifier si l'équipement est conforme aux normes, il convient de prendre contact avec le conseiller en prévention du service interne de Prévention et de Protection.

01.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Votre réponse rassurera les organisations syndicales de police.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement de la consultation orthodontique n° 305594" (n° 19301)

02.01 Josée Lejeune (MR): Dans la nomenclature, le code 305594 correspond à un examen préliminaire d'orthodontie, comprenant la consultation, la prise d'empreintes, les moulages d'étude, l'établissement du diagnostic et du plan de traitement. Cette prestation est prise en charge par l'assurance soins de santé. Cela étant, si le patient souhaite un deuxième avis avant d'entamer un tel traitement, la prestation 305594 n'est plus remboursée. Ne pensez-vous pas que, dans des cas graves d'orthodontie, un deuxième avis pourrait être remboursé? Une demande de modifier la nomenclature pourrait-elle être introduite par vos soins à la commission dento-mut?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Le numéro 305594-305605 de la nomenclature des prestations de santé rembourse les prestations qu'un praticien dispense au début d'un traitement d'orthodontie et ne peut donc être attesté que s'il y a une intention d'entamer le traitement. Tout comme l'assurance maladie obligatoire qui n'intervient que pour un seul traitement d'orthodontie, ce code n'est en principe également remboursé qu'une seule fois. L'article 6, § 10 prévoit toutefois la possibilité de répéter la prestation à condition que le traitement n'ait pas encore été entamé et que deux ans se soient écoulés depuis la première prestation.

Afin d'obtenir un second avis, la nomenclature prévoit l'attestation de code 305830-305841, avis d'orthodontie avec rapport; de plus, il y a également la consultation d'orthodontie.

Dès lors, la nomenclature ne présente pas de lacune sur ce point.

02.03 Josée Lejeune (MR): En l'espèce, il est dommage de voir que, dans un cas lourd, le remboursement d'une deuxième consultation ne sera pas possible, puisque le traitement est commencé.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Il y a beaucoup à faire en matière de soins dentaires. Il faudra réinvestir dans les années à venir dans ce domaine, mais je vous ai donné une réponse en fonction de la réglementation actuelle.

L'incident est clos.

Le **président**: À sa demande, la question n° 19322 de Mme Van Broeckhoven est retirée.

03 Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le financement de projets pilotes visant à améliorer le diagnostic de la démence" (n° 19318)

03.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Lors de la discussion de sa note de politique, la ministre a fait part de sa volonté de financer une dizaine de projets pilotes dans les cliniques de la mémoire du pays pour standardiser et améliorer le diagnostic de la démence.

En améliorant la procédure en matière de diagnostic, on augmente aussi les chances de poser un diagnostic clinique exact. Il s'agit d'un point important, parce qu'il existe différentes formes de démence, qui exigent chacune une approche clinique et thérapeutique différente.

Est-il exact que dix cliniques de la mémoire vont bénéficier d'un appui financier? La ministre étendra-t-elle le projet pilote à toutes les cliniques belges de la mémoire? Celui-ci peut-il constituer une base pour la reconnaissance de centres d'expertise en matière de diagnostic et de trajet de soins de la démence, les patients étant renvoyés vers des centres de soins spécialisés bénéficiant d'un financement structuré?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Je souhaite d'abord féliciter Mme Van Broeckhoven pour l'organisation de la conférence sur la démence.

(En français) J'étais ravie de me rendre au Parlement flamand. J'espère que les conclusions permettront de faire les propositions appropriées.

(En néerlandais) Mi-janvier nous avons lancé un appel aux cliniques de la mémoire pour qu'elles se portent candidates. Le budget de 1 million d'euros permet de financer onze projets.

Les cliniques de la mémoire doivent dresser le bilan des capacités cognitives résiduelles et élaborer un traitement adapté au patient qui doit dans toute la mesure du possible pouvoir rester chez lui. Les cliniques de la mémoire doivent également s'assurer du soutien des intervenants de proximité et de la concertation avec les dispensateurs de soins de première ligne.

Une autre initiative du programme 'maladies chroniques' a pour but de permettre l'établissement d'un diagnostic spécialisé aisément accessible à l'extérieur de l'hôpital de jour gériatrique. Dans cette perspective, un projet inhérent au remboursement du bilan neuropsychologique est actuellement à l'étude à l'INAMI.

Le diagnostic spécialisé de démence repose sur différents examens mais un bilan standardisé obligatoire pourrait entraîner des examens superflus et indésirables pour certains patients et serait contraire au principe de la liberté de choix thérapeutique.

Les projets en cours en matière de trajets de soins se limitent actuellement à deux pathologies, à savoir le diabète et l'insuffisance rénale chronique. Après évaluation, l'expérience sera éventuellement étendue à

d'autres pathologies.

03.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Comme les cliniques de la mémoire appliquent aujourd'hui des procédures très différentes pour poser leur diagnostic, le but précis des projets pilotes n'est pas tout à fait clair. Je répète une fois de plus que, étant donné les nombreuses formes de démence, le diagnostic standardisé est effectivement très important.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Outre le diagnostic, il s'agit de rassembler en un régime multidisciplinaire toutes les connaissances au service de la personne, afin d'assurer un suivi à son domicile.

03.05 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Je sais d'expérience que le diagnostic de démence n'est toujours pas standardisé. Il en résulte souvent des diagnostics erronés. Cette réponse me laisse donc quelque peu sur ma faim.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la suppression du lien entre la vaccination RRO et le risque d'autisme" (n° 19319)

04.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): La vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) est une compétence régionale. Je sais dès lors que la ministre ne peut donc répondre à ma question mais je souhaiterais avoir avec elle un échange de vues à propos de l'absence de lien entre la vaccination RRO et le risque d'autisme.

En 1998, un article établissant un lien entre la vaccination RRO et l'autisme avait été publié dans le magazine *The Lancet*. Un article dénonçant ce lien scientifique a récemment été publié dans le même magazine. Il était question, semble-t-il, d'un conflit d'intérêts. Le chercheur principal aurait procédé à un recrutement très sélectif des patients pour les besoins de l'étude, que le comité d'éthique compétent n'avait pas approuvée. De nouvelles études réalisées en Finlande et au Danemark montrent qu'il n'y a aucun lien entre la vaccination et l'autisme.

En raison du lien établi entre la vaccination et l'autisme, de nombreux parents ont refusé de faire vacciner leur enfant avec, pour conséquence, une augmentation du nombre de cas de rougeole en Grande-Bretagne.

Je souhaiterais connaître le point de vue de la ministre sur les conflits d'intérêts entre les scientifiques qui entraînent des conséquences pour la santé publique.

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): La prévention et le contrôles des maladies ainsi que l'organisation de campagnes de vaccination relèvent de la compétence des Communautés.

Le retrait de l'article de 1998 par la revue *The Lancet* prouve l'importance accordée par le monde scientifique à l'indépendance des conclusions et des avis rendus. Des procédures existent pour éviter les conflits d'intérêts. Les responsables n'hésitent pas à révéler les cas dans lesquels des scientifiques passent tout de même à travers les mailles du filet.

Nos institutions scientifiques prennent également des mesures en vue d'éviter tout conflit d'intérêts. De plus, les chercheurs doivent signer un formulaire dans lequel ils déclarent mener leurs recherches en toute indépendance. En cas d'incident, nos institutions n'hésiteront pas, à leur tour, à examiner et à dénoncer ces pratiques.

04.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): J'estimais que ce point devait pouvoir être examiné en commission.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le risque élevé de cancer chez les

personnes âgées" (n° 19320)

05.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Il ressort des chiffres du Registre du cancer que le risque de contracter cette maladie augmente avec l'âge. Grâce au dépistage préventif, il est possible de détecter et de traiter le cancer bien à temps.

Les dépistages préventifs du cancer tiennent-ils suffisamment compte du nombre important de cancers chez les personnes âgées? Quelles sont les directives en vigueur? Investit-on suffisamment dans le développement de traitements de chimiothérapie et de radiothérapie adaptés à l'état de santé affaibli des patients âgés? Cherche-t-on à développer des méthodes de traitement de substitution?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Le vieillissement de la population entraînera une augmentation des besoins en matière de soins en oncologie adaptés à ce groupe de personnes. Les chances de survie des patients âgés sont moindres que celles des adultes plus jeunes.

La création d'un encadrement efficace et multidisciplinaire pour le traitement des patients cancéreux âgés est prioritaire. Dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer, un appel d'offres a été lancé en 2008 pour l'oncologie gériatrique. Quinze projets ont été sélectionnés, qui sont financés pour une période de deux ans depuis le 1^{er} janvier 2009. La plupart de ces projets sont axés sur les instruments destinés à l'évaluation des patients cancéreux gériatriques. Il s'agit, entre autres, de contribuer à développer des directives pour l'oncologie gériatrique.

Les programmes de prévention et de dépistage ressortissent à la compétence des Communautés.

L'information de la population sur les symptômes du cancer est un instrument de prévention important car aujourd'hui, la maladie est souvent diagnostiquée tardivement. L'information est d'autant plus importante chez les personnes âgées, chez qui la maladie se déclare parfois par des symptômes différents. L'information de la population et de certains groupes cibles sera assurément examinée lors des discussions actuelles menées par le Centre du cancer pour préparer le Plan national de lutte contre le cancer 2011-2015.

05.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): À partir de 2011, plusieurs directives seront rédigées en ce qui concerne le traitement, le diagnostic et la prévention du cancer chez les personnes âgées. J'attends avec impatience le Plan national de lutte contre le cancer 2011-2015.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nouveau statut de malades chroniques" (n° 19321)

06.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): La ministre a annoncé au mois de janvier qu'un statut particulier était en préparation pour les malades chroniques en vue d'aider les personnes atteintes d'une maladie chronique grave à faire face aux coûts des soins de santé y afférents. Il s'agirait de patients souffrant d'une maladie rare ou orpheline ainsi que de personnes atteintes d'une maladie chronique incurable et dégénérative. Les critères seront élaborés par le Collège des médecin-directeurs de l'INAMI.

La ministre a-t-elle déjà reçu la proposition de nouveau statut? De quels avantages bénéficieraient les malades chroniques? Les patients atteints de démence seraient-ils concernés par ce nouveau statut? Selon quels critères les personnes démentes seront-elles identifiées dans le cadre de l'application de ce nouveau statut? Quels coûts seront pris en considération pour les patients atteints de démence?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): J'ai reçu une proposition de l'Inami relative au statut, mais ne portant pas encore sur ses conséquences. Cela figurera dans le programme visant prioritairement les malades chroniques. Je pense aussi à l'accès pour les MAF malades chroniques, à l'application du tiers-payant ou encore au remboursement de médicaments qui, en principe, ne sont pas remboursés, etc.

La cellule stratégique est en train d'examiner toutes les propositions. Il me semble nécessaire, pour certaines

pathologies comme les maladies orphelines ou incurables et dégénératives, que la procédure soit automatique. Nous devons encore négocier cela avec les mutuelles et les différents acteurs.

06.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Je suivrai attentivement le dossier. Je n'ai pas obtenu de réponse à la question sur les patients atteints de démence.

L'incident est clos.

06.04 Christine Van Broeckhoven (sp.a): J'ai informé la ministre et le secrétariat que je transformerais ma question relative aux personnes âgées vivant sous le seuil de pauvreté en question écrite.

Le **président**: La question n° 19322 de Mme Van Broeckhoven est donc transformée en question écrite.

07 Questions jointes de

- **Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les cliniques du sein en Belgique et la norme minimale européenne" (n° 19477)**

- **Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le cancer du sein chez les hommes" (n° 19508)**

07.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): La résolution 2002/2279 du Parlement européen stipule que les cliniques du sein doivent traiter, trois ans après leur ouverture, un minimum de 150 nouvelles patientes par an. Cette réglementation, qui menace 21 cliniques du sein en Belgique, est d'autant plus regrettable qu'elle hypothèque un réseau aujourd'hui dense et accessible. D'après mes informations, il y aurait 26 cliniques du sein en Flandre, 8 à Bruxelles et 12 en Wallonie, ce que ne me semble pas excessif. Ajoutons que de nombreuses femmes âgées de plus de 69 ans développent encore un cancer du sein, dont des femmes démentes.

La résolution du 15 juin 2005 relative à la mise en œuvre et à la normalisation des cliniques du sein invite à tenir compte de la situation existant en Belgique. Les résolutions du Parlement européen sont généralement considérées comme une *soft law*. La ministre est-elle, par conséquent, disposée à déroger à la recommandation européenne relative aux 150 nouvelles patientes par an et par clinique du sein? La ministre envisage-t-elle de se concerter avec les Communautés et avec les gynécologues, oncologues et autres prestataires de soins?

07.02 Maya Detiège (sp.a): Le nombre de décès dus au cancer du sein chez les hommes est supérieur, à raison de 8 %, dans les hôpitaux où les opérations sont peu nombreuses alors qu'il est inférieur, à raison de 3,8 %, dans les grands hôpitaux où beaucoup de cancers du sein sont traités. Pour les femmes, dans les hôpitaux où les cas traités sont nombreux, on opte plutôt pour des traitements conservateurs alors que dans les petits hôpitaux, on pratiquera plutôt l'amputation. Ces chiffres montrent que les conditions de reconnaissance des cliniques du sein, telles qu'elles sont formulées dans l'arrêté royal du 27 avril 2006, sont une nécessité absolue. Il est inadmissible que la moitié des médecins n'effectuent qu'une à cinq opérations du sein par an alors qu'ils devraient en réaliser cinquante pour satisfaire aux conditions. C'est pourquoi la reconnaissance de la sénologie en tant que spécialité médicale est nécessaire.

On compte environ 100 cas de cancers du sein par an chez les hommes en Belgique et 3 000 en Europe. Toutes les campagnes existantes s'adressent aux femmes. De ce fait, les hommes ne reconnaissent pas les symptômes et les interventions qu'ils doivent subir sont souvent très radicales. C'est pourquoi je demande qu'une plus grande attention soit accordée, dans les campagnes, au cancer du sein chez les hommes. Le traitement médical, mais aussi l'accompagnement psychique, doivent être améliorés. Il serait utile de désigner quelques cliniques du sein qui traitent les hommes en particulier.

Quelles cliniques du sein satisfont aux conditions et sont reconnues par la ministre? Comment la population sera-t-elle informée?

Le **président**: Ces questions sont paradoxales.

07.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): L'avenir de ces cliniques suscite un vif émoi. Des

résolutions européennes ont retenu, dès 2002, la norme de 150 opérations par an pour un centre de prise en charge du cancer.

(En néerlandais) Les normes auxquelles le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doit satisfaire sont fixées dans l'arrêté royal d'avril 2007. Elles ont été élaborées conformément à l'avis du Collège d'oncologie sur la base de directives européennes. Les directives concernent un niveau d'activité minimal, l'organisation d'une concertation multidisciplinaire, l'expertise et l'encadrement médical, paramédical et psychologique minimum, l'infrastructure minimale et les normes de fonctionnement.

Le niveau d'activité minimum a été fixé à 150 nouveaux diagnostics de cancer du sein par an. Les directives recommandent 30 à 40 cliniques du sein pour 10 millions d'habitants. Le rapport du centre d'expertise de juillet 2009 confirme ces normes quantitatives.

(En français) Après une période transitoire, le 1^{er} janvier 2010, nous sommes arrivés à un seuil d'activité minimale de 150 nouveaux diagnostics par an. Une exception y est prévue pour l'accessibilité géographique.

Pour le moment, 46 cliniques du sein sont agréées par les Régions et les Communautés. Fin mars, le Conseil spécialisé en la matière me communiquera les chiffres et l'évaluation. À partir de ce moment-là, nous pourrons dire quelles sont les cliniques qui peuvent connaître des problèmes de survie.

Pour le moment, je n'envisage pas de revoir les normes car elles sont basées sur une qualité et une expertise qui doivent être à la hauteur du défi. Mais je ne voudrais pas que l'arrêté entraîne des effets pervers. Le Sénat m'a suggéré plusieurs pistes d'aménagement. Je verrai bien ce qui est possible.

Aucune piste n'est rejetée, mais un minimum d'activité sera nécessaire.

(En néerlandais): Si cela semble opportun après analyse, il faudra évidemment réfléchir avec les prestataires de soins, les Régions et les Communautés.

La liste des hôpitaux offrant un programme de soins spécialisés agréés peut être consultée sur le site web du SPF Santé publique.

Le cancer du sein chez les hommes est une pathologie rare. Dans le cadre du plan contre le cancer, le collège d'oncologie a rendu un avis sur l'accueil des patients souffrant de tumeurs rares. Le SPF Santé publique continuera à travailler sur la question avec les différents partenaires.

(En français) Il faudra peut-être revenir fin avril pour obtenir davantage de détails.

07.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Je souscris aux normes de qualité mais je ne puis accepter que six cliniques, qui travaillent pourtant sur le mode pluridisciplinaire, devront fermer, simplement parce que la norme est de 40 cliniques du sein pour 10 millions d'habitants. Ne perdons pas de vue que le nombre de traitements augmentera en raison de l'évolution démographique. L'expertise d'une clinique qui produit de bons résultats selon la méthode prescrite ne peut être condamnée. Je reviendrai sur la question en avril.

07.05 Maya Detiège (sp.a): Si nous appliquons la condition de 150 nouveaux patients par an, 21 cliniques seront menacées en Belgique. C'est pourquoi je me félicite d'entendre la ministre affirmer que la qualité prime. Celle-ci dépend toutefois aussi en partie du nombre de nouveaux patients et d'opérations.

Je déplore que la ministre ne prenne pas en considération ma suggestion de prendre des mesures en faveur des hommes atteints du cancer du sein. La confection d'une brochure ne représente pas grand-chose. Je demande également une attention accrue pour les psychiques et physiques aux patients dans les cliniques du cancer du sein.

L'incident est clos.

08 Questions jointes de

- **Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé**

publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'enquête relative à l'abattage sans anesthésie d'animaux" (n° 19491)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'abattage rituel sans anesthésie" (n° 19511)

- Mme Hilde Vautmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'abattage rituel sans anesthésie" (n° 19637)

08.01 Magda Raemaekers (sp.a): La ministre a indiqué précédemment qu'il est prioritaire, à son estime, de mettre un terme à l'abattage d'animaux sans anesthésie. Des contrôles ont-ils déjà été réalisés à cet égard? Quelles infractions ont été constatées? Qu'en est-il de l'avis que la ministre a demandé au Conseil du bien-être des animaux? S'il n'y a pas de consensus avec la ministre Laruelle, la ministre prendra-t-elle elle-même une initiative?

Présidente: Yolande Avontroodt.

08.02 Koen Bultinck (VB): Le Conseil du bien-être des animaux a-t-il formulé un avis sur cette question? Quelles initiatives la ministre a-t-elle déjà prises entre-temps?

Voorzitter: Luc Goutry

08.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): À la réunion d'évaluation du 21 janvier, l'AFSCA a présenté les résultats de ses contrôles dans les abattoirs entre janvier et novembre 2009. Au cours de cette période, l'Agence a procédé à 1 415 contrôles dans les abattoirs de bovins, ovins et caprins. Une appréciation défavorable a été émise dans 30 cas, indépendamment du mode d'abattage, rituel ou conventionnel. En ce qui concerne l'abattage, la souffrance des animaux est, autant que possible, évitée et les installations sont prévues à cet effet. L'effectif du personnel compétent est suffisant. Les résultats montrent que relativement peu d'infractions sont constatées dans les abattoirs. L'abattage d'animaux sans étourdissement préalable va de pair, cela va de soi, avec une certaine souffrance inévitable, même lorsqu'il se déroule conformément à la législation.

Je demanderai à ma collègue Laruelle que l'AFSCA continue à surveiller de près les abattages sans étourdissement.

(*En français*) Le conseil du bien-être animal est chargé d'étudier la question de l'abattage rituel. Nous discutons avec les représentants des communautés musulmane et juive, toutes deux concernées par le problème. Une concertation a eu lieu le 25 janvier dernier. J'attends l'avis du groupe de travail.

Il existe une volonté de concertation au niveau européen, via un projet de la Commission européenne. Les conclusions finales de ces études seront présentées les 15 et 16 mars à Istanbul. Entre-temps, je demanderai à mes services d'évaluer les possibilités d'organiser différentes concertations.

08.04 Magda Raemaekers (sp.a): Je me réjouis que la ministre mène une concertation avec les autres religions de sorte que les mesures puissent être exécutées sans remous. Il est grand temps d'interdire légalement l'abattage sans anesthésie.

08.05 Koen Bultinck (VB): Le Conseil du bien-être des animaux n'a toujours pas rendu son avis. Quand disposerons-nous de cet avis?

08.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Ce mois-ci encore.

08.07 Koen Bultinck (VB): Il ne s'agit pas uniquement d'un problème relatif aux pratiques d'abattage rituel sans anesthésie dans les abattoirs mais aussi à l'extérieur. Les contrôles devraient être renforcés. Plusieurs propositions de loi sont prêtes à la Chambre pour régler la problématique. S'il s'avère que l'avis se fait trop attendre, nous devons entamer la discussion.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de

la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le bon fonctionnement des monitorings dans les hôpitaux" (n° 19494)

09.01 Colette Burgeon (PS): Le mardi 9 février, Louise, âgée de dix mois, a perdu la vie à l'hôpital de Jolimont de La Louvière, alors que le monitoring auquel elle était reliée indiquait des paramètres vitaux. Le CHU Jolimont-Lobbes veut faire preuve de transparence et a décidé d'avoir recours au parquet de Mons.

Des normes spécifiques sont-elles définies en matière de monitoring? Une liste d'appareils agréés existe-t-elle? Est-elle régulièrement mise à jour? Existe-t-il un organisme chargé de vérifier ce type d'appareil? Si non, comment le personnel peut-il être certain que l'appareil fonctionne correctement?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Les moniteurs de surveillance doivent être conformes aux normes d'application, établies au niveau international. Il n'existe pas de liste des dispositifs médicaux mis sur le marché ni d'agrément spécifique de ce type d'appareillage par la Santé publique. Pour pouvoir être mis sur le marché, un moniteur doit avoir été évalué par un organisme notifié dans le cadre de l'application de la directive européenne.

Ces appareils sont soumis à un entretien régulier. Le personnel dispose de la notice d'utilisation et les fabricants donnent en général une formation aux utilisateurs. L'hôpital est obligé de donner la formation nécessaire aux membres de son personnel amené à utiliser l'appareillage.

Concernant la petite Louise, il n'y a aucune certitude d'un éventuel dysfonctionnement du monitoring auquel était reliée l'enfant. Pour apporter toute la clarté, l'hôpital a fait appel au parquet et l'appareil a été saisi pour une enquête approfondie.

09.03 Colette Burgeon (PS): Tous ces appareils sont vérifiés de façon très pointue et malgré cela, il y a encore des accidents. Il faut les déplorer. J'ai parlé de deux accidents, mais ce ne sont peut-être pas les seuls.

L'incident est clos.

10 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les abus par lesquels de nombreux patients néphrétiques étrangers seraient admis dans nos hôpitaux pour un traitement en urgence" (n° 19512)

10.01 Koen Bultinck (VB): De plus en plus de patients néphrétiques étrangers se font soigner dans des hôpitaux belges. Selon les dires du service médical de l'Office des Étrangers et du service des urgences de l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles, introduire une demande d'asile et faire ensuite supporter, pendant toute la durée de la procédure, qui prend plusieurs mois, le coût élevé d'une dialyse par Fedasil est un jeu d'enfant. Or je pense que l'une ou l'autre "campagne publicitaire" est probablement responsable de l'augmentation exponentielle du nombre de demandeurs d'asile souffrant d'insuffisance rénale. La ministre dispose-t-elle d'indications concrètes à cet égard?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Les derniers résumés cliniques minimums, ceux de 2007, ont été examinés. Ils contenaient deux variables qui permettent d'identifier les patients étrangers, de connaître leur domicile et leur nationalité, ainsi que les diagnostics des patients qui séjournent dans nos hôpitaux. À peu près 3,5 millions de séjours hospitaliers ont été enregistrés. 1,09 % de ces séjours, soit 38 517 séjours hospitaliers, ont été enregistrés au nom de patients non-Belges habitant à l'étranger. D'autre part, 40 791 séjours hospitaliers concernent des patients hospitalisés par les services des urgences pour des problèmes néphrétiques. 292 patients appartenant à cette catégorie, soit 0,72 %, sont des patients non-Belges habitant à l'étranger. Ce pourcentage n'est donc pas supérieur à celui relatif à toutes les pathologies considérées collectivement. Le soi-disant phénomène évoqué par l'auteur de la question ne semble dès lors pas revêtir une réelle importance.

10.03 Koen Bultinck (VB): En citant tous ces chiffres, la ministre s'évertue à minimiser l'ampleur de ce phénomène. Je m'y attendais mais à la radio, j'ai entendu un autre son de cloche, l'analyse de l'expert médical de l'Office des Étrangers, qui a alerté l'opinion publique au sujet de ce problème. Son analyse ne

serait-elle pas fiable?

L'incident est clos.

11 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement de l'EpiPen" (n° 19559)

11.01 Daniel Bacquelaine (MR): Certaines réactions allergiques sont extrêmement graves et nécessitent d'avoir toujours sur soi de l'adrénaline auto-injectable, commercialisée sous le nom d'EpiPen. Ce traitement n'est pas remboursé et coûte 53 euros. Il doit souvent être remplacé car le délai de validité est court.

Ne peut-on modifier cette anomalie de notre système de remboursement?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): La firme qui commercialise le produit doit introduire une demande auprès du secrétariat de la commission de remboursement des médicaments. À ce jour, le secrétariat de la CRM n'a enregistré aucune demande de remboursement de la firme ALK-Abelló. En Belgique, trois spécialités pharmaceutiques sont disponibles pour les traitements en urgence du choc anaphylactique: l'Epipen, l'adrénaline HCl-Sterop et l'adrénaline Denolin (qui est remboursable).

11.03 Daniel Bacquelaine (MR): Les deux derniers produits que vous avez cités ne sont pas auto-injectables. Quand quelqu'un est en choc anaphylactique, c'est évidemment difficile!

11.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Il y a beaucoup de médicaments pour lesquels les firmes ne demandent pas le remboursement. Par ailleurs, le Fonds social peut intervenir pour soutenir le patient.

L'incident est clos.

12 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'effet salulaire de l'acide folique" (n° 19666)

12.01 Rita De Bont (VB): La malformation du tube neural apparaît à la suite d'une erreur dans le développement embryonnaire entre la troisième et la sixième semaine de grossesse. L'incidence est d'un cas pour mille naissances en Europe. La prise d'acide folique avant le début de la grossesse peut réduire le nombre de malformations de ce type.

Le ministre flamand Vandeurzen se concerta avec son collègue de l'Enseignement sur l'insertion d'informations relatives à l'acide folique dans les cours d'éducation sexuelle et mise également sur la sensibilisation par le biais des soins de première ligne. Il s'est également proposé de porter le dossier à l'échelon fédéral. Les compléments alimentaires et l'enrichissement de l'alimentation à l'acide folique relèvent en effet des compétences fédérales. La ministre a-t-elle déjà été contactée par son homologue flamand? Envisage-t-elle d'ajouter l'acide folique à la liste des substances nutritives? Quelles études ont déjà été réalisées ou sont encore prévues en la matière?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Le gouvernement fédéral n'a pas reçu de demande en la matière du ministre flamand Vandeurzen.

Le professeur Geert Vansant suit les débats scientifiques en sa qualité de membre du groupe de travail ESCO. Les conclusions provisoires de ce groupe de travail ne plaident pas en faveur de l'enrichissement obligatoire des substances alimentaires à l'acide folique, en raison des incertitudes et des effets secondaires indésirables. La prise d'acide folique peut être trop importante, par exemple, et ses conséquences sont encore l'objet de discussions. Il convient d'analyser en profondeur les avantages et les inconvénients avant d'enrichir de la farine à l'acide folique, par exemple. Une approche communautaire de cette question est souhaitable dans l'optique du marché européen unifié. Je demanderai à mon administration de fournir un dossier aux instances européennes compétentes.

Le SPF Santé publique a élaboré une brochure qui s'attarde en particulier sur la prise d'iode, de folates et de

fer en quantité suffisante pendant la grossesse. L'importance des folates a également été abordée dans le guide d'alimentation spécifique n° 1, axé sur les enfants de 0 à 3 ans.

Une étude est menée, dans le cadre du plan national Nutrition-Santé, pour déterminer le statut d'acide folique des femmes enceintes par le biais de prélèvements sanguins. Les résultats sont attendus d'ici à la mi-2011.

12.03 Rita De Bont (VB): L'étude scientifique conteste l'intoxication par l'acide folique. L'ingestion d'acide folique dans le cadre d'une alimentation normale, même saine, est insuffisante. L'administration à des femmes ayant des projets de maternité est donc indiquée. Il conviendrait que les autorités fédérales et flamandes se concertent à ce sujet.

L'incident est clos.

13 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'étude du Centre d'expertise sur la dialyse rénale" (n° 19601)

13.01 Maggie De Block (Open Vld): L'hémodialyse, qui constitue une des formes de la dialyse rénale, peut être pratiquée en milieu hospitalier, dans un centre satellite ou à domicile. Si dans le premier cas, des professionnels posent la totalité des actes nécessaires, la deuxième solution laisse au patient le soin de réaliser lui-même plusieurs étapes de la dialyse. Dans le dernier cas, le patient accomplit la totalité des gestes requis.

Une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé révèle qu'environ 66 % des dialyses se déroulent dans un hôpital, 24 % étant pratiquées dans des centres satellites et 10 %, à domicile. Les dialyses péritonéales représenteraient une part de 1 %. Les dialyses réalisées en milieu hospitalier sont les plus onéreuses pour l'assurance.

Les auteurs de l'étude mettent en avant la nécessité d'améliorer l'information aux patients, le choix du type de dialyse étant déterminant pour leur qualité de vie. Dans le même temps, il serait indiqué que le financement de la dialyse soit fondé sur les coûts réels.

La ministre est-elle disposée à fournir une information plus complète aux patients? Va-t-elle reconsidérer le financement des différents types de dialyse?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Il est assez difficile d'informer les patients des différentes formes de dialyse.

Dans la pratique, le choix de procéder à une dialyse dépend de divers facteurs. Le patient est-il ou non isolé? Occupe-t-il un logement autonome? Exerce-t-il une activité professionnelle? Je plaide pour que le Collège de néphrologie, créé au sein du SPF Santé publique, prenne l'initiative de rédiger des directives en matière de choix de la dialyse.

Le financement des dialyses relève, pour le moment, de différents organes dont le conseil technique médical pour les honoraires des néphrologues et la commission de convention avec les hôpitaux pour le forfait lié à la dialyse.

Le 17 mars, le Centre d'expertise présentera les résultats de cette étude.

Les différents organes peuvent ensuite prendre des initiatives pour formuler une nouvelle proposition relative au financement de la dialyse. L'intérêt du patient continue de primer: il doit avoir accès à la forme de dialyse qui lui convient le mieux sans que l'aspect financier soit déterminant.

13.03 Maggie De Block (Open Vld): C'est également ce que dit l'étude. Une analyse exacte doit d'abord être réalisée sur le terrain. C'est ainsi que les trajets de soins ont ainsi été adoptés pour éviter les dialyses dans le meilleur des cas.

L'incident est clos.

14 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la campagne de recrutement de l'INAMI" (n° 19602)

14.01 Maggie De Block (Open Vld): Les projets Impulseo I et Impulseo II – et Impulseo III en préparation – visent, depuis quelques années déjà, à promouvoir la profession de généraliste. J'ai reçu récemment dans ma boîte aux lettres un prospectus de l'INAMI indiquant que l'Institut recherchait de nouveaux collaborateurs. Quelques points sensibles sont mis en avant: le bon équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, le système de congés avantageux, le régime de 38 heures par semaine, etc. Je sais que l'INAMI manque de médecins mais je me demande quel est le but poursuivi lorsque l'on tente de recruter des médecins dans un secteur confronté à une grave pénurie.

La ministre souscrit-elle à la campagne de recrutement de l'INAMI? Quel en a été le coût? La ministre veut-elle encore renforcer l'attrait du métier de généraliste ou veut-elle plutôt attirer des médecins vers l'INAMI?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je vais vous prendre au mot: comme je suis intéressée à voir plus de généralistes, vous m'aidez à assouplir les quotas. On ne peut pas tenir les deux discours en même temps!

Il est normal que l'INAMI cherche des collaborateurs de qualité, notamment par le biais de médecins généralistes.

(*En néerlandais*) Le comité de gestion a approuvé le 20 avril 2009 la campagne de recrutement de l'INAMI et du Selor organisée dans le cadre du plan du personnel 2009. Il avait été opté pour une campagne d'envergure par le biais du Selor qui l'avait également financée. La campagne pour le recrutement de 16 médecins a coûté 37 026,76 euros.

Les organismes publics de sécurité sociale se sont vu accorder par les autorités une autonomie de gestion accrue ainsi qu'une plus grande flexibilité dans le recrutement et la sélection de personnel.

Les campagnes ne sont pas contradictoires. Impulseo encourage les médecins à devenir généralistes, la campagne de l'INAMI tend à inciter les médecins à partager le rôle social de l'INAMI. Ce sont deux fonctions radicalement différentes, tant au niveau du contenu que du statut, et qui de ce fait ne séduisent pas les mêmes personnes. Considéré comme un employeur attractif, l'INAMI joue de ses atouts. L'accent est mis aussi sur certains inconvénients comme l'interdiction de cumuler pareille fonction avec un cabinet personnel.

14.03 Maggie De Block (Open Vld): La ministre taxe ces campagnes de complémentaires, mais la campagne INAMI s'adresse essentiellement aux généralistes et tient compte des problèmes de leur statut. Je pense que ces 37 000 euros auraient pu être dépensés plus judicieusement.

L'incident est clos.

15 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le suivi de l'étude internationale relative aux effets cancérogènes des rayons ultraviolets" (n° 19619)**

- **Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le dépassement des normes UV par un banc solaire sur sept" (n° 19911)**

- **Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les normes pour les centres de bronzage" (n° 19998)**

15.01 Xavier Baeselen (MR): M. Magnette avait annoncé une campagne intensive de contrôle des bancs solaires entre novembre et février. Les chiffres des infractions constatées sont effarants: pour les instituts de

beauté ou centres de fitness, on note 40 % d'infractions aux dispositions prévues par l'arrêté royal, et les infractions sont encore plus nombreuses dans les centres professionnels de bronzage: 42 % d'infractions pour des dépassements de normes d'exposition, 62 % pour l'absence de conseil par rapport type de peau. Quelque 174 contrôles ont donné lieu à 115 procès-verbaux et quatre cas transférés au parquet.

Le 29 septembre dernier, vous répondiez à une question sur les conclusions du groupe de travail *International Agency for Research on Cancer* qui a fait passer la classification des bancs solaires du niveau 2A (potentiellement cancérogène) au niveau 1 (cancérogène). Avec M. Magnette, vous comptiez prendre des initiatives pour tenir compte de ce changement et adopter des dispositions plus sévères que celles prévues jusqu'ici (voir *Compte rendu analytique* 52 COM 641, p. 5).

Au regard de ces nombreuses infractions et de cette étude internationale, avez-vous tiré des conclusions et envisagez-vous une révision des normes prévues?

15.02 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Il ressort d'une étude menée par la Commission européenne qu'un banc solaire sur sept ne satisfait pas à la réglementation relative aux rayons UV et que l'on est souvent insuffisamment averti des dangers que présente l'utilisation des bancs solaires. Il existe un lien entre leur usage excessif et le cancer de la peau. De plus, la disposition qui interdit les bancs solaires aux jeunes de moins de 18 ans n'est pas toujours respectée.

Quels sont les résultats de l'étude pour notre pays? Quelles initiatives la ministre envisage-t-elle de prendre pour mieux informer les consommateurs des risques de l'usage excessif du banc solaire?

15.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Des contrôles sont effectués et les chiffres démontrent qu'ils sont nécessaires. Il me revient de déterminer si les normes de l'arrêté de décembre 2000 doivent être revues. Le reste relève du ministre Magnette. Dans ce cadre, j'ai saisi le Conseil supérieur de la Santé pour voir s'il maintient sa position de décembre 2000. C'est une première initiative.

Je voudrais également proposer que mon administration participe à la commission pour la sécurité des consommateurs pour le problème des bancs solaires. De fait, je souhaiterais croiser les compétences.

Il me revient aussi de faire des campagnes d'information. Ainsi, une campagne intitulée "Soleil malin" rappelle les précautions en matière d'exposition au soleil et d'utilisation de bancs solaires.

Je suis préoccupée par les résultats de l'enquête de contrôle du ministre Magnette. L'utilisation des bancs solaires est beaucoup trop répandue dans notre pays, notamment par les jeunes gens.

15.04 Xavier Baeselen (MR): C'est dans les centres spécialisés que les infractions sont les plus nombreuses. En ce qui concerne l'arrêté royal de 2000, le problème est son application sur le terrain. Il faudra probablement renforcer les contrôles mais aussi les sanctions.

15.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je n'écarte pas cette piste.

15.06 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): La ministre devrait fournir de plus gros efforts sur le plan de la conscientisation de nos concitoyens. Il est beaucoup plus malaisé de contrôler les centres de bronzage automatiques. Les infractions y sont aussi plus nombreuses. Je plaide en faveur de l'instauration de sanctions lourdes.

L'incident est clos.

16 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le transsexualisme et les affections psychiatriques" (n° 19665)

16.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Le transsexualisme vient d'être supprimé de la liste des maladies mentales en France. Cela me paraît un signal important.

Le transsexualisme est-il repris dans la liste des affections psychiatriques? Si oui, un retrait est-il

envisageable? Quelle serait la procédure à suivre? Quelles seraient les conséquences de cet éventuel retrait sur la prise en charge des frais médicaux par l'INAMI?

Le Centre pour l'Égalité des chances vient de réaliser un excellent travail sur les questions de transgenre. Ne conviendrait-il pas d'organiser un groupe de travail avec les auteurs de cette étude?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Vous avez raison. Seule la classification ICD9CM, qui relève de l'OMS, considère le transsexualisme comme un trouble mental. Elle est utilisée dans les hôpitaux belges. J'aimerais intervenir auprès de l'OMS pour éliminer ce code.

Inversement, vous devez savoir que les services psychiatriques des hôpitaux généraux IHP et MSP utilisent pour le résumé psychiatrique minimum la classification psychiatrique DSM, qui ne comprend pas de code spécifique pour le transsexualisme.

Puisque l'INAMI ne recourt pas à des listes d'affections psychiatriques, le retrait du transsexualisme de la liste des maladies mentales n'entraînerait pas de conséquences sur la prise en charge des frais médicaux. Actuellement, l'assurance maladie obligatoire prend en charge autant le coût des traitements hormonaux que les frais médicaux découlant des opérations de conversion sexuelle. Je vais aussi voir ce qui se passe en France.

16.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Il importe que nous progressions aussi en termes symboliques. Je vous recommande la lecture de l'étude réalisée par le Centre pour l'Égalité des chances, car elle montre que des difficultés se posent encore en termes de remboursement.

L'incident est clos.

17 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "un substitut à l'alcool" (n° 19753)

17.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Une équipe de chercheurs britanniques a mis au point un substitut de l'alcool provoquant la même sensation de bien-être, mais sans mener à l'ivresse et aisément neutralisable par l'absorption d'une pilule. Disposez-vous d'informations concernant ce nouveau produit? A-t-il des effets secondaires préjudiciables pour la santé et implique-t-il des phénomènes d'accoutumance? Comment sera-t-il commercialisé?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Le produit dont vous parlez n'est pas commercialisable à ce stade. Il est presque certain qu'il sera à l'avenir considéré comme un médicament et mis dans la liste des substances psychotropes. L'antidote mentionné devra également être classé comme médicament. Ce produit fera l'objet de vérifications de qualité, de sécurité et d'efficacité. Je ne peux dire à ce jour quel sera le cadre légal dans lequel ce produit pourrait apparaître sur le marché.

Il y a lieu d'être très prudent eu égard à l'addiction entraînée par ce nouveau produit. Une concertation sur le statut légal de ce produit sera nécessaire au niveau européen pour ne pas risquer de trafic illégal.

17.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je voulais faire en sorte d'éviter la situation paradoxale du Viagra en vente libre en Espagne mais pas ailleurs ou celle des boissons énergétiques. Il faut une coordination européenne en la matière.

L'incident est clos.

18 Questions jointes de

- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport de la Cour des comptes relatif au soutien scientifique de la politique fédérale en matière de santé" (n° 19814)

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport de la Cour des comptes relatif au soutien scientifique de la politique fédérale en matière de santé" (n° 19825)

- Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé

publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les incohérences de la politique de santé" (n° 19978)
- M. Jacques Otlet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport de la Cour des comptes sur la politique de santé" (n° 20021)

18.01 Martine De Maght (LDD): La Cour des comptes s'est penchée sur cinq instances de recherche qui apportent un soutien scientifique à la politique fédérale en matière de santé: l'INAMI, le SPF Santé publique, le SPF Sécurité sociale, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et l'Institut scientifique de la santé publique. Elle en a conclu entre autres qu'il est procédé à plus de recherches et à des recherches de meilleure qualité que ce qui est généralement admis mais qu'une stratégie de guidance de ces recherches fait défaut. Jusqu'à présent, le SPF Santé publique s'est avéré incapable de jouer son rôle coordonnateur. De plus, il applique insuffisamment les nombreuses directives, ce qui peut, par exemple, l'amener à réaliser des investissements superflus.

Les instances de recherche concernées font en outre office d'organes de concertation au sein desquels les mêmes personnes défendent les intérêts de leur propre groupe. Selon la Cour des comptes, ces fonctions doivent être scindées.

La ministre s'est déjà déclarée en grande partie d'accord avec les conclusions et recommandations de la Cour des comptes et elle va maintenant confectionner un plan d'action afin d'optimiser le fonctionnement de ces différentes instances de recherche. Quand ce plan sera-t-il prêt? Combien de moyens financiers ces cinq instances ont-elles consacrés, au cours des cinq dernières années, à des recherches scientifiques destinées à soutenir la politique fédérale en matière de santé? Sera-t-il davantage tenu compte, à l'avenir, des avis rendus dans le cadre des projets de recherche commandés afin que les études réalisées soient réellement utilisées et ne soient pas jetées à la corbeille?

18.02 Yolande Avontroodt (Open Vld): L'intérêt porté aux connaissances scientifiques qui servent à soutenir la politique de santé est effectivement trop émietté, d'où une certaine inefficacité. Les observations critiques émises par la Cour des comptes doivent être l'amorce d'une stratégie visant à améliorer le fonctionnement des instances de recherche concernées. Que pense la ministre de la critique de la Cour concernant l'absence d'une vision à long terme, le manque de guidance, le manque de transparence et l'absence de collaboration entre les différentes instances?

L'accessibilité des données constitue un problème historique. Sera-t-il résolu à court terme? On constate également que trop peu d'attention est accordée à la qualité de la recherche. La ministre formulera-t-elle des directives pour y remédier?

18.03 Magda Raemaekers (sp.a): Une étude sur les cinq principales institutions scientifiques fédérales réalisée par la Cour des comptes révèle que la politique en matière de santé n'est pas toujours éclairée d'une façon cohérente par la science. Les connaissances scientifiques sont trop morcelées, un grand nombre d'organisations rendant des avis sans grand souci de cohérence. Aucune stratégie n'a été élaborée en ce qui concerne l'exploitation des connaissances acquises. La Cour des comptes constate également que les données devant servir de base à une étude sérieuse ne sont pas toujours disponibles à temps. La motivation de certaines recherches reste souvent imprécise et la gestion des projets n'est pas suffisamment stricte, surtout lorsque les études sont externalisées. De plus, l'absence d'un forum de concertation entraîne un défaut de cohérence entre les différentes recherches menées par les cinq institutions scientifiques. La Cour des comptes apporte-t-elle des éléments nouveaux? Comment la ministre entend-elle accroître la cohérence sur ce plan? Les cinq institutions scientifiques se sont-elles déjà concertées à l'occasion de la parution de cette étude?

18.04 Jacques Otlet (MR): Pour la Cour des comptes, l'acquisition de connaissances scientifiques relatives à la politique de santé fédérale est morcelée entre un trop grand nombre de structures qui mènent leurs missions sans grande coordination. Quelles sont les dispositions que vous comptez nous proposer pour renforcer l'efficacité et la coordination de cet appui scientifique indispensable à la politique de santé dont nous avons la charge?

18.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je m'attendais à ce que la Cour des comptes fournisse aux responsables publics une observation pertinente et minutieuse. Cet audit versé dans le domaine public

s'avère un outil précieux pour fédérer les forces vives versées dans les études et la recherche. Depuis ma prise de fonction, j'ai veillé aux besoins de cohésion. L'intégration transversale des compétences est à accepter par tous les protagonistes et je me suis donné la mission de les en convaincre.

Par anticipation sur les observations de la Cour des comptes, j'ai pris certaines mesures: l'instauration début 2009 d'un service au sein de l'administration Santé du SPF Santé publique chargé de la coordination des activités à caractère scientifique. Dans l'année écoulée, ce service a constitué un inventaire des projets menés au sein du SPF. Quelque 320 projets y sont répertoriés depuis 2008. Un processus de concertation a déjà eu lieu en 2009. La coordination des sujets d'études et recherches sera renforcée par une procédure thématique entre les différents services concernés du SPF Santé publique et leurs homologues au sein des institutions scientifiques. Elle portera déjà ses fruits lors de la présidence belge de l'Union européenne pour les sujets qui relèvent de ma compétence.

C'est un travail permanent dont l'objectif est de développer une vision globale pour l'élaboration des programmes 2011 et suivants. Je ne vise pas uniquement la synergie dans les programmes; il convient de vérifier qu'une méthodologie incluant les préoccupations de qualité dans la gestion des projets soit appliquée dans tous les cas. Une plus grande transparence sera possible dès le moment où la méthodologie que j'ai exposée sera d'application au SPF.

(En néerlandais) Nous sommes associés de près aux travaux de différentes instances chargées de l'étude en matière de développement durable et de défis de société à long terme, comme le vieillissement de la population, les soins de santé mentale, l'obésité, le cancer, les maladies rares et les maladies en recrudescence.

L'extrême lenteur avec laquelle les données sont disponibles est liée en grande partie à la protection de la vie privée. Je demanderai à la cellule technique du SPF Santé publique d'examiner la possibilité d'accélérer le processus.

L'intégrité et la neutralité des instances chargées des projets d'étude revêtent une importance primordiale. Il est illusoire de croire que des experts n'ont pas été directement ou indirectement parties liées dans leur domaine, à un moment ou l'autre. En l'occurrence, je recherche systématiquement la transparence maximum.

Le tableau des montants alloués à l'appui scientifique de la politique en matière de santé a été distribué aux membres de la commission.

Une approche méthodologique des projets, leur faisabilité et la mise en œuvre des conclusions font partie de mon plan d'action.

Les gestionnaires de projet sont tenus de communiquer leurs conclusions relatives à la valeur ajoutée que présente le projet pour l'intérêt général de manière à rendre le processus de décision plus transparent.

18.06 Martine De Maght (LDD): Si les cinq centres de connaissance sont financés, l'étude scientifique menée dans les hôpitaux l'est aussi, ce qui exerce incontestablement un impact sur le budget.

18.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Il serait utile que l'on sache quels rapports entretiennent la cellule de coordination au sein du SPF Santé publique et le SPF Politique scientifique. Sont-ils en contact?

18.08 Magda Raemaekers (sp.a): Les résultats de la Cour des comptes sont fâcheux mais la ministre fera tout ce qui est en son pouvoir pour qu'à l'avenir, la collaboration s'améliore. Il reste beaucoup à faire.

18.09 Jacques Otlet (MR): Je me réjouis de l'intention de la ministre de prendre le dossier en main.

Au lieu de la cellule de coordination qu'elle propose de mettre en place au sein du SPF, ne peut-on imaginer une autorité scientifique indépendante?

18.10 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je n'ai pas seulement fait part d'intentions: le service au sein du SPF a été créé au début de 2009, et nous travaillons pour aboutir dès 2011. Un processus de concertation avec les institutions scientifiques existe depuis 2009, qui sera renforcé cette année par la mise en place d'une procédure thématique. La volonté de cohérence existe au sein du SPF Santé et des institutions scientifiques. Je propose que le responsable de ce service vienne en expliquer le travail à la commission.

18.11 Yolande Avontroodt (Open Vld): C'est une bonne proposition mais je préconise que l'on fasse également appel au département de la Politique scientifique.

18.12 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Il y a toute une cohérence à trouver entre les études du KCE et de l'INAMI et les moyens financiers des hôpitaux.

18.13 Yolande Avontroodt (Open Vld) (*en français*): C'est donc de la compétence de Mme Laruelle.

18.14 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Nos administrations peuvent néanmoins se concerter.

L'incident est clos.

19 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'insécurité dans les hôpitaux" (n° 19854)

19.01 Xavier Baeselen (MR): Disposez-vous de chiffres actualisés concernant le nombre d'agents de gardiennage dans les sites hospitaliers?

L'approche intégrale et intégrée de cette problématique a-t-elle été poursuivie et adaptée avec le ministère de l'Intérieur?

Quelles provinces ont-elles pris des initiatives en vue de créer un réseau provincial?

Vous aviez annoncé des chiffres concernant les équivalents temps plein réservés par le fédéral à l'aspect gardiennage dans le cadre du projet global de sécurité dans les hôpitaux. Où en est-on?

Que contient la circulaire concernant le système des stewards des hôpitaux? Est-elle bien parvenue à ses destinataires?

Vous aviez annoncé une table ronde début décembre. Quelles en sont les conclusions?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): La collaboration entre la Santé publique et l'Intérieur se concentre essentiellement sur la réalisation d'une nouvelle édition du Moniteur de la criminalité dans les hôpitaux pour mars 2010. Ce nouveau Moniteur a été finalisé et sera envoyé aux hôpitaux.

La table ronde à laquelle vous faites référence n'est en réalité pas distincte des réunions du groupe de travail "criminalité dans les hôpitaux" organisées tous les trois mois par la Santé publique et l'Intérieur. Lors de la dernière réunion, qui s'est tenue début décembre, il a été procédé à une évaluation du Moniteur 2008, et la nouvelle édition a été préparée.

Il a été décidé de consacrer une nouvelle réunion au thème du contrôle de l'accès aux hôpitaux et aux manquements du système des stewards.

Il n'y a pas de nouveautés à signaler concernant les initiatives provinciales.

Sur les 503 emplois équivalents temps plein (ETP) proposés aux hôpitaux, 119 hôpitaux ont accepté en 2009 d'engager 385,47 ETP agents de gardiennage. En 2010, ce nombre s'élève à 422,47 ETP. Certains hôpitaux ont déjà un service interne de gardiennage ou sous-traitent la sécurité auprès de sociétés de gardiennage.

Les hôpitaux qui disposent déjà d'agents de sécurité en nombre équivalent à celui prévu par cette mesure ont le loisir de proposer des affectations alternatives.

Une lettre d'information concernant la circulaire a été envoyée aux membres du réseau sécurité fédérale et aux membres du réseau de la prévention de la criminalité dans les hôpitaux en novembre 2009.

19.03 **Xavier Baeselen** (MR): Il s'agit d'une priorité. Je note avec satisfaction que les emplois prévus pour les stewards et agents de gardiennage sont en voie de concrétisation.

L'incident est clos.

20 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la pratique des thérapies homéopathiques" (n° 19857)**

20.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): L'Académie royale de médecine de Belgique est convaincue que la mise en avant de l'homéopathie n'est pas sans dangers. Elle peut jouer un rôle pour le bien-être et mais elle ne peut être considérée comme un médicament au sens strict du terme.

La ministre estime-t-elle également qu'il convient de considérer les médicaments homéopathiques comme des moyens de confort et qu'ils n'entrent dès lors pas en ligne de compte pour le remboursement des soins médicaux?

20.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en néerlandais*): Le débat relatif à l'homéopathie doit être mené de manière approfondie. On ne peut discuter et trancher sur la base de certaines données tirées de leur contexte.

Les préparations homéopathiques sont de vrais médicaments et non des médicaments de confort. Elles répondent à la définition du médicament. Pour chaque décision relative à un remboursement éventuel, la valeur thérapeutique réelle du médicament ou la thérapie en question doivent être testés.

Les résultats de l'étude relative aux médicaments non conventionnels dont j'ai chargé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé seront disponibles cet été.

20.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Il s'agit de médecines non conventionnelles et pas uniquement de médicaments. La ministre n'a pas dit si elle était d'accord avec l'académie.

20.04 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*): C'est exactement cela!

L'incident est clos.

21 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les donneurs de cellules souches" (n° 19858)**

21.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Grâce à la campagne Beldonor, la Belgique caracole en tête en matière de dons d'organes. Malheureusement, il n'en va pas de même des dons de cellules souches. Il n'y a qu'une chance sur 50 000 de trouver des cellules souches compatibles. Pour garantir une offre suffisante, autant de Belges que possible doivent donc s'inscrire comme donneurs de cellules souches.

La ministre se mettra-t-elle à la recherche de donneurs de cellules souches, soit par le biais de Beldonor, soit par celui d'une nouvelle campagne d'information?

21.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en néerlandais*): Le registre belge des donneurs de cellules souches a obtenu de l'INAMI un financement supplémentaire de 560 000 euros par an pendant cinq ans, afin de recruter 10 000 nouveaux donneurs au cours de cette période. L'INAMI interviendra également dans les frais administratifs à raison de 25 euros par donneur.

Les institutions qui participent au registre de donneurs de moelle osseuse ont déjà pris des initiatives pour inciter la population à se faire enregistrer comme candidat donneur de cellules souches. Divers rendez-vous ont déjà été pris avec les candidats pour effectuer la prise de sang nécessaire au typage des cellules.

En premier lieu, nous devons évaluer ces actions et examiner si l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé peut jouer un rôle dans la campagne de sensibilisation qui pourrait, en effet, utiliser le modèle de l'action Beldonor pour le don d'organes.

21.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Le problème est que peu de gens savent en quoi consiste le don de cellules souches. C'est la raison pour laquelle une campagne d'information pourrait s'avérer utile.

L'incident est clos.

22 Questions jointes de

- **M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le projet de modification de la nomenclature du bilan sénologique" (n° 19891)**

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les tests de dépistage de cancers du sein" (n° 19908)**

22.01 Daniel Bacquelaine (MR): Une modification dans le remboursement du bilan sénologique classique pourrait intervenir dans un proche avenir pour les femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans.

Ce projet a suscité la réaction d'un certain nombre de praticiens qui pensent que l'idée de supprimer le remboursement du bilan sénologique pourrait être prise afin de favoriser le développement du mammothest, qui pose problème en raison de son manque de sensibilité pour les seins dits denses.

Par ailleurs, la suppression du remboursement du bilan sénologique classique risque, selon certains, d'entraîner un engorgement des centres de dépistage agréés.

Un groupe de travail "be.seno", composé de spécialistes du cancer du sein, de radiologues, d'oncologues et de gynécologues, a rédigé une contre-proposition qui propose de répartir les femmes en trois groupes. Les femmes aux seins clairs suivraient la filière du mammothest classique, les femmes aux seins denses seraient dirigées vers une mammographie et une échographie tandis que les femmes à haut risque devraient faire un bilan complet.

Confirmez-vous le projet de modification de la nomenclature? Quelles sont les étapes ultérieures avant une prise de décision définitive? Quel est le timing prévu? Quelles démarches allez-vous entreprendre face à ce qu'on peut appeler quand même une polémique? Quelle place peut avoir la contre-proposition du groupe de travail be.seno dans le processus de décision?

22.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Une certaine inquiétude est née du fait que le remboursement du bilan sénologique serait supprimé, particulièrement en ce qui concerne les femmes aux seins denses, pour qui le mammothest ne suffit pas à détecter le cancer. Les médecins que j'ai rencontrés sont favorables au mammothest mais souhaitent garder la possibilité d'une échographie, remboursée, pour ce type de seins.

Ne devrait-on pas également se poser la question des différences entre les montants remboursés et les coûts, le mammothest coûtant 58 euros en étant gratuit pour la patiente et le bilan sénologique coûtant 113 euros, dont 20 euros remboursés?

Comment, en outre, favoriser le recours au mammothest, qui ne connaît que peu de succès, surtout à Bruxelles et en Wallonie? Et comment mieux prendre en compte financièrement une approche globale et diversifiée?

22.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Ce sujet est à l'examen à l'INAMI, mais il est faux de croire

que j'ai l'intention d'accepter a priori cette proposition. C'est plus complexe.

D'abord, il est important d'améliorer l'efficacité des diagnostics du cancer du sein. Une modification de la nomenclature concernant la mammographie est en discussion à l'INAMI. Un des objectifs est d'assurer la gratuité du dépistage pour les femmes présentant un risque accru, comme le prévoit le Plan Cancer.

La proposition tient compte des considérations suivantes: d'abord, trop de mammographies diagnostics ou bilans de sénologie sont réalisés chez des femmes ne présentant pas de risque accru. Ces pratiques peuvent entraîner trop d'examens invasifs inutiles, voire dangereux. La mammographie diagnostic est destinée aux femmes qui présentent des symptômes et pour qui une mise au point complète s'impose.

Il est dans l'intérêt de toute femme de subir un dépistage de cancer du sein de qualité, avec le moins possible de résultats erronés et le moins possible d'exposition aux rayons.

Selon l'INAMI, les propositions à l'examen ne visent pas à refuser le remboursement d'une mammographie avec échographie aux femmes pour qui cet examen combiné est indiqué.

Lors de la détermination d'un horaire pour une prestation, il est tenu compte, en fonction du budget disponible, de la durée de l'examen, de sa difficulté, du risque pour les patientes et du coût des matériaux utilisés.

Une proposition pour améliorer l'efficacité du dépistage du cancer du sein n'a pas encore pu être finalisée. Les discussions se poursuivent afin de soumettre une proposition en mai. Je veux analyser de manière approfondie les différentes options. Le KCE commencera bientôt une étude sur le dépistage et sur les groupes à risque. Ses résultats nous aideront pour les modifications éventuelles de la nomenclature.

22.04 Daniel Bacquelaîne (MR): Je n'ai jamais imaginé que vous aviez opté définitivement pour la suppression du remboursement de l'échographie dans le dépistage du cancer du sein. Il est essentiel de laisser une place suffisante au dépistage individualisé. Il n'y a rien de tel que l'échographie puisqu'elle n'émet aucun rayonnement X. C'est certainement par ce type de dépistage qu'on est le moins toxique. Cet argument ne tient donc pas la route dans ce cas-ci.

Il y a en effet une différence avec le simple mammoth, non pas en termes de rayons X, mais en termes de qualité. L'échographie et l'examen clinique apportent un complément d'informations. La proposition faite par les radiologues et les oncologues doit être examinée car elle semble pleine de bon sens.

22.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): J'insiste sur la nécessité de tenir compte des besoins spécifiques de certaines femmes mais aussi de ne pas recourir systématiquement à la technique.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 33.