

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 09 maart 2010

Namiddag

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

du

MARDI 09 mars 2010

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.34 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

01 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het beleid inzake soft drugs en cannabis" (nr. 20214)**

01.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Cannabis blijft een grote bron van criminaliteit. Het is ook meer en meer duidelijk dat het regelmatig gebruik negatieve gevolgen heeft, zowel fysisch, psychisch, als mentaal.

Sinds 2002 werd er met de Gemeenschappen gewerkt aan een akkoord, dat in 2008 van kracht werd. Die Algemene Cel Drugsbeleid heeft drie werkcellen. De eerste werkcel Gezondheidsbeleid Drugs bestaat al sinds 2001. Hoe ver staat het met de twee resterende cellen? Wanneer zullen zij operationeel zijn? Zal de ACD een ontradend beleid inzake het gebruik van softdrugs aanmoedigen, zoals dat bestaat in de strijd tegen alcohol en tabak? Kan de minister het jaarrapport bezorgen aan de commissie Volksgezondheid?

01.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): De Algemene Cel Drugbeleid en haar werkcellen zijn de coördinatie- en overlegfora voor een globaal en geïntegreerd drugbeleid. Het is essentieel dat de werkcellen Controle en Internationale Samenwerking zo snel mogelijk worden opgericht.

De werkcel Controle zal worden voorgezeten door de minister van Justitie. De minister van Buitenlandse Zaken is aangeduid als de voorzitter van de werkcel Internationale Samenwerking. Voor meer concrete informatie verwijs ik naar beide collega's.

In de gemeenschappelijke verklaring van de interministeriële conferentie Drugs van 25 januari jongstleden is preventie opgenomen als een van de essentiële pijlers van het drugbeleid. Het uitgangspunt van preventie is dat het gebruik van psychoactieve stoffen in de eerste plaats een volksgezondheidsprobleem is.

De uitdaging voor het beleid is vooral het vermijden en terugdringen van gezondheidsschade. Dit vergt een globaal en geïntegreerd beleid en een goede samenwerking tussen de verschillende ministers bevoegd voor gezondheidsmateries. Het doel is een ontradingsbeleid ten aanzien van niet-gebruikers en gebruikers. Belangrijk is de boodschap dat ook softdrugs gezondheidsschade kunnen veroorzaken en dat het gebruik ervan niet gebanaliseerd mag worden. Mijn collega's van Gemeenschappen en Gewesten zijn bevoegd voor preventie en nemen ter zake al zinvolle maatregelen. Naast preventie zijn ook vroege detectie en interventie belangrijk.

Ten slotte blijft het belangrijk ook verder te investeren in een efficiënte behandeling. In dit kader financier ik onder meer het project *International Cannabis Need of Treatment* in het CHU Brugmann te Brussel. Hier worden problematische jonge cannabisgebruikers behandeld door een team dat gespecialiseerd is in *multidimensional family treatment*. De eindresultaten van de evaluatie zullen in de lente van volgend jaar beschikbaar zijn.

Het jaarrapport 2009 van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs wordt op de volgende vergadering van 16 maart ter goedkeuring voorgelegd aan de leden. Van zodra het goedgekeurde rapport beschikbaar is, zal het worden bezorgd aan de voorzitter van de commissie voor de Volksgezondheid. De activiteitenrapporten van de voorbije jaren kunnen eveneens geconsulteerd worden op de website van de FOD Volksgezondheid.

01.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ik onthoud vooral dat het rapport aan de voorzitter zal bezorgd worden na 16 maart en dat we in de lente van volgend jaar de evaluatie van het proefproject-Brugmann mogen verwachten.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toepassing van de patiëntenrechten" (nr. 20257)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het Vlaams Patiëntenplatform meldt problemen wanneer patiënten klachten hebben waarvoor zij zich beroepen op de wet van 2002. Patiënten die een klacht hebben inzake de schending van patiëntenrechten door een huisarts kunnen niet terecht bij een ombudsdienst, zoals in een ziekenhuis. Zij moeten zich rechtstreeks wenden tot de commissie voor de Rechten van de Patiënt, waar zij botsen op wachttijden.

Die wet heeft ook enkel betrekking op schendingen begaan door artsen. Wanneer het ziekenhuis als instelling de wet schendt, kan de klacht niet behandeld worden. Hetzelfde geldt voor verzorgend personeel.

Heeft de minister kennis van wachtlijsten of van problemen betreffende klachten bij de federale commissie voor de Rechten van de Patiënt? Werd deze situatie reeds geëvalueerd? Is de minister bereid om de wet te laten evalueren?

02.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): Ik antwoord namens minister Onkelinx.

Volgens de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 kan een patiënt die een klacht heeft over een gezondheidswerker die niet verbonden is aan een ziekenhuis, zich wenden tot de federale ombudsdienst Rechten van de Patiënt van de FOD Volksgezondheid. De federale commissie Rechten van de Patiënt is bevoegd voor het verstrekken van adviezen en het ontvangen van klachten over ombudsdiensten. De jaarrapporten van de federale ombudsdienst zijn beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid.

De wet op de patiëntenrechten is van toepassing op elke gezondheidswerker en dus niet alleen op artsen. De bedoeling van de wet is dat de ombudsdiensten de verhouding tussen de patiënten en de zorgverstrekkers in de ziekenhuizen verbeteren.

De termijn waarbinnen de klachten behandeld worden, is afhankelijk van de aard van de klacht. Een dialoog herstellen en een oplossing zoeken kan enige tijd vergen.

Momenteel werken er drie mensen op de federale ombudsdienst. De FOD zoekt een oplossing om een betere permanentie van de dienst te kunnen verzekeren.

De evaluatie van de wet op de patiëntenrechten is een van de wettelijke opdrachten van de commissie Rechten van de Patiënt. Bij de uitwerking van haar adviezen, die beschikbaar zijn op de website van de FOD Volksgezondheid, houdt deze commissie rekening met de jaarrapporten van de ombudsdiensten van de ziekenhuizen, de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg en de federale ombudsdienst.

Zoals aangekondigd in mijn beleidsnota wordt er een studie uitgevoerd over de toepassing van de wet op de patiëntenrechten in de sector controle expertise geneeskunde. Er wordt ook een studie overwogen over de mogelijke nieuwe ombudssystemen in de RVT's.

Ik onderzoek op welke manier er kan tegemoetgekomen worden aan de opmerkingen van de rapporten en hoop weldra nieuwe maatregelen voor te stellen.

02.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik zal het antwoord bestuderen en die evaluatie misschien nog eens ter sprake brengen.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: Luc Gouty.

03 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verbod op de commercialisering van rode tonijn" (nr. 19569)**

03.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Het Europees Parlement heeft zich onlangs uitgesproken voor een verbod op de internationale handel in rode tonijn, en steunt het voorstel om de rode tonijn in Bijlage I van de VN-Overeenkomst inzake de internationale handel in bedreigde in het wild levende dier- en plantensoorten op te nemen. Op die manier willen de Europarlementariërs invloed uitoefenen op het voorstel dat CITES in maart te Doha zal bestuderen. Op een vraag van de heer Dallemagne antwoordde de minister dat er inderdaad aan de criteria voor een inlassing in Bijlage I wordt voldaan. Bovendien heeft België zijn steun aan dit voorstel toegezegd.

Waarom steunen we dat voorstel nu al niet, samen met Frankrijk en Italië? België zou immers het Europese standpunt over deze kwestie, die gevoelig ligt voor de visserij en zo mogelijk nog belangrijker is voor de biodiversiteit, kunnen doen omslaan.

03.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Frans): België heeft officieel zijn zegel gehecht aan het voorstel om de rode tonijn in Bijlage I van de CITES-lijst van met uitsterven bedreigde soorten op te nemen. Nu komt het erop aan dat voorstel door alle Europese lidstaten te laten goedkeuren, zodat Spanje het in Doha kan verdedigen.

België acht het gerechtvaardigd deze vissoort toe te voegen aan Bijlage I, zonder te voorzien in een overgangperiode of een uitzondering voor de kleinschalige visserij, zoals de Europese Commissie gisteren nog met steun van Frankrijk en Italië heeft voorgesteld.

Voorstellen die ter bespreking aan een conferentie der partijen worden voorgelegd, moeten ten minste 150 dagen vóór de conferentie aan het CITES-secretariaat worden overgezonden. De op een conferentie aangenomen amendementen worden 90 dagen na de zitting van kracht voor alle partijen, met uitzondering van de partijen die een voorbehoud maakten.

Wanneer een EU-lidstaat een voorstel voor een amendement op de Bijlagen wil indienen, moet dat voorstel eerst worden voorgelegd aan het bij de Europese Commissie ingestelde CITES-comité. Keurt het CITES-comité dat voorstel goed, dan dient de lidstaat die het voorzitterschap van de Europese Unie waarneemt, het in bij het CITES-secretariaat.

03.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Het verheugt me dat het Belgische standpunt in de lijn ligt van het Franse en het Italiaanse, maar dan in een strengere versie, aangezien het de bedoeling is die wachtperiode te schrappen. Gezien de termijnen waarover u het heeft, zal een en ander niet klaar zijn voor dit visseizoen, en dreigt er dit jaar nog heel veel op rode tonijn gevist te worden.

Het incident is gesloten.

04 **Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en**

Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van astronautenvoeding voor patiënten met de ziekte van Crohn" (nr. 19574)

04.01 Lieve Van Daele (CD&V): Voor een aantal patiënten met een heel ernstige vorm van de ziekte van Crohn kan dure astronautenvoeding een alternatief zijn voor sondevoeding. Minister Onkelinx verwachtte de conclusies van de werkgroep Medische Voeding over de optimalisatie van de nutritionele toestand van patiënten met de ziekte van Crohn begin dit jaar.

Behoort de terugbetaling van deze vloeibare voedingsmiddelen voor die ernstig zieke patiënten tot de mogelijkheden?

04.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (*Nederlands*): De werkgroep Medische Voeding heeft inderdaad een project lopen dat de voedingstoestand van ambulante en opgenomen patiënten wil optimaliseren. Een beperkte groep van deskundigen stelde een stappenplan op. Die groep is van mening dat er geen wetenschappelijke en klinische evidentie bestaat voor de therapeutische toediening van specifieke voeding aan volwassenen met de ziekte van Crohn. Het project kan wel een uitkomst bieden voor ondervoede patiënten met Crohn. Het zal in de loop van de maand mei aan de commissie Apothekers-Verzekeringsinstellingen worden voorgelegd in het kader van een nieuw initiatief voor 2011.

04.03 Lieve Van Daele (CD&V): Er zou dus geen wetenschappelijke evidentie zijn dat deze voeding kan helpen. Toch wordt er een opening gelaten via het probleem van ondervoeding. Naast de talloze zware problemen die deze patiënten in hun dagelijks leven ondervinden, is verplicht aan een baxter liggen een enorme belasting. Vloeibare voeding maakt dan een heel verschil. Dat die dan nog ondraagbaar duur is, is moeilijk te verantwoorden.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het klankvolume van een walkman" (nr. 19742)

05.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (*Ecolo-Groen!*): Elke dag beluisteren vijftig tot honderd miljoen Europeanen urenlang muziek met behulp van digitale muzikspelers. Het geluidsvolume is thans beperkt tot 100 decibel. Vanaf 85 decibel bestaat er echter al risico op blijvend gehoorverlies, bij blootstelling gedurende meer dan acht uur. Vaak wordt de gehoorschade pas na jaren vastgesteld. Hier moeten het voorzorgsbeginsel, de etikettering en de consumentenbescherming spelen. Er bestaat geen etikettering met betrekking tot de volumeregeling. Zelfs als het defaultgeluidsniveau beperkt is tot 80 decibel, kan de consument deze instelling nog altijd zelf wijzigen.

Eind september 2009 stelde de Europese Commissie dat het maximale geluidsniveau diende te worden verlaagd tot 80 decibel. Zij heeft de fabrikanten gevraagd het geluidsvolume bij het aanzetten van het toestel tot het maximumniveau te beperken en binnen vierentwintig maanden voorstellen in zin te formuleren. Wat is de situatie in België? Welke maatregelen heeft u genomen om de consument tegen overmatig lawaai te beschermen?

05.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (*Frans*): De Hoge Gezondheidsraad heeft deze aangelegenheid in 2007 onderzocht. De Raad heeft zijn bevindingen en aanbevelingen in zijn advies 8.187 van 7 februari 2007 neergelegd. Hoewel er momenteel geen epidemiologische studies beschikbaar zijn voor ons land, zijn de gegevens uit de internationale literatuur volgens de Hoge Raad duidelijk genoeg om te veronderstellen dat er ook in België gehoorproblemen bestaan als gevolg van overmatige blootstelling aan geluid.

Europa heeft al maximale geluidsniveaus goedgekeurd voor alle types van muzikspelers. Ze werden vastgelegd door de Europese normalisatie-instellingen.

Die norm moet volgende punten omvatten: een betere constructie van de hoofd- of oortelefoons, een betere

reductie van het omgevingsgeluid, de automatische begrenzing (in functie van de luistertijd) van de blootstelling aan een bepaald geluidsniveau, en de mogelijkheid om het geluidsniveau door de ouders te laten controleren. Zodra die norm gepubliceerd is, zullen de persoonlijke muzikspelers overeenkomstig die norm worden gefabriceerd. Zo niet zullen ze niet op de Europese markt kunnen worden vermarkt. Die regels hoeven niet in nationale wetgeving te worden omgezet.

Bij een blootstelling aan 80 dB(A) wordt de blootstellingsduur beperkt tot 40 uur per week en bij een blootstelling aan 89 dB(A) tot 5 uur per week. Dat blootstellingsniveau zal worden geregeld via een defaultinstelling van het product. Een hoger geluidsniveau zal mogelijk zijn wanneer de gebruiker dat bewust instelt, en het product een adequate waarschuwing bevat voor de mogelijke risico's.

05.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Iedereen weet dat jongeren die limieten sowieso zullen overschrijden. De jeugd wordt eens te meer blootgesteld aan ernstige gezondheidsrisico's, die pas over enkele jaren aan het licht zullen komen. Er is wel degelijk reden tot ernstige ongerustheid, want er doet zich bij de jeugd een vorm van gewenning voor. België zou een dynamischer standpunt moeten innemen wat de Europese normen betreft. Tegelijk zou de minister zowel voor de ouders als voor de jongeren preventiecampagnes op het getouw moeten zetten.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van 'off-label'-geneesmiddelen" (nr. 19744)

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): De zogenaamde "off-label"-geneesmiddelen of geneesmiddelen waarvoor er geen vergunning voor het in de handel brengen (VHB) werd afgegeven, worden soms voor andere ziekten of doelgroepen gebruikt dan die waarvoor ze oorspronkelijk werden goedgekeurd. Volgens een studie van *Test-Gezondheid* worden meer dan de helft van die geneesmiddelen die aan kinderen worden voorgeschreven niet op kinderen getest, en bijgevolg kan het gebruik ervan gevaarlijk zijn.

In België is het voorschrijven van "off-label"-geneesmiddelen niet bij wet geregeld. Krachtens het principe van de "therapeutische vrijheid" mogen artsen en apothekers dergelijke geneesmiddelen respectievelijk voorschrijven en afleveren. Indien er zich problemen voordoen, kunnen zij verantwoordelijk worden gesteld, net als de patiënt. De farmaceutische firma's ontspringen altijd de dans, maar zij promoten dergelijke geneesmiddelen wel.

Denkt u niet dat een wettelijk kader dienaangaande noodzakelijk is?

06.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans): Reclame voor een geneesmiddel is strikt verboden wanneer die bedoeld is om het gebruik te bevorderen voor een behandeling of een leeftijdscategorie die niet strookt met de gegevens die in het kader van de vergunning voor het in de handel brengen van dat geneesmiddel werden goedgekeurd. Op dat verbod geldt er geen enkele uitzondering. Het is uiteraard niet verboden dat de firma's de vragen van de artsen beantwoorden.

De Europese regelgeving voorziet in maatregelen met betrekking tot de voorwaarden waaronder gegevens inzake het gebruik van geneesmiddelen bij kinderen kunnen worden verzameld, zowel voor de nieuwe als voor de oudere geneesmiddelen. Er bestaan ook medische noodprogramma's waarbij geneesmiddelen waarvoor er een vergunning voor het in de handel brengen werd afgegeven, ter beschikking van de patiënten kunnen worden gesteld met het oog op het gebruik ervan voor een indicatie die niet werd vergund. Die programma's kunnen door de firma's worden toegepast onder bepaalde voorwaarden die in de wet van 25 maart 1964 worden vastgesteld. Voor het overige geldt er inderdaad een therapeutische vrijheid voor de artsen.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Reclame is verboden, en voor bepaalde producten wordt promotie gemaakt, dat zijn twee feiten, maar daartussen ligt een hele grijze zone. Ik blijf er dan ook bij dat het kader aangescherpt moet worden.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de niet-terugbetaling van het weesgeneesmiddel 'Firazyr' tegen erfelijk angio-oedeem" (nr. 19746)

07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Zo'n tweehonderd mensen lijden aan hereditair angio-oedeem, een aandoening die zich manifesteert door een pijnlijke zwelling van de weefsels; in sommige gevallen overlijdt de patiënt door verstikking. Firazyr is een geneesmiddel waarmee de aanvallen kunnen worden behandeld zonder het risico dat ziektekiemen via een subcutane injectie worden overgedragen.

Hoe komt het dat Firazyr, dat in juli 2008 werd goedgekeurd door het Europese Geneesmiddelenbureau (EMA), niet door het RIZIV werd erkend, in tegenstelling tot Berinert, dat intraveneus en dus door gezondheidswerkers moet worden toegediend?

07.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans): Ik deel u het antwoord van mevrouw Onkelinx mee. Een eerste aanvraag voor de terugbetaling van Firazyr werd verworpen omdat de staatssecretaris voor Begroting zijn toestemming niet verleende, ondanks een ontwerp van positieve notificatie mijnerzijds. Momenteel onderzoekt de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een nieuwe aanvraag. Ik hoop dat die aanvraag zal worden goedgekeurd, gelet op het nut van deze specialiteit.

07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Naar verluidt werden de budgetten inderdaad overschat. Dat moet worden geverifieerd. Als men de betrokken patiënten enigszins verlichting kan bieden, zou dat ook moeten gebeuren.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toepassing van de wet betreffende het rookverbod op terrassen" (nr. 19879)

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Om de wet met betrekking tot het rookverbod in gesloten ruimten waar gegeten wordt, te omzeilen installeren vele horecazaken hun klanten op een terras, waar ze wel mogen roken. Dat is absurd, want zo een terras moet dan natuurlijk verwarmd worden. Hoe moeten de inspecteurs op een dergelijke situatie reageren?

08.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans): De wet van 22 december is duidelijk. Voor de toepassing van de wet wordt onder een gesloten plaats een plaats verstaan die door wanden van de omgeving afgesloten is, en voorzien is van een plafond of zoldering. Die wanden mogen van canvas zijn of van een ander materiaal vervaardigd zijn. Alleen als er geen plafond of zoldering is en/of als ten minste een van de wanden volledig open is, gaat het voor de inspectiediensten om een open terras.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het aansporen tot gevaarlijke spelen bij jongeren" (nr. 19894)

09.01 Xavier Baeselen (MR): Welke preventieve maatregelen zijn er genomen inzake gevaarlijke spelletjes op de speelplaats (wurgspel, enz.) en hoeveel gevallen werden er geregistreerd?

Het is altijd belangrijk dat de feiten, op het moment dat ze vastgesteld worden, in verband kunnen worden gebracht met dat soort gevaarlijke spelletjes.

Worden de artsen gesensibiliseerd voor die praktijken? Worden er sensibiliseringsacties georganiseerd en opleidingen gegeven aan de eerstehulpdiensten? Wordt er voorzien in een specifieke follow-up van de slachtoffers?

Voorzitter Thérèse Snoy et d'Oppuers.

09.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Frans*): De Gemeenschappen en de ministers voor Onderwijs zijn bevoegd voor vragen in verband met het aantal ongevallen als gevolg van het gevaarlijke wurgspel en de preventieve maatregelen.

Minister Onkelinx heeft niettemin indirect toegang tot twee databanken: de gegevens met betrekking tot de interventies van de mobiele urgentiegroepen (MUG) en de minimale klinische gegevens (MKG), die de gegevens van gehospitaliseerde patiënten omvatten. Strangulatie als gevolg van het wurgspel wordt niet als zodanig vermeld in die databanken, waarin de gegevens worden geklasseerd via de internationale classificatie van ziekten ICD-9-CM. De cijfers uit die databanken worden louter ter informatie verstrekt.

In 2007 waren er 31 slachtoffers van het wurgspel: één op school, 26 thuis en 2 op een openbare plaats. Negen personen zijn overleden, 18 konden er terug naar huis en drie werden er overgebracht naar een verzorgingsinstelling.

Volgens een andere zoekopdracht, in de MUG-gegevens van 2009, waren er 15 minderjarigen met de code asfyxie en strangulatie, van wie er acht ter plaatse overleden waren.

De hulpdiensten krijgen de nodige opleiding om in elke situatie passend te reageren. Minister Onkelinx vindt het onnodig een sensibilisatiecampagne of een specifieke opleiding te organiseren in verband met het wurgspel.

09.03 **Xavier Baeselen** (MR): Het is belangrijk dat het onderwijzend, het verzorgend en het gerechtelijk personeel gesensibiliseerd worden. Daarbij moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen zelfdoding en gevaarlijke spelletjes. De video-opnames zijn te zien op internet, wat tot een vorm van wedijver leidt onder de jongeren. Er moeten opleidingen worden georganiseerd, ook voor de medische actoren.

Het incident is gesloten.

10 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Luc Goutry** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de organisatie van de neonatale zorg" (nr. 19951)
- de heer **Luc Goutry** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de uitbouw van de neonatale zorg" (nr. 19952)

10.01 **Luc Goutry** (CD&V): Het KB van 10 maart 2008 heeft de erkenningsnormen van de diensten neonatologie gewijzigd. Elke dienst is voortaan verplicht om een gestandaardiseerde follow-up te coördineren bij hoog-risico pasgeborenen. Dit is verstandig, want op peuter- en kleuterleeftijd hebben prematuur geboren kinderen veel meer problemen.

Hoe moet volgens de minister deze follow-up concreet worden georganiseerd? Met welke financiële middelen? Valt dit onder de noemer preventieve gezondheidszorg en is het bijgevolg een gemeenschapsbevoegdheid? Hoe wordt het aangepakt in Vlaanderen? Overweegt de minister om de follow-up beter en doelmatiger te organiseren?

10.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Het KB van 10 maart 2008 wijzigt de bijzondere normen voor intensieve neonatologie. De dienst voor intensieve neonatologie staat in voor de organisatie van een gestandaardiseerde follow-up van de hoog-risico pasgeborenen. Dit zijn pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1.500 gram of waarvan de moeder voor 32 weken zwangerschap is bevallen.

De diensten voor neonatologie hebben de taak en de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat die follow-up georganiseerd wordt. Dit veronderstelt ook dat ze over de resultaten van deze follow-up beschikken. Bovendien moet het programma gestandaardiseerd zijn.

De diensten voor neonatologie zijn niet verplicht om deze follow-up zelf te organiseren. Aangezien het aantal patiënten beperkt is, mogen zij de patiënt doorverwijzen naar andere structuren die deze functionaliteit ontwikkeld hebben. De uitgevoerde screenings vallen voor het grootste deel onder het systeem van de terugbetaling van prestaties van de verplichte ziekteverzekering. In de toekomst zou men een terugbetaling op basis van een forfait kunnen overwegen via specifieke overeenkomsten tussen het RIZIV en gespecialiseerde erkende structuren.

De organisatie van controleonderzoeken na een ziekenhuisopname is een gangbare praktijk in heel wat disciplines en voor alle soorten patiëntengroepen. De follow-up heeft tot doel complicaties op te sporen die zouden optreden in de weken, maanden of jaren na een opname.

Hoewel een samenwerking met de Gemeenschappen en Gewesten relevant is, blijft het belangrijk om een programma op nationaal niveau uit te werken en te beschikken over nationale gegevens.

In Vlaanderen wordt de follow-up grotendeels verzekerd door de vier centra voor ontwikkelingsstoornissen. Deze centra ontvangen een gemengde financiering. In Wallonië en Brussel bestaat dergelijke structuur niet. Elke dienst organiseert zijn eigen opvolging.

De Belgische Vereniging voor Neonatologie, de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde en het College van geneesheren voor de moeder en pasgeborenen, afdeling Neonatologie, zijn reeds bezig met de uitwerking van een gestandaardiseerde follow-up. De financieringsmodaliteiten werden nog niet besproken.

10.03 Luc Goutry (CD&V): Er zijn steeds meer premature geboorten, waarbij de problematiek klinisch wordt opgevolgd rond de geboorte zelf. Het is van wezenlijk belang dat er ook centra zijn die deze kinderen blijven screenen. In West-Vlaanderen en Limburg is dit niet uitgebouwd. Ik dring erop aan dat de minister, in samenspraak met de bevoegde ministers van de verschillende Gemeenschappen, het kader zou voltooien.

10.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Vorige donderdag hebben we een rondetafel georganiseerd over deze problematiek, met heel de sector en het College. Wellicht komen we tot een resolutie die de follow-up effectief opvraagt.

10.05 Luc Goutry (CD&V): In ons land zijn er negentien erkende NIC-diensten (Neonatal Intensive Care), klinische zorgeenheden binnen een algemeen ziekenhuis voor intensieve medische zorg aan premature patiënten: zeven in Vlaanderen, zes in Wallonië en zes in Brussel.

In totaal zijn er 310 NIC-bedden erkend. Dit aantal stemt niet meer overeen met het aantal verantwoorde bedden. Een herverdeling van de erkende bedden volgens de reële bezettingsgegevens is dringend en noodzakelijk.

Erkent de minister dat er een inefficiënte verdeling is? Vindt zij de aanpassing ook dringend? Is zij bereid om een objectieve activiteitsmeting te laten verrichten? Binnen welke procedure en timing zal dit gebeuren?

10.06 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): De problematiek van de verdeling van NIC-bedden tussen de ziekenhuizen die over een erkenning beschikken, komt voort uit belangrijke verschillen in bezettingsgraad. Mijn voorganger heeft, voor zover ik weet, geen enkel gevolg gegeven aan de geformuleerde aanbevelingen in de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Hoewel het probleem van de reële bezettingsgraad van de NIC-bedden niet opgelost kan worden, is het slechts één aspect van het probleem. Naast de toegankelijkheid inzake tarificatie heeft de wetgever immers ook de geografische toegankelijkheid willen verzekeren. Die is bijzonder belangrijk voor de ouders in die moeilijke periode. Dat verantwoordt ten minste gedeeltelijk het behouden van bepaalde NIC-diensten, onafhankelijk van hun reële bezettingsgraad. Anderzijds loont het de moeite de vraag te stellen naar de minimale grootte van een NIC-dienst - vandaag vastgesteld op vijftien bedden - en/of naar de uitbreiding van het aantal NIC-bedden.

Ik ben er zeker niet tegen dat er nagedacht wordt over andere verdelingsmodaliteiten voor de NIC-bedden.

De bevoegde organen kunnen daartoe adviezen geven of aanbevelingen doen, maar ik meen dat dit niet erg dringend is.

Bij de opmaak van de nieuwe financieringsregels voor de ziekenhuizen op 1 juli 2002 werd meer nadruk gelegd op de reële, verantwoorde activiteiten dan op structurele elementen. Daarbij werden de NIC-bedden echter expliciet uitgesloten van een op een verantwoorde activiteit gebaseerde financiering. Er wordt immers van uitgegaan dat de heterogeniteit van de behandelde pathologie in de NIC-bedden het moeilijk maakt een financiering te verlenen op basis van een standaardverblijf per pathologie.

Momenteel beschik ik niet over informatie die zou toelaten om het principe van de financiering voor dit type van bedden fundamenteel te herzien.

10.07 Luc Gouty (CD&V): Als er te weinig erkende bedden zijn ten opzichte van het aantal verantwoorde bedden, is er constant een overbezetting en een onderbestaffing. De erkenning kan uitgebreid worden via een open enveloppesysteem, met meer middelen, maar ik hoor dat de middelen beperkt zijn. Dan moet het gebeuren met een gesloten enveloppe, maar dat betekent een rationalisatie van de verschillende centra. Ik zou er absoluut voor willen pleiten dat er ten minste een overeenstemming bereikt wordt tussen de reële bezetting, dus de verantwoorde bedden, en de uiteindelijk erkende bedden.

Het incident is gesloten.

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de opvang van jong dementerenden in de rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 20031)
- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de opname in rusthuizen van jong dementerenden" (nr. 20099)
- mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de zorg voor jong dementerenden door aangepaste dag en residentiële opvang" (nr. 20241)

11.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het probleem van jongdementie werd onlangs op de agenda gezet, onder meer door een symposium georganiseerd door collega Van Broeckhoven. Er werd ook een resolutie ingediend.

Naar schatting gaat het om 3.000 tot 11.000 jong dementerenden. Het gaat om 0,16 procent bij mannen en 0,09 procent bij vrouwen in de leeftijdsgroep van 30 tot 60 jaar. Die mensen komen ofwel in de psychiatrie terecht, waar zij niet op hun plaats zijn, ofwel in een RVT, waar zij evenmin op hun plaats zijn. Goed nieuws is dat de minister het probleem erkent en heeft verklaard dat enkele centra aangeduid zullen worden om die groep van mensen op te vangen. Voor deze patiënten is de ontwikkeling van een specifiek zorgprogramma echter even belangrijk als een allocatie bij een RVT.

Kan de minister bevestigen dat vanaf september alle jongdementie patiënten terecht kunnen in een RVT?

11.02 Martine De Maght (LDD): Jong dementerenden zijn mensen die door gedragsproblemen of bij gebrek aan mantelzorgers niet langer thuis kunnen blijven en daardoor vaak in de psychiatrie terechtkomen. De enkele rustoorden die hen toch opvangen, moesten daarvoor telkens opnieuw een uitzondering aanvragen. Deze uitzonderingsaanvraag zou nu echter wegvallen.

Expertisecentrum Dementie Vlaanderen zegt ook dat het vandaag dubbel zo lang duurt vooraleer de diagnose kan worden gesteld in verband met jongdementie. Dat is uiteraard een hel voor de omgeving, want 75 procent van de partners neemt de zorg op zich. Door het wegvallen van de uitzonderingsaanvraag blijft enkel de zorgbehoefendheidsgraad, aangeduid met de Katz-score, belangrijk inzake subsidiëring en tegemoetkoming.

Zal er inderdaad een speciale aanpak komen voor die specifieke groep? In welke categorie of in welke Katz-score horen deze jong dementerenden thuis? Zal er voor hen een specifieke score worden gecreëerd, gekoppeld aan een specifiek zorgprogramma en aan een subsidie vanuit het RIZIV? Zullen de nodige middelen worden vrijgemaakt om via het RIZIV de rust- en verzorgingstehuizen te ondersteunen om de opname van deze jong dementerenden door te voeren? Over welk bedrag spreken we? Heeft hierover interministerieel overleg plaatsgevonden? Wat was het resultaat daarvan?

11.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Jong dementerenden zijn mensen die de eerste symptomen van dementie vertonen voor de leeftijd van 65 jaar, op een ogenblik dat zij nog volop in het actieve leven staan. Er zijn geen echte cijfers beschikbaar, omdat de meeste studies werken met ouderdomsdementie en niet met jong dementerenden.

Ongeveer 15 procent van de patiënten met een diagnose van dementie zijn jong dementerenden. In België zouden er tussen 3.000 en 11.000 patiënten met jongdementie kunnen zijn. Om het probleem van de opvang in te schatten, is het belangrijk het werkelijke aantal patiënten te kennen. Daarbij is het aantal patiënten met een dementiediagnose een onderschat aantal. Waarschijnlijk mogen wij het vermenigvuldigen met factor 4 of 5.

Niet alleen krijgen zij vaak geen diagnose, zij krijgen ook vaak een foute diagnose. In tegenstelling tot mensen met ouderdomsdementie hebben jong dementerenden een zeer specifieke opvang nodig. Zij passen niet in de huidige rusthuisomgeving. Het gaat om jonge mensen die fysiek nog sterk zijn en die vaak jonge kinderen hebben.

Ziet de minister iets in het uitbouwen van een specifiek zorgstrategisch plan dat gericht is op jong dementerenden? Zal zowel de dagopvang als de residentiële opvang aangepast worden aan de noden van jong dementerenden? Welke oplossingen stelt de minister voor? Hoe ziet de minister een betere opleiding van de artsen inzake jongdementie?

11.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): In de huidige federale RVT-reglementering bestaat er geen leeftijdslimiet. Die limiet wordt wel gehanteerd in de rusthuizen, waarvoor de Gemeenschappen en de Gewesten bevoegd zijn, en is in de praktijk van toepassing op vrijwel alle RVT-bedden.

De problematiek van de jong dementerenden wordt momenteel onderzocht door het adviescomité voor chronische ziekten van het RIZIV. Er wordt gewerkt in een ruimer zorgperspectief, namelijk thuiszorg, verzorging in een dagcentrum of tenlasteneming in een ROB of RVT. De problematiek rijst ook bij andere ziektebeelden, zoals multiple sclerose of Huntington.

In april 2009 gingen projecten van start, waarbij in een specifieke omkadering werd voorzien van 180 plaatsen voor patiënten die lijden aan multiple sclerose of amyotrofe laterale sclerose en 60 plaatsen voor personen met de ziekte van Huntington.

Na de evaluatie van deze projecten zou er, rekening houdend met de budgettaire middelen, een gelijkaardig initiatief voor jongere dementerenden kunnen worden opgestart. Ik wacht echter eerst op de resultaten van het rapport van het comité, dat tegen eind september klaar zou moeten zijn.

In het programma chronische ziekten worden maatregelen genomen voor de opvang van dementerenden door hulpverleners van de eerste lijn op het vlak van opleiding, diagnose of behandeling en begeleiding. Die maatregelen zijn uiteraard voor alle dementerenden, waaronder ook de jonge dementerenden. Er wordt momenteel een maatregel voorbereid voor de terugbetaling van de diagnose van dementie bij jongere patiënten. Jonge dementerenden zullen ook een multidisciplinaire opvang kunnen krijgen in de geheugenklinieken. Deze klinieken stellen een behandelingsplan op en nemen maatregelen die het thuishouden van de patiënt bevorderen. In 2010 zullen elf geheugenklinieken worden gefinancierd. Na een

evaluatie en naargelang van de beschikbare middelen zal het aantal geheugenklinieken progressief verhoogd worden.

Voorzitter: Luc Goutry.

11.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ik zal het rapport van eind september afwachten. Kan de commissie in het najaar de resolutie behandelen?

De **voorzitter**: Donderdag zal het bureau van de commissie de agenda van de komende maanden bepalen. We zullen rekening houden met de vraag van mevrouw Avontroodt.

11.06 Martine De Maght (LDD): Jong dementerenden hebben een zeer specifieke begeleiding nodig en de RVT's zijn al overvol. Ik maak mij er zorgen over dat er nu opnieuw een doelgroep voor de RVT's gecreëerd wordt. De Gemeenschappen en Gewesten hebben geen budget om extra plaatsen te creëren. Daarom moeten we samenwerking met de privésector overwegen.

Hopelijk wordt hiermee rekening gehouden als het overleg eind september van start gaat.

11.07 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Ik ben blij met de maatregelen van de minister voor alle dementerenden, maar jonge dementerenden hebben zeer specifieke noden en horen eigenlijk niet thuis in RVT's. Daarom vraag ik om aangepaste maatregelen te nemen voor specifiek voor de jonge dementerenden.

Het incident is gesloten.

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Sarah Smeyers** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het stijgend aantal rokers" (nr. 20028)
- mevrouw **Josée Lejeune** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toename van het aantal rokers in ons land" (nr. 20088)

12.01 Sarah Smeyers (N-VA): Voor het tweede jaar op rij steeg het aantal rokers in ons land. Volgens de Stichting tegen Kanker is dat voor een deel te wijten aan het uitblijven van een algemeen rookverbod in de horeca.

Is de staatssecretaris het daarmee eens? Zal het algemeen rookverbod in de horeca versneld worden ingevoerd?

12.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Ik betreur de cijfers van de Stichting tegen Kanker, die ik niet betwist. Ik ben het echter niet eens met de analyse van de oorzaken van de toename.

Tijdens deze regeerperiode werden nieuwe maatregelen genomen in de strijd tegen het roken. Sinds 1 oktober 2008 wordt professionele hulp bij het stoppen met roken terugbetaald. Deze maatregel is zeer succesvol. Daarnaast werd ook het vermelden van het telefoonnummer van de Tabakstoplijn en ontradende beelden op pakjes sigaretten en roltabak verplicht.

Het algemeen rookverbod in de horeca komt er inderdaad pas uiterlijk op 1 juli 2014, maar het rookverbod in zaken waar voedsel wordt aangeboden, is wel al een bijkomende stap. Het feit dat er een uitzonderingsregime is voor andere horecazaken, kan de toename van het aantal rokers niet verklaren. Die toename moet ons wel aanzetten om onze inspanningen voort te zetten.

Preventie is een bevoegdheid van de Gemeenschappen. De strijd tegen tabak vraagt echter een gecoördineerde aanpak tussen de beleidsniveaus. De cel Gezondheidsbeleid en Drugs lijkt me de ideale plaats om dit overleg te organiseren.

12.03 Sarah Smeyers (N-VA): Ik blijf er bij dat de tussenstap overbodig was. Met een algemeen rookverbod in de horeca had de overheid een duidelijk signaal kunnen geven. De maatregelen die door de staatssecretaris werden opgesomd, zijn allemaal bedoeld om mensen aan te zetten om te stoppen met roken, maar de overheid heeft ook een belangrijke taak in het verhinderen dat mensen beginnen te roken. Een algemeen rookverbod zou daarvoor kunnen zorgen.

Ik betreur het dat er niets meer zal gebeuren voor 2014, want dat is vier jaar waarin jongeren ongehinderd kunnen beginnen met roken.

12.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): Mevrouw Smeyers heeft voor een deel gelijk, maar een toekomstige maatregel die niet vlugger wordt uitgevoerd, is geen verklaring voor de cijfers uit het verleden.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van mevrouw Ilse Uyttersprot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de hulpverleningscapaciteit binnen de regio Aalst" (nr. 20029)

13.01 Ilse Uyttersprot (CD&V): De drugproblematiek in de regio Aalst is schrijnend, in het bijzonder het heroïnegebruik. Ik wil uiteraard alle mogelijkheden die binnen mijn bereik liggen, benutten om de problematiek aan te pakken. Gegeven de geïntegreerde en integrale aanpak die nodig is, kan de oplossing echter niet alleen van de gemeenten komen. Hulp van de Vlaamse en de federale overheid is onontbeerlijk.

De hulpverleningsinstanties in de Aalsterse regio zijn niet dik gezaaid en de RIZIV-capaciteit die de overheid ter beschikking stelt, is beperkt. De gemeente financiert het behandelingscentrum Traject volledig zelf en heeft ook een samenwerkingsverband met De Sleutel op poten gezet. We zijn echter van mening dat de psychosociale hulpverlening van drugverslaafden geen taak is voor de gemeenten en onze echte kerntaak, de integrale aanpak van het drugsfenomeen, lijdt eronder.

Kan de minister een overzicht geven van het aantal druggebruikers per regio in Vlaanderen? Wat zijn de middelen per regio voor preventie enerzijds en begeleiding anderzijds? Kan de minister een overzicht geven van de hulpverleningscapaciteit in de regio Aalst? Welke middelen worden uitgetrokken om therapeutische centra in Ronse en Geraardsbergen te bouwen? Bestaat de mogelijkheid om uitbreiding voor De Sleutel te krijgen in de regio Aalst?

13.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): Het precieze aantal druggebruikers in de verschillende regio's van het land is niet beschikbaar, het aantal opnames wel.

In de psychiatrische centra of psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen werden in 2006 5.779 patiënten met een drugproblematiek opgenomen, waarvan 360 uit het arrondissement Aalst.

In andere afdelingen van ziekenhuizen werden in 2007 6.126 patiënten met een drugproblematiek opgenomen, waarvan 189 uit het arrondissement Aalst.

Voor de middelen voor preventie en begeleiding moet men zich richten tot de Gemeenschaps- en Gewestministers.

Het totale jaarbudget voor gespecialiseerde revalidatiecentra voor verslaafden in de provincie Antwerpen bedraagt momenteel 4,7 miljoen euro, in de provincie Limburg 3,3 miljoen euro, in de provincie Oost-Vlaanderen 8,8 miljoen euro, in de provincie Vlaams-Brabant 2,8 miljoen euro en in de provincie West-Vlaanderen 3,3 miljoen euro. Deze middelen dienen uitsluitend voor de integrale multidisciplinaire behandeling van drugverslaafden en dus niet voor preventie.

Er zijn zowel ambulante als residentiële centra. In Oost-Vlaanderen zijn er twee. De residentiële centra

worden geacht om de drugsverslaafden te bereiken van de nabije regio's en doen dat volgens het RIZIV ook.

De kosten voor de ziekteverzekering van een gespecialiseerd revalidatiecentrum voor verslaafden liggen zeer hoog en het is dan ook niet haalbaar in elk arrondissement een centrum op te richten.

In Aalst bestaat het centrum Traject, dat sinds 2008 officieel erkend is door het RIZIV als antenne van de dagcentra van De Sleutel. Die dagcentra hebben een financieringsovereenkomst met het RIZIV als gespecialiseerd revalidatiecentrum voor verslaafden. De financieringsovereenkomst met het RIZIV regelt de omkadering van de dagcentra van De Sleutel en het aantal revalidatieprestaties dat die dagcentra globaal moeten uitvoeren. De Sleutel kan zelf personeel inzetten volgens de noden in Aalst.

In de regio Aalst zijn in totaal 427 psychiatrische bedden beschikbaar. Uiteraard zijn die niet allemaal voor drugverslaafden.

Het nieuwe dagcentrum, dat sinds vorig jaar gefinancierd wordt door het RIZIV en dat antennes heeft in de gemeenten Ronse en Geraardsbergen, hangt af van een andere inrichting die met het RIZIV een overeenkomst heeft afgesloten, De Kiem. Het totale budget voor het dagcentrum bedraagt 275.000 euro.

Net als de residentiële centra worden ook de ambulante revalidatiecentra voor verslaafden verondersteld een grotere regio te bereiken. Het revalidatiecentrum vormt binnen een netwerk een gespecialiseerde dienst waarnaar andere netwerkpartners verslaafden kunnen doorverwijzen.

De Sleutel kan zelf beslissen om meer personeel in te zetten in de regio Aalst. De Sleutel kan, als dat nodig is, de beheersinstanties van het RIZIV een uitbreiding van zijn personeelskader vragen.

13.03 Ilse Uyttersprot (CD&V): De regio Aalst vormt een zwarte vlek omdat de voorzieningen er mager zijn. Aalst heeft zich al verenigd met andere gemeenten en de realiteit wijst uit dat druggebruikers niet naar Gent gaan. Traject wordt geheel gefinancierd door de stad en daarom zullen wij een verhoging van de RIZIV-capaciteit vragen. Ik hoop op steun van de minister.

Het incident is gesloten.

14 Vraag van mevrouw Ilse Uyttersprot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de huidige regelgeving in verband met de geluidsmeting" (nr. 20030)

14.01 Ilse Uyttersprot (CD&V): De kaderwet van 18 juli 1973 en het KB van 24 februari 1977 regelen de geluidsnormen voor niet-ingedeelde inrichtingen. De geluidsnormen zijn enkel vastgelegd voor dB(A), maar elektronische bassen kunnen alleen worden gemeten in dB(C). Aangezien er geen normen voor dB(C) vastgelegd zijn, kunnen er geen overschrijdingen worden vastgesteld, hoewel de overlast enorm kan zijn.

Is de minister ervan op de hoogte dat de wetgeving verouderd is? Is een aanpassing niet aangewezen? Zal de minister stappen zetten?

14.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): De huidige situatie noopt tot maatregelen. De geluidsstrekte en de bastonen bereiken tijdens concerten en filmvertoningen vaak een gevaarlijk niveau. Hoewel de C-filter beter overeenstemt met de subjectief waargenomen geluidsstrekte voor lage tonen, geeft de A-filter een hoger risico op gehoorschade.

Er is een juridische lacune ontstaan doordat het KB van 24 februari 1977 over de geluidsnormen na de staatshervorming niet aan de nieuwe bevoegdheidsverdeling is aangepast. De Gewesten hebben het KB enkel aangepast met betrekking tot geluidshinder voor de omwonenden, niet met betrekking tot de mogelijke schade voor de consumenten binnen de inrichting.

De wet van 9 februari 1994 over de veiligheid van producten en diensten biedt een volwaardige rechtsgrond om een nieuw KB op te stellen ter bescherming van de consument tegen geluidsoverlast. Deze bevoegdheid komt toe de minister van Consumentenbescherming.

Het incident is gesloten.

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Katia della Faille de Leverghem** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verwaarlozing van huisdieren" (nr. 20072)

- mevrouw **Magda Raemaekers** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de aanpak van dierenmishandeling en dierenverwaarlozing" (nr. 20081)

- mevrouw **Katia della Faille de Leverghem** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "bijtincidenten met honden" (nr. 20132)

15.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Hoewel België een duidelijke wetgeving heeft met betrekking tot dierenwelzijn, blijven inbreuken grotendeels onbestraft. In de voorbije vijf jaar werden slechts 23 mensen veroordeeld voor verwaarlozing, werden slechts 292 van de 520 boetes geïnd en kregen slechts drie personen een verbod op het houden van dieren. Nochtans worden er jaarlijks ruim 30.000 honden en katten door hun baasjes uitgezet.

Welke maatregelen zal de minister nemen om het welzijn van dieren te verhogen? Wordt er overlegd met de minister van Justitie over een gezamenlijke aanpak van dierenmishandeling? Krijgt de dierenwelzijnswet genoeg aandacht in het vervolgingsbeleid van de parketten?

Dat onlangs een zevenjarig meisje in Schepdaal werd aangevallen door een rottweiler, toont eens te meer aan hoe belangrijk een goede opvoeding voor honden is. Zal de minister initiatieven nemen om het aantal bijtincidenten terug te dringen? Is het een goed idee om hondeneigenaars een bekwaamheidstest op te leggen? Zal de minister overleggen met de sector over mogelijke maatregelen? Zal zij overleggen met de minister van Financiën over de mogelijkheid om een familiale verzekering te verplichten voor eigenaars van huisdieren?

15.02 Magda Raemaekers (sp.a): Hoewel ons land beschikt over een wet op het dierenwelzijn, laat de concrete invulling ervan vaak te wensen over. Zo waren er in de voorbije vijf jaar zeer weinig veroordelingen voor dierenverwaarlozing en werden er nauwelijks boetes opgelegd. De wetgeving vertoont ook een aantal hiaten. Er is geen duidelijkheid over de kwalificatie 'gevaarlijke hond'. Het is ook een schande dat er geen verplichting is om in schutthokken en zichtbare drinkvoorzieningen te voorzien op weides en is het is nog steeds niet verboden om honden aan te ketting te leggen. Het is een goede zaak dat sommige gemeenten zelf proberen om via het politiereglement de hiaten te dichten.

Zal de minister, gezien de stijging van het aantal gevallen van dierenverwaarlozing en de toestroom in de asielen, extra initiatieven nemen in de strijd tegen dierenmishandeling? Zal zij overleggen met de minister van Justitie om hiervan een vervolgingsprioriteit te maken? Kunnen de gemeentes verplicht worden een gemeentereglement uit te vaardigen dat een aantal minimale principes inzake dierenwelzijn verplicht maakt?

15.03 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): De minister heeft niet de indruk dat het aantal gevallen van dierenverwaarlozing stijgt. Een stijging van het aantal klachten ligt deels aan een grotere gevoeligheid van de publieke opinie voor deze problematiek, deel aan de verhoogde slagkracht van de controlediensten en deels aan de grotere oplettendheid van de politie.

Ik heb een aantal prioriteiten opgesteld inzake dierenwelzijn, zoals de opstelling van een meerjarenplan voor de strijd tegen de overpopulatie van zwervkatten. Voor de problematiek van de dieren in de wei – in 2009 onderwerp van de informatiecampagne 'Blijf op de wei' – en over de bijtincidenten heb ik de Raad voor

Dierenwelzijn om advies gevraagd. De ad hoc-werkgroepen gaan eerstdaags van start.

Er wordt overlegd met de kabinetten van Justitie en Financiën om de inbeslagname van dieren efficiënter te laten verlopen. De controlediensten kunnen over het algemeen rekenen op een goede samenwerking met de parketten. Van de 86 Nederlandstalige en 60 Franstalige dossiers die in 2009 werden doorgestuurd naar de parketten, werden er 8 Nederlandstalige en 4 Franstalige geseponeerd, 6 keer stelde het parket een minnelijke schikking voor en 5 dossiers leidden tot een vonnis. Er zijn nog 19 Nederlandstalige en 20 Franstalige dossiers in vooronderzoek en in respectievelijk 8 en 1 dossier loopt een dagvaarding. Voor meer informatie over de vervolgingsprioriteiten verwijs ik naar de minister van Justitie.

Op basis van het advies van de Raad voor Dierenwelzijn hoopt de minister een wetgeving in verband met dieren op de weide te kunnen opstellen, zodat geen beroep moet worden gedaan op de gemeentereglementen. Het aan de ketting leggen van honden werd door de controlediensten nooit als een probleem gesignaleerd en is dus ook niet in de lijst van prioriteiten opgenomen.

Om het probleem van bijtincidenten aan te pakken, heeft de minister de Raad voor Dierenwelzijn gevraagd een werkgroep op te richten met vertegenwoordigers van de hondenscholen, de dierenbescherming, de fokkers en de dierenartsen. Deze werkgroep zal zich buigen over de mogelijkheid van een bekwaamheidstest voor hondeneigenaars en de verplichting van een familiale verzekering.

15.04 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Er komt een meerjarenplan voor de overpopulatie. Aan de Raad voor Dierenwelzijn wordt een advies gevraagd. Ik ben ook tevreden dat hij de maatregelen die Groot-Brittannië heeft genomen, zal bestuderen.

15.05 Magda Raemaekers (sp.a): Ik smee de minister een reglement uit te vaardigen over schuilhokken en drinkvoorzieningen in een weide. Het gaat echt om dierenverwaarlozing. De politie staat momenteel machteloos. De FOD vertikt het momenteel om dit door te geven.

Het incident is gesloten.

16 Vraag van mevrouw Liesbeth Van der Auwera aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de samenwerking inzake dringende medische hulpverlening in de grensstreek" (nr. 20074)

16.01 Liesbeth Van der Auwera (CD&V): Enige tijd geleden kwam bij een ernstig verkeersongeval op Nederlands grondgebied in de Limburgse grensstreek iemand om het leven en waren er verschillende zwaargewonden. De ambulancedienst bracht de slachtoffers naar het ziekenhuis van Roermond, hoewel het ziekenhuis van Maaseik dichterbij was.

Welke regeling geldt er inzake dringende medische hulp voor de noodoproepen? Welke coördinatie bestaat er tussen de Belgische en de Nederlandse hulpdiensten? Bestaan er overeenkomsten met de ziekenhuizen in de grensstreek?

16.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): Onlangs werd een Benelux-overeenkomst ondertekend die de organisatie regelt van de dringende geneeskundige hulpverlening tussen België en Nederland. Het antwoord op de tweede vraag staat in die overeenkomst.

Als eerste principe geldt dat het gaat om niet-structurele wederzijdse hulp. Elk land organiseert zijn eigen systeem. Het is pas bij overbelasting van het systeem dat het een beroep kan doen op het systeem van het buurland, indien dat een reële waarde heeft voor de hulp aan de patiënt. Ook bij ziekenhuizen wordt er slechts in een beperkt aantal gevallen een beroep gedaan op het dichtstbijzijnde ziekenhuis uit het andere land. Hierbij is prehospitaalisatie medicalisering een belangrijke factor.

In dit geval blijkt dat de Nederlandse interventie uitging van het Nederlandse oproepcentrum. Men was waarschijnlijk van oordeel dat de patiënt naar het ziekenhuis kon worden gebracht dat meestal aangeduid wordt door de Nederlandse dispatching. Het betreft een medische beslissing die tot de verantwoordelijkheid

behoort van de oproepcentrale en diegene die de interventie doet.

De Nederlandse ambulancediensten zijn vergelijkbaar met onze paramedische interventieteams. Wanneer een beroep wordt gedaan op de diensten van een buurland, gebeurt dat uitsluitend door de oproepcentrale van dat land, zodat de vorderingsregels worden gerespecteerd.

Het is de gezondheidswerkers tijdelijk toegestaan om op het grondgebied van het andere land de handelingen uit te voeren die hen in hun eigen land zijn toegestaan.

16.03 **Liesbeth Van der Auwera** (CD&V): Ik zal het antwoord onderzoeken.

Het incident is gesloten.

17 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Katia della Faille de Leverghem** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "dierproeven met apen" (nr. 20073)
- mevrouw **Rita De Bont** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "dierproeven op primaten" (nr. 20213)

17.01 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Grootschalige dierproeven met apen komen helaas nog steeds regelmatig voor. Open Vld heeft een resolutie ingediend om de transparantie bij dierproeven te vergroten. Die resolutie werd vorige week aangenomen. De Europese Commissie zet ook vraagtekens bij de noodzaak van biomedische proeven op apen. Tendentieuze rapporten van het wetenschappelijk comité belast met gezondheids- en leefmilieurisico's zouden de basis zijn om vooralsnog de proeven te behouden.

Heeft de minister weet van de twijfels binnen de Europese Commissie? Hoe professioneel en onafhankelijk werken de ethische commissies in België? In hoeverre controleert en stuurt de bevoegde minister dit bij?

17.02 **Rita De Bont** (VB): Deze commissie heeft vorige week een voorstel van resolutie betreffende een grotere transparantie bij dierproeven goedgekeurd. Intussen staat men in dit land en aan onze universiteiten wrede proeven op apen toe bij hersenonderzoek, terwijl hetzelfde onderzoek in Ashton met een grotere wetenschappelijke nauwkeurigheid en op een niet-invasieve manier bij de mens zelf wordt uitgevoerd. In heel wat Europese landen zijn experimenten op apen al volledig verboden. In de herziene Europese richtlijn 86/609 vraagt men naar een timing voor een volledig verbod.

Vindt de minister - nu er alternatieven zijn - deze experimenten nog steeds verantwoord? Overweegt zij om een verbod uit te vaardigen van dierproeven op gewervelde dieren die gebeuren voor andere doeleinden dan deze van wetenschappelijk onderzoek ten bate van de volksgezondheid? Overweegt zij een verbod op dierproeven op primaten, ongeacht de doeleinden? Stelt zij een tijdschema voorop om dierproeven op gewervelde dieren, en meer bepaald op primaten, in de toekomst te laten uitdoven?

17.03 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Nederlands): De minister en ikzelf feliciteren de commissie met het voorstel van resolutie.

Het rapport van januari 2009 van het wetenschappelijk comité belast met gezondheids- en leefmilieurisico's is mij bekend. Ik ken het rapport van de Europese Commissie en ik twijfel niet aan de kwaliteit ervan. Het is een denkoefening hoe verder met dierproeven op apen moet worden omgegaan. Voor zulke diersoorten moeten de proeven worden gerechtvaardigd door een bijzondere ethische overweging. De lopende herziening van de Europese richtlijn betreffende de bescherming van dieren die voor experimentele en andere wetenschappelijke doeleinden worden gebruikt, gaat trouwens in die zin. Op Europees niveau is er op dit ogenblik echter geen betwisting over het nut van zulke proeven in specifieke afgeleide domeinen van het biomedisch onderzoek.

Zoals de wet voorschrijft, dient ieder laboratorium zijn proefprotocollen vooraf aan een ethische commissie

voor te leggen. Mijn administratie bevestigt dat die commissies met de nodige professionaliteit functioneren.

Aan iedere commissie is minstens één extern lid toegevoegd. Met de herziening van het KB inzake de bescherming van proefdieren heb ik geëist dat in elke commissie minstens een tweede extern lid zitting zou hebben. Voorts maakt ook een inspecteur van de FOD Dierenwelzijn deel uit van de ethische commissie.

Inzake de dierproeven met primaten heb ik in mijn beleidsnota melding gemaakt van de oprichting van een specifieke evaluatiecommissie, een commissie Primaten. Ik heb opdracht gegeven aan het deontologisch comité om die specifieke commissie te installeren, zodra het KB gepubliceerd is.

Ik ben ervan overtuigd dat de ethische en wetenschappelijke expertise die vereist is voor de evaluatie van dit soort projecten, versterkt moet worden. In België gebeuren er geen dierproeven, tenzij in het belang van de volksgezondheid of van de gezondheid van de dieren. Er mag geen enkele dierproef uitgevoerd worden indien er voor het beoogde doel een alternatief bestaat. Ik deel de bezorgdheid om proeven met diersoorten zoals primaten met de grootste ethische overweging te benaderen.

Tijdens de herziening van de Europese richtlijn betreffende de bescherming van dieren in experimenten of ander wetenschappelijk onderzoek zijn er specifieke richtlijnen voorgesteld om aan deze bezorgdheid te beantwoorden. Momenteel wordt het nut van dergelijke proeven echter niet betwist op Europees niveau. De ethische commissie zal ons duidelijkheid kunnen verschaffen over de alternatieven voor proeven op primaten.

17.04 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Ik sta verstomd dat de minister zegt dat het nut van proeven op apen niet betwist wordt op Europees vlak. Ik ben echter blij dat zij instemt met de opname van twee onafhankelijke leden in de ethische commissies. Ik denk dat het Centrum van Toxicogenomica, dat nu een andere naam heeft, een belangrijke rol zal moeten spelen. Er zullen meer controles moeten komen. De mensen in de ethische commissies moeten ook meer verantwoording afleggen.

17.05 Rita De Bont (VB): Deze flyer bewijst dat tot op heden apen aan de universiteit van Leuven in gevangenschap worden gehouden met een elektrode door hun schedel tot in hun hersenen. Dat is nochtans een experiment waarvoor een alternatief bestaat en die proeven zijn dus wettelijk niet toegelaten. Ook in dit geval wordt de wet op het dierenwelzijn echter niet toegepast.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de erkenning van psychiatrische deskundigen" (nr. 20084)

18.01 Xavier Baeselen (MR): Onlangs ondervroeg ik de minister van Justitie over het gerechtelijk deskundigenonderzoek. Hij antwoordde me dat de psychiaters-gerechtsdeskundigen erkend moeten worden door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en dat het departement deze kwestie nader onderzocht.

Zijn er inderdaad problemen met betrekking tot de psychiaters-gerechtsdeskundigen? Zal u terugkomen op het koninklijk besluit waarin de erkenningsnormen worden vastgelegd, of zal u op zijn minst een nieuw initiatief nemen om de problematiek van de psychiaters-gerechtsdeskundigen aan te pakken?

18.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans): Ik deel u het antwoord van minister Onkelinx mee. Op dit ogenblik wordt de titel van geneesheer-specialist in de gerechtelijke psychiatrie niet vermeld in het koninklijk besluit van 25 november 1991. De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen heeft onlangs onderzocht of het opportuun was die beroepstitel in te voeren. De Raad lijkt eerder te opteren voor het aanvullend certificaat dan voor de invoering van een specialisme op zich. Alvorens ik dienaangaande een standpunt inneem, wil ik over het officieel advies van de Hoge Raad beschikken. Ik zal ook overleg moeten plegen met mijn collega van Justitie.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van mevrouw Hilde Vautmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de RIZIV-terugbetaling van borstreconstructies met vrije flappen" (nr. 20157)

19.01 Hilde Vautmans (Open Vld): Op 1 december 2008 is er een KB in werking getreden dat ervoor zou zorgen dat borstreconstructies met vrije flap, de zogenaamde warme borst, zouden worden terugbetaald door het ziekenfonds. Sindsdien heb ik echter vele mails ontvangen van mensen die helaas niet voldoende vergoed werden. Ik heb alle mails aan de minister bezorgd en ik meen dat die mensen een duidelijk antwoord moeten krijgen.

Kan de minister uitsluitsel geven over hoe de terugbetaling van de techniek met vrije flap gebeurt? Is de beloofde rondzendbrief betreffende de terugbetalingsmodaliteiten verstuurd en kunnen wij daar inzage van krijgen? Hoever staat het onderzoek naar de prijzen voor deze nieuwe technieken? Hoe worden de verschillen verklaard tussen de lijst van de maximumbedragen en de bedragen die de patiënten na hun operatie moeten betalen? Heeft de minister aan alle betrokken vrouwen een antwoord gestuurd?

19.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands): Sinds 1 december 2008 werden de terugbetalingen voor de borstreconstructies herzien, zodat de laatste technieken, waaronder de zogenaamde warme borst en technieken met de vrije flap, terugbetaald worden.

Ik heb hierover een brief gestuurd naar de nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. Het RIZIV heeft daarop plastische chirurgen schriftelijk bevraagd over het aanrekenen van hoge bedragen aan patiënten voor borstconstructies met vrije flap. De antwoorden werden besproken tijdens een vergadering van de werkgroep Plastische Chirurgie van de TGR op 1 oktober 2009. De bespreking in de werkgroep van de TGR loopt nog verder.

Het probleem is dat de nomenclatuurtarieven enkel verplicht zijn voor geconventioneerde artsen. Een niet-geconventioneerde arts kan zijn tarieven vrij bepalen. Wij raden de patiënt altijd aan zich te bevragen betreffende het statuut van de arts om verrassingen te vermijden. In het nieuwe akkoord geneesheren-ziekenfondsen werden modaliteiten opgenomen die moeten toelaten te weten wanneer een arts geconventioneerd is en wanneer niet.

De minister zal de e-mails van de betrokken vrouwen de komende dagen beantwoorden.

19.03 Hilde Vautmans (Open Vld): Ik blijf toch op mijn honger zitten. De minister zegt dat alle stappen zijn gezet en dat er duidelijkheid is gecreëerd. Uit de toevloed aan e-mails weet ik echter dat er geen duidelijkheid is over het deel dat terugbetaald wordt. Ik begrijp het verschil tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde artsen, maar er zou een eenduidig antwoord moeten komen op de vraag welke nu juist de tarieven zijn die aangerekend mogen worden bij een geconventioneerde arts.

Het is positief dat er nog altijd vergaderingen gehouden worden op het RIZIV en ik reken erop dat daar een goed resultaat uit komt. Mag ik ook vragen dat de minister mij in cc plaatst wanneer zij zou antwoorden op de mails?

Het incident is gesloten.

20 Vraag van mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van stroppen" (nr. 20170)

20.01 Magda Raemaekers (sp.a): In Bassenge werd onlangs een das in een strop gevonden. In Vlaanderen is het al een aantal jaren verboden om te jagen met een strop, in Wallonië is het nog steeds toegelaten als methode om vossen te vangen, maar ook dassen sterven in de stroppen. Het gebruik van een strop is barbaars en maakt ook slachtoffers onder beschermde diersoorten. Gisteren antwoordde Waals minister Lutgen dat hij de zaak zou onderzoeken en gaf hij toe dat het om ongeoorloofd dierenleed ging. Zal minister Onkelinx overleggen met minister Lutgen om het gebruik van stroppen te verbieden? Wanneer

mogen wij resultaten verwachten?

20.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): De minister deelt de bezorgdheid van mevrouw Raemaekers en is verbaasd dat dergelijke praktijken nog steeds toegelaten zijn. De jacht en de bescherming van fauna en flora zijn bevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten. Volgens de federale wetgeving is het doden van gewervelde dieren zonder verdoving via de jacht enkel toegelaten ter bestrijding van schadelijke organismen en enkel via de snelste en minst pijnlijke methode, wat hier duidelijk niet het geval is.

De minister heeft haar diensten gevraagd om via deze wetgeving te proberen om het gebruik van de strop te verbieden en zij zal minister Lutgen hierover interpellieren.

20.03 **Magda Raemaekers** (sp.a): Dieren kennen geen grenzen en de jachtwetgeving zou daarom overal hetzelfde moeten zijn. Ik dank de minister dat ze deze praktijken wil beëindigen en dat ze daarover zal overleggen met minister Lutgen.

Het incident is gesloten.

21 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het niet registreren van zorgkundigen" (nr. 20185)**

21.01 **Luc Goutry** (CD&V): Sinds enkele weken werkt de minister aan een oplossing voor het probleem van de zorgkundigen die een diploma haalden via sociale promotie of een beroepsopleiding ter aanvulling van elders verworven kwalificaties. De erkenningscommissie van de Nationale Raad voor Verpleegkunde erkent die diploma's niet, omdat ze zich vragen stelt bij de volwaardigheid van de opleiding.

Wat is de stand van zaken? Wanneer komt er een concreet voorstel?

21.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Nederlands*): Volgens de erkenningscommissie stemt deze opleiding niet overeen met criteria uit het KB van 12 januari 2006. Deze gebrekkige opleiding werd in het verleden al aan de kaak gesteld door de administratie van de minister en de informatie werd ook aan Vlaams minister Vandeuren bezorgd. Er wordt een tijdelijke maatregel voorbereid voor de personen die de opleiding reeds volgden, maar vanaf maart is het de bedoeling dat deze cursus wordt stopgezet. In alle erkenningsdossier moet aandachtig omgesprongen worden met het garanderen van de kwaliteit van de zorg. De dossiers van de betrokkenen zullen in dat kader op individuele basis worden bekeken.

21.03 **Luc Goutry** (CD&V): Ik hoop dat er snel een beslissing wordt genomen. Er is een grote schaarste aan zorgkundigen. De huidige onwetendheid over de erkenning van de diploma's is niet goed. Hopelijk zal het overleg met Vlaams minister Vandeuren snel plaatsvinden.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.23 uur.

La réunion publique est ouverte à 14 h 34 par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente.

01 **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 politique en matière de drogues douces et de cannabis" (n° 20214)**

01.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Le cannabis demeure une importante source de criminalité. Il est en outre de plus en plus certain que son usage régulier a des effets négatifs sur le plan physique, psychique et mental.

L'accord entré en vigueur en 2008 a été négocié avec les Communautés depuis 2002. La Cellule générale de politique en matière de drogues compte trois cellules de travail. La première, la Cellule politique de Santé Drogues existe depuis 2001. Où en sont les deux autres cellules? Quand seront-elles opérationnelles? La

Cellule générale de politique en matière de drogues compte-t-elle encourager une politique dissuasive en ce qui concerne l'usage des drogues douces, à l'image de ce qui se pratique pour l'alcool et le tabac? La ministre peut-elle communiquer le rapport annuel à la commission de la Santé publique?

01.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): La Cellule générale Politique des drogues et ses cellules de travail sont les forums de coordination et de concertation d'une politique globale et intégrée en matière de drogues. Il est primordial d'instituer le plus rapidement possible les cellules de travail Contrôle des drogues et Coopération internationale.

La cellule de travail Contrôle sera présidée par le ministre de la Justice. Le ministre des Affaires étrangères a été désigné comme président de la cellule de travail Coopération internationale. Je renvoie à ces deux collègues pour les informations plus pratiques.

Dans la déclaration commune de la conférence interministérielle Drogues du 25 janvier dernier, la prévention est décrite comme l'un des piliers essentiels de la politique en matière de stupéfiants. La prévention a comme principe de départ que la consommation de substances psychoactives constitue avant tout un problème de santé publique.

Le défi que doit relever la politique consiste essentiellement à éviter et à limiter les dommages à la santé, ce qui requiert une politique globale et intégrée ainsi qu'une bonne collaboration entre les différents ministres compétents pour les matières touchant à la santé. L'objectif visé est la mise en place d'une politique de dissuasion à l'égard des non-consommateurs et des consommateurs. Ce qui importe, c'est de véhiculer un message disant en substance que les drogues douces peuvent elles aussi causer des dommages à la santé et qu'il ne faut pas en banaliser la consommation. Mes collègues des Communautés et des Régions sont compétents pour la prévention et prennent déjà, en la matière, des mesures judicieuses. Outre la prévention, une détection et une intervention précoces sont également importantes.

Enfin, continuer d'investir dans une thérapie efficace demeure important. Dans ce cadre, je finance entre autres le projet *International Cannabis Need of Treatment* au CHU Brugmann de Bruxelles où une équipe spécialisée en *multidimensional family treatment* traite de jeunes consommateurs de cannabis à problème. Les résultats définitifs de l'évaluation réalisée seront disponibles au printemps 2011.

Le rapport annuel 2009 de la Cellule générale Politique de Drogues sera soumis aux membres pour approbation lors de la prochaine réunion prévue le 16 mars. Dès que le rapport approuvé sera disponible, il sera adressé à la présidente de la commission de la Santé publique. Les rapports d'activités des années écoulées peuvent également être consultés sur le site web du SPF Santé publique.

01.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Je retiens principalement que le rapport sera remis à la présidente après le 16 mars et que l'évaluation du projet pilote en cours au CHU Brugmann est prévue pour le printemps de l'an prochain.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'application des droits des patients" (n° 20257)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): La *Vlaams Patiëntenplatform* signale des problèmes rencontrés par des patients invoquant la loi de 2002 lors de dépôt de plaintes. Contrairement à ce qui se passe à l'hôpital, les patients qui souhaitent dénoncer une violation des droits des patients par un médecin généraliste ne peuvent s'adresser à un service de médiation. Ils doivent directement interpeller la Commission des droits du patient, où les listes d'attente sont longues.

Cette loi ne concerne que les violations commises par les médecins. Lorsque la violation de la loi est commise par l'hôpital en tant qu'institution, la plainte ne peut être traitée. Il en va de même pour le personnel soignant.

La ministre est-elle informée des listes d'attente ou de problèmes relatifs à des plaintes déposées auprès de

la Commission fédérale des droits du patient? A-t-il déjà été procédé à une évaluation de la situation? La ministre est-elle disposée à faire évaluer la loi?

02.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Je répondrai au nom de Mme Onkelinx.

En vertu de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le patient doit adresser toute plainte concernant un professionnel de la santé non lié à un hôpital au service de médiation fédéral Droits des patients du SPF Santé publique. La Commission fédérale "Droits du patient" est compétente pour rendre des avis et recevoir des plaintes concernant les services de médiation. Les rapports annuels du service de médiation fédéral sont disponibles sur le site internet du SPF Santé publique.

La loi relative aux droits du patient s'applique à tous les professionnels de la santé, c'est-à-dire pas exclusivement aux médecins. La loi confie aux fonctions de médiation le rôle d'améliorer les relations entre les patients et les prestataires de soins dans les hôpitaux.

Le délai de traitement des plaintes dépend de la nature de ces dernières. Le rétablissement du dialogue et la recherche d'une solution nécessitent parfois un certain temps.

Le service de médiation fédérale emploie actuellement trois personnes. Le SPF cherche une solution pour assurer une meilleure permanence du service.

L'évaluation de la loi relative aux droits du patient constitue une des missions légales de la commission Droits du patient. Celle-ci tient compte des rapports annuels du service de médiation des hôpitaux, des plateformes de concertation de soins de santé mentale et du service de médiation fédéral dans le cadre de l'élaboration de ses avis qui peuvent être consultés sur le site internet du SPF Santé publique.

Comme annoncé dans ma note de politique générale, une étude est menée sur l'application de la loi relative aux droits du patient dans le secteur du contrôle de la médecine d'expertise. Il est également envisagé de réaliser une étude sur les éventuels nouveaux systèmes de médiation dans le domaine des MRS.

J'examine comment il peut être donné suite aux observations formulées dans le rapport et j'espère être en mesure de présenter des nouvelles mesures bientôt.

02.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): J'analyserai la réponse et je reviendrai peut-être sur la question de l'évaluation.

L'incident est clos.

Président: Luc Goutry.

03 **Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'interdiction de la commercialisation du thon rouge" (n° 19569)**

03.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Le Parlement européen vient de se prononcer en faveur de l'interdiction de la commercialisation du thon rouge. De même, il soutient la proposition d'inscrire le thon rouge à l'Annexe I de la convention des Nations Unies en tant qu'espèce menacée. Les eurodéputés espéreraient peser sur la proposition qui sera étudiée par la CITES à Doha en mars. En réponse à une question posée par M. Dallemagne, la ministre avait répondu que les critères pour une inclusion à l'Annexe I sont bien remplis. Par ailleurs, la Belgique a confirmé soutenir cette proposition.

Pourquoi ne pas soutenir dès à présent cette proposition avec la France et l'Italie? La Belgique pourrait faire basculer la position de l'Union européenne sur cette question sensible pour le secteur de la pêche et surtout pour la biodiversité.

03.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): La Belgique soutient officiellement la proposition d'inscrire le thon rouge à l'Annexe I de la CITES. Il s'agit maintenant de faire adopter cette position au sein de l'Union européenne afin que l'Espagne puisse la défendre à Doha.

La Belgique estime justifiée une inscription de l'espèce à l'Annexe I sans période transitoire ni exception à des fins de pêche artisanale tel que proposé pas plus tard qu'hier par la Commission européenne, soutenue par la France et l'Italie.

Les propositions soumises pour discussion lors d'une conférence des parties doivent être communiquées au secrétariat CITES 150 jours au moins avant la session de la conférence. Les amendements adoptés à une session de la conférence entrent en vigueur 90 jours après ladite session pour toutes les parties à l'exception de celles qui formulent une réserve.

Si un État membre de l'Union européenne veut soumettre une proposition d'amendement des Annexes, cette proposition doit d'abord être présentée au comité CITES établi auprès de la Commission européenne. Si le comité approuve cette proposition, l'État membre qui assure la présidence de l'Union européenne la soumet au secrétariat CITES.

03.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je me réjouis de voir la Belgique adopter une position similaire à celle de la France ou de l'Italie mais en plus strict, vu qu'il s'agit de supprimer cette période d'attente. À vous entendre décrire les délais, on se dit que ce ne sera pas prêt pour cette saison et que le thon rouge risque d'être encore très pêché cette année.

L'incident est clos.

04 Question de 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 remboursement d'une alimentation du type de celle destinée aux astronautes pour les patients souffrant de la maladie de Crohn" (n° 19574)

04.01 Lieve Van Daele (CD&V): Pour certains patients atteints d'une forme très grave de la maladie de Crohn, l'alimentation coûteuse prévue pour les astronautes peut éventuellement remplacer l'alimentation par sonde. La ministre Onkelinx attendait pour le début de cette année les conclusions du groupe de travail Alimentation médicale sur l'optimisation de l'état nutritionnel des patients souffrant de la maladie de Crohn.

Le remboursement de ces aliments liquides pour les patients gravement atteints est-il envisageable?

04.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Le groupe de travail Alimentation médicale développe effectivement un projet en vue de l'optimisation de l'état nutritionnel des patients ambulatoires et hospitalisés. Un groupe restreint d'experts a arrêté un plan échelonné. Le groupe estime qu'il n'existe aucune preuve scientifique et clinique pour l'administration thérapeutique d'une alimentation spécifique pour les adultes atteints de la maladie de Crohn. Le projet peut éventuellement offrir une solution aux patients sous-alimentés souffrant de cette maladie. Il sera présenté au mois de mai à la commission des Pharmaciens-Organismes assureurs dans le cadre d'une nouvelle initiative pour 2011.

04.03 Lieve Van Daele (CD&V): Il n'y aurait donc pas d'évidence scientifique à propos des bienfaits de cette alimentation. Cependant, cette possibilité n'est pas totalement exclue en cas de sous-alimentation. En plus des nombreux problèmes graves auxquels ces patients doivent faire face au quotidien, l'obligation d'être sous perfusion constitue une charge très lourde. L'alimentation liquide constitue, alors, une différence très importante. Son coût exagéré se justifie difficilement.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le volume sonore des baladeurs numériques" (n° 19742)

05.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Quotidiennement, cinquante à cent millions d'Européens écoutent de la musique pendant des heures au moyen de baladeurs numériques. Aujourd'hui, la limite du volume sonore est fixée à 100 décibels. Or, à partir de 85 décibels, il y a risque de perte auditive permanente si l'exposition dure plus de huit heures. Souvent les lésions auditives ne se manifestent que des

années plus tard. On en revient aux questions du principe de précaution, de l'étiquetage et de la protection des consommateurs. Aucun étiquetage n'existe concernant le réglage du volume. Par ailleurs, même si le niveau sonore par défaut est fixé à 80 décibels, le consommateur est libre de modifier ce paramètre.

La Commission européenne a déclaré, fin septembre 2009, que le niveau sonore maximum devait être ramené à 80 décibels. Elle a demandé aux fabricants de plafonner le volume sonore dès l'allumage et de faire des propositions dans ce sens d'ici vingt-quatre mois. Quelle est la situation en Belgique? Quelles mesures avez-vous prises pour protéger le consommateur contre les excès du bruit?

05.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en français*): Le Conseil supérieur de la Santé a étudié cette question en 2007. Ses conclusions et recommandations sont formulées dans l'avis 8 187 du 7 février 2007. D'après lui, les données de la littérature sont suffisamment explicites pour supposer qu'en Belgique également, des dégâts auditifs existent du fait de l'exposition excessive au bruit, même si aucune étude épidémiologique n'est actuellement disponible pour notre pays.

L'Europe a déjà adopté des limites de bruit pour tous les types de lecteur de musique. Elles ont été fixées par les organismes de normalisation européens.

Cette norme doit prévoir les éléments suivants: une meilleure construction des écouteurs, une meilleure réduction du bruit ambiant, la réduction automatique du niveau sonore en fonction du temps d'écoute et la possibilité d'un contrôle parental du niveau sonore. Dès qu'elle sera publiée, les lecteurs de musique personnels seront fabriqués conformément à cette norme. Sinon, ils ne pourront pas être commercialisés sur le marché européen. Ces règles ne devront pas être transposées dans notre législation.

La norme limitera une exposition à 80 dB(A) jusqu'à quarante heures par semaine et une exposition à 89 dB(A) jusqu'à cinq heures par semaine. Ce niveau d'exposition sera prévu au moyen d'un réglage par défaut des produits. Un niveau plus élevé sera autorisé, s'il est sélectionné intentionnellement par l'utilisateur et si le produit incorpore un moyen fiable d'informer à propos des risques encourus.

05.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Nous savons que des jeunes dépasseront ces limites. De nouveau, la jeunesse est exposée à de graves problèmes de santé qui ne seront décelables que dans plusieurs années. Il y a de quoi s'affoler, car la jeunesse souffre d'une forme d'assuétude. La Belgique devrait soutenir un point de vue plus énergique sur les normes européennes. D'autre part, la ministre devrait lancer des campagnes de prévention auprès des parents et des jeunes.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'usage des médicaments off-label" (n° 19744)

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Les médicaments dits "off-label" ou "hors autorisation de mise sur le marché" (hors AMM) sont parfois utilisés pour d'autres maladies ou groupes cibles que ceux pour lesquels ils ont été initialement approuvés. Selon une étude de *Test-Santé*, plus de la moitié de ces médicaments prescrits aux enfants n'ont pas été testés pour eux et, en conséquence, leur usage peut être dangereux.

En Belgique, aucune loi ne régit la prescription de médicaments "off-label". En vertu du principe de "liberté thérapeutique", les médecins peuvent prescrire et les pharmaciens délivrer des médicaments hors AMM. En cas de problème, ils peuvent être tenus pour responsables, tout comme le patient. Les firmes pharmaceutiques sont toujours mises hors de cause mais font, par ailleurs, la promotion de ce type de médicaments.

Ne pensez-vous pas qu'un cadre légal soit nécessaire?

06.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en français*): La publicité pour un médicament est strictement interdite si elle en promeut l'usage pour un schéma thérapeutique ou un groupe d'âge non conforme aux données approuvées dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament (AMM). Cette interdiction ne souffre aucune dérogation. Il n'est évidemment pas interdit que les firmes répondent aux questions d'un médecin.

La réglementation européenne prévoit des mesures pour assurer les conditions de collecte de données concernant l'utilisation d'un médicament chez les enfants, tant pour les nouveaux que pour les anciens médicaments. Il existe aussi des programmes médicaux d'urgence mettant à disposition des patients un médicament possédant une AMM en vue de l'utiliser pour une indication non approuvée dans le cadre de cette AMM. Ces programmes peuvent être initiés par les firmes, sous certaines conditions fixées par la loi du 25 mars 1964. Pour le reste, nous sommes effectivement face à la liberté thérapeutique du médecin.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Que la publicité soit interdite et que la promotion soit pratiquée sont deux choses évidentes, mais il y a tout ce qui se joue entre les deux. Je maintiens donc l'idée qu'il conviendrait de resserrer quelque peu le cadre.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le non remboursement du médicament orphelin "Firazyr" contre l'angio-œdème héréditaire" (n° 19746)

07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): L'angio-œdème héréditaire atteint quelque deux cents personnes et se manifeste par le gonflement douloureux des tissus; il peut avoir une issue fatale due à l'asphyxie. Le *Firazyr* permet d'en soigner les crises aiguës sans risque de transmission de germes infectieux par injection sous-cutanée.

Pourquoi, alors qu'il a été agréé par l'Agence européenne du médicament (EMA) en juillet 2008, ne l'a-t-il pas été par l'INAMI, contrairement au *Beriner*, qui doit être administré par voie intraveineuse et implique la présence de professionnels des soins de santé?

07.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en français*): Je vous transmets la réponse de Mme Onkelinx. Une première demande de remboursement pour le *Firazyr* a été rejetée pour cause de non-accord du secrétaire d'État au Budget, malgré un projet de notification positive de ma part. Une nouvelle demande est en cours d'examen auprès de la Commission de remboursement des médicaments; je souhaite qu'elle aboutisse, compte tenu de l'utilité de cette spécialité.

07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Il semble effectivement que les budgets aient été surestimés. C'est à vérifier. S'il y a moyen de soulager ces personnes, il serait important de le faire.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'application sur les terrasses de la loi relative à l'interdiction de fumer" (n° 19879)

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Pour contourner la loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux fermés où l'on mange, de nombreux établissements installent leurs clients en terrasse pour leur permettre de manger tout en fumant, ce qui est absurde puisqu'il faut alors chauffer la terrasse. Comment les inspecteurs doivent-ils réagir?

08.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en français*): La loi du 22 décembre est claire. Un lieu fermé y est défini comme un endroit isolé de l'environnement par des parois et pourvu d'un plafond ou faux-plafond.

Les parois peuvent être en toile ou en n'importe quel autre matériau. Les services d'inspection considèrent qu'une terrasse est ouverte uniquement lorsque celle-ci n'est pas pourvue d'un plafond ou d'un faux-plafond et/ou lorsqu'au moins une des parois est complètement ouverte.

L'incident est clos.

09 **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'incitation aux jeux dangereux chez les jeunes" (n° 19894)**

09.01 **Xavier Baeselen (MR):** Quelles sont les mesures préventives prévues en matière de jeux dangereux dans les cours de récréation ("jeu du foulard", etc.) et combien de cas ont-ils été recensés?

Il est toujours important, au moment de la constatation des faits, de pouvoir établir un lien avec ces jeux dangereux.

Le corps médical est-il sensibilisé à cette pratique particulière? Existe-t-il des actions de sensibilisation et des formations destinées aux services de premiers secours? Existe-t-il un suivi particulier pour les victimes?

Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

09.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Les questions relatives au nombre d'accidents liés au jeu dangereux du foulard et aux mesures préventives sont du ressort des Communautés et des ministres en charge de l'Enseignement.

La ministre Onkelinx peut cependant interroger indirectement deux bases de données: les données concernant les interventions des SMUR et le résumé clinique minimum (RCM) contenant les données des patients hospitalisés. La strangulation dans le cadre du jeu du foulard n'est pas identifiée spécifiquement dans ces bases de données, qui utilisent la classification internationale des maladies ICD 9CM. Les chiffres extraits de ces bases de données sont fournis uniquement à titre d'information.

En 2007, trente et un patients ont été identifiés; un seul a été pris en charge dans une école, vingt-six à domicile et deux dans un lieu public. Neuf de ces patients sont décédés, dix-huit ont regagné leur domicile et trois ont été transférés dans une institution de soins.

Une autre recherche dans les données SMUR de 2009 a identifié, parmi les patients de moins de dix-huit ans porteurs du code "asphyxie et strangulation", quinze patients, dont huit décédés sur place.

Les services de secours reçoivent une formation permettant d'affronter toutes les situations. Mme Onkelinx n'estime pas nécessaire de prévoir une sensibilisation ou une formation spécifique au jeu du foulard.

09.03 **Xavier Baeselen (MR):** Il est important de sensibiliser les enseignants, le personnel de soins et le personnel judiciaire, en essayant de bien marquer la distinction entre suicide et pratique de jeux dangereux. Les vidéos sont visibles sur internet, ce qui provoque un phénomène d'émulation chez les jeunes. Il convient de mettre en place des formations, même pour les intervenants médicaux.

L'incident est clos.

10 **Questions jointes de**

- **M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'organisation des soins néonataux" (n° 19951)**

- **M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le développement des soins néonataux" (n° 19952)**

10.01 **Luc Goutry (CD&V):** L'arrêté royal du 10 mars 2008 a modifié les normes d'agrément des services de néonatalogie. Chaque service est désormais tenu de coordonner un suivi standardisé pour les nouveaux-nés à haut risque, ce qui est une mesure intelligente car les prématurés rencontreront davantage de problèmes à

un âge précoce.

Comment ce suivi devra-t-il être organisé concrètement selon le ministre? Avec quels moyens financiers? Cela entre-t-il dans le champ d'application des soins de santé préventifs et s'agit-il dès lors d'une compétence communautaire? Comment ce problème est-il abordé en Flandre? Le ministre envisage-t-il d'organiser plus adéquatement et plus efficacement le suivi?

10.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): L'arrêté royal du 10 mars 2008 modifie les normes particulières en matière de néonatalogie intensive. Le service de néonatalogie intensive est chargé de l'organisation d'un suivi standardisé des nouveaux-nés à haut risque. Il s'agit de nouveaux-nés qui pèsent moins de 1 500 grammes ou dont la mère a accouché avant 32 semaines de grossesse.

Les services de néonatalogie ont pour mission et responsabilité de veiller à ce que ce suivi soit organisé, ce qui suppose également qu'ils disposent des résultats de ce suivi. Le programme doit en outre être standardisé.

Les services de néonatalogie ne sont pas obligés d'organiser eux-mêmes ce suivi. Le nombre de patientes étant limité, ils peuvent aiguiller chaque patiente vers les autres structures qui ont développé cette fonctionnalité. Les dépistages effectués relèvent, pour la plus grande part, du système de remboursement des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. À l'avenir, l'on pourrait envisager un remboursement sur la base d'un forfait par le biais de conventions spécifiques entre l'INAMI et les structures agréées spécialisées.

L'organisation d'examen de contrôle après une hospitalisation est une pratique courante dans de nombreuses disciplines et pour toutes les catégories de patients. La finalité de ce suivi est de détecter les complications qui pourraient intervenir au cours des semaines, des mois ou des années qui suivent une hospitalisation.

Quoiqu'une coopération avec les Communautés et les Régions soit pertinente, il n'en reste pas moins capital d'élaborer un programme à l'échelon national et de disposer de données nationales.

En Flandre, le suivi est assuré pour l'essentiel par les quatre centres de troubles du développement qui bénéficient d'un financement mixte. De telles structures sont inexistantes en Wallonie et à Bruxelles. Chaque service organise son propre suivi.

La Société belge de Néonatalogie, la Société belge de Pédiatrie et le Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né, section Néonatalogie, travaillent déjà à la mise en œuvre d'un suivi standardisé. Les modalités de financement n'ont pas encore été discutées.

10.03 Luc Goutry (CD&V): Le nombre de naissances d'enfants prématurés est en hausse constante, et ce problème fait l'objet d'un suivi clinique à la naissance. Il est essentiel que des centres assurent également un suivi ultérieur des enfants. Ces structures n'existent pas en Flandre occidentale et dans le Limbourg. J'insiste pour qu'en concertation avec les ministres compétents des différentes Communautés, la ministre complète le cadre.

10.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Nous avons organisé une table ronde sur cette question jeudi dernier, avec l'ensemble du secteur et le Collège. Nous aboutirons peut-être à une résolution visant à demander effectivement le *follow-up*.

10.05 Luc Goutry (CD&V): En Belgique, dix-neuf services NIC (*neonatal intensive care*), à savoir des unités de soins cliniques intégrées dans un hôpital général et spécialisées dans les soins médicaux intensifs aux enfants prématurés, sont agréés: sept en Flandre, six en Wallonie et six à Bruxelles.

Le nombre total de lits NIC agréés, qui est de 310, ne correspond plus au nombre de lits qui se justifie. Il est urgent et nécessaire de redistribuer les lits agréés en fonction des données relatives à l'occupation.

La ministre admet-elle que la répartition actuelle est inefficace? Est-elle d'accord pour dire qu'une

modification est urgente? Est-elle disposée à faire procéder à une mesure d'activité objective? Dans quel délai et selon quelle procédure?

10.06 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Le problème de la répartition des lits NIC entre les hôpitaux détenteurs d'un agrément découle de différences notables sur le plan du taux d'occupation. Autant que je puisse en juger, mon prédécesseur n'a donné aucune suite aux recommandations formulées dans le cadre des avis rendus par le Conseil national des établissements hospitaliers.

Le problème du taux d'occupation réel des lits NIC est insoluble, mais ne constitue qu'un seul aspect de la question. Le législateur a en effet voulu garantir une accessibilité non seulement tarifaire, mais également géographique. Cette dernière revêt une importance particulière pour les parents durant cette période difficile et justifie au moins partiellement le maintien de certains services NIC indépendamment de leur taux d'occupation réel. Par ailleurs, il est opportun de se poser la question de la grandeur minimale d'un service NIC – actuellement fixée à 15 lits – et/ou de l'accroissement du nombre de lits NIC.

Je ne suis nullement opposé à la recherche d'autres modalités de répartition des lits NIC. Les organes compétents peuvent rendre des avis ou formuler des recommandations en la matière, mais j'estime que ce point n'est guère urgent.

Le 1^{er} juillet 2002, lors de l'élaboration de nouvelles règles de financement des hôpitaux, l'accent a été davantage placé sur les activités justifiées réelles que sur des éléments structurels. Les lits NIC ont cependant été explicitement exclus du régime de financement basé sur l'activité justifiée. On part en effet du principe que l'hétérogénéité de la pathologie traitée dans le cadre des lits NIC rend difficile un financement fondé sur un séjour standard par pathologie.

Actuellement, je ne dispose d'aucune information me permettant de revoir fondamentalement le principe du financement pour ce type de lits.

10.07 Luc Gouty (CD&V): Lorsque les lits agréés sont trop peu nombreux par rapport au nombre de lits nécessaires, un problème de taux d'occupation excessif et de manque de personnel se pose en permanence. L'agrément pourrait être étendu par le biais d'un système d'enveloppe ouverte, avec des moyens accrus, mais le ministre vient de dire que les moyens sont limités. Dans ces conditions, il faut travailler avec une enveloppe fermée qui impliquera cependant une rationalisation des différents centres. Je voudrais plaider très vigoureusement pour que des efforts soient fournis afin de parvenir à tout le moins à une adéquation entre le taux d'occupation réel, autrement dit les lits nécessaires, et les lits finalement agréés.

L'incident est clos.

11 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 "l'accueil de jeunes atteints de démence dans les établissements de repos et de soins" (n° 20031)**
- **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 "l'admission dans les maisons de repos des personnes atteintes de démence précoce" (n° 20099)**
- **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 "l'aide aux jeunes personnes démentes par un accueil de jour et résidentiel adapté" (n° 20241)**

11.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Le problème des jeunes atteints de démence a été porté récemment à l'ordre du jour, entre autres à l'occasion d'un symposium organisé par notre collègue Mme Van Broeckhoven. Une proposition de résolution a aussi été déposée.

Il s'agirait, selon les estimations, de 3 000 à 11 000 jeunes atteints de démence, dont 0,16 % d'hommes et 0,09 % de femmes dans le groupe d'âge de 30 à 60 ans. Leur admission soit en psychiatrie, soit en MRS, est inadéquate dans les deux cas. Heureusement, la ministre reconnaît le problème et annonce que plusieurs

centres seront désignés pour l'accueil de ce groupe de personnes. Pour ces patients, il est tout aussi important de développer un programme de soins spécifique que de les diriger vers une MRS.

La ministre peut-elle confirmer que tous les jeunes atteints de démence pourront être accueillis dans une MRS à partir de septembre?

11.02 Martine De Maght (LDD): Les patients atteints de démence précoce sont des personnes qui en raison de problèmes de comportement ou en l'absence de soins de proximité ne peuvent plus rester chez elles et sont dès lors souvent admises en psychiatrie. Les quelques maisons de repos acceptant de les accueillir devaient à chaque fois demander une nouvelle exception. Cette demande d'exception serait cependant abrogée.

L'Expertisecentrum Dementie Vlaanderen affirme qu'il faut actuellement deux fois plus de temps pour établir le diagnostic de démence précoce. C'est un véritable enfer pour l'entourage puisque 75 % des partenaires assument les soins. Désormais, après la disparition de la demande d'exception, le seul critère important en matière de subvention et d'intervention est le degré de dépendance des soins exprimé par un score sur l'échelle de Katz.

Ce groupe particulier bénéficiera-t-il effectivement d'une approche spéciale? Dans quelle catégorie ou dans quel score sur l'échelle de Katz faut-il ranger ces patients atteints de démence précoce? Un score spécial sera-t-il établi pour eux, associé à un programme de soins spécifiques et à une subvention de l'INAMI? Les moyens nécessaires seront-ils libérés de manière à aider, par le biais de l'INAMI, les maisons de repos et de soins à accueillir ces patients souffrant de démence précoce? Quels sont les montants en jeu? Ce thème a-t-il déjà fait l'objet d'une concertation interministérielle? Quel en a été le résultat?

11.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Les déments précoces sont des personnes qui présentent les premiers symptômes de démence avant l'âge de 65 ans, alors qu'elles sont encore pleinement dans la vie active. Aucune véritable statistique n'est disponible, la majorité des études portant sur la démence sénile et non la démence précoce.

Environ 15 % des patients présentant un diagnostic de démence sont des déments précoces. La Belgique pourrait compter entre 3 000 et 11 000 patients souffrant de démence précoce. Pour pouvoir évaluer le problème de l'accueil de ces patients, il est fondamental d'en connaître le nombre réel. À cet égard, le nombre de patients présentant un diagnostic de démence est sous-estimé. Nous pouvons probablement le multiplier par un facteur 4 ou 5.

Très souvent, ils ne bénéficient pas d'un diagnostic et le diagnostic établi est en outre souvent faux. Contrairement aux patients atteints de démence sénile, les patients souffrant de démence précoce requièrent un accueil très particulier. Ils n'ont pas leur place dans l'actuel environnement des maisons de repos. Il s'agit de personnes jeunes physiquement bien portantes et ayant souvent encore de jeunes enfants.

La ministre pourrait-elle élaborer un plan de soins stratégique axés sur les patients atteints de démence précoce? L'accueil de jour et résidentiel seront-ils adaptés aux besoins de ces patients? Quelles sont les solutions proposées par la ministre? Comment envisage-t-elle d'améliorer la formation des médecins en matière de démence précoce?

11.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (en néerlandais): La réglementation fédérale actuelle concernant les MRS n'impose aucune limite d'âge. En revanche, cette limite est bel et bien appliquée dans les maisons de repos, qui relèvent de la compétence des Communautés et Régions, ainsi que, en pratique, pour la quasi-totalité des lits en MRS.

Le Comité consultatif des maladies chroniques de l'INAMI se penche actuellement sur le problème des personnes atteintes de démence précoce. Les soins y afférents y sont considérés dans une perspective plus large incluant les soins à domicile, les soins dans un centre de jour ou la prise en charge dans une MRS ou dans une MRPA. Le problème se pose également pour d'autres pathologies telles que la sclérose en plaques

et la maladie de Huntington.

Des projets basés sur un encadrement spécifiques ont été lancés en avril 2009, 180 places étant créées pour des patients atteints de sclérose en plaques ou de sclérose latérale amyotrophique et 60 places pour des personnes souffrant de la maladie de Huntington.

En fonction des moyens budgétaires disponibles, une initiative similaire pourrait être lancée pour les patients atteints de démence précoce à l'issue de l'évaluation de ces projets. J'attends les résultats du rapport du comité qui devrait boucler ses travaux d'ici à la fin du mois de septembre.

Le programme des maladies chroniques prévoit des mesures pour l'accueil des patients déments par des intervenants de première ligne en matière de formation, diagnostic ou traitement et encadrement. Ces mesures sont évidemment destinées à tous les patients déments, y compris donc les patients atteints de démence précoce. Une mesure est en cours de préparation pour le remboursement du diagnostic de démence chez de jeunes patients. Ils pourront également bénéficier d'un accueil multidisciplinaire dans les cliniques de la mémoire. Ces cliniques élaborent un plan thérapeutique et prennent des mesures favorisant le maintien du patient à domicile. En 2010, onze cliniques de la mémoire seront financées. Après évaluation et en fonction des moyens disponibles, le nombre de cliniques de la mémoire sera progressivement augmenté.

Président: Luc Goutry.

11.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): J'attendrai donc le rapport annoncé pour la fin du mois de septembre. La commission pourra-t-elle traiter la résolution à l'automne prochain?

Le **président**: Le bureau de la commission établira jeudi l'ordre du jour des prochains mois. La requête de Mme Avontroodt sera prise en considération.

11.06 Martine De Maght (LDD): Les patients souffrant de démence précoce requièrent un encadrement très spécial et les MRS sont déjà surpeuplées. Je m'inquiète de voir apparaître un nouveau groupe cible pour les MRS. Les Communautés et les Régions ne disposent pas de budget pour la création de places supplémentaires. C'est la raison pour laquelle il faut envisager une coopération avec le secteur privé.

J'espère qu'on tiendra compte de cet élément lorsque la concertation sera entamée fin septembre.

11.07 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Si je me réjouis des mesures prises par la ministre pour l'ensemble des personnes souffrant de démence, je tiens à rappeler que les personnes atteintes de démence précoce ont des besoins très particuliers et n'ont au fond pas leur place dans les MRS. J'insiste dès lors pour que des mesures appropriées soient prises à l'égard des personnes atteintes de démence précoce.

L'incident est clos.

12 Questions jointes de

- **Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nombre croissant de fumeurs" (n° 20028)**
- **Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'augmentation du nombre de fumeurs dans notre pays" (n° 20088)**

12.01 Sarah Smeyers (N-VA): Pour la deuxième année consécutive, le nombre de fumeurs dans notre pays a augmenté. Selon la Fondation contre le Cancer, ce résultat est en partie dû à l'absence d'une interdiction générale de fumer dans le secteur horeca.

Le Secrétaire d'État abonde-t-il dans ce sens? L'entrée en vigueur de l'interdiction générale de fumer dans le secteur horeca sera-t-elle accélérée?

12.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Je regrette les chiffres présentés par la Fondation contre le Cancer, que je ne conteste pas. Je ne partage toutefois pas l'analyse des causes de

cette augmentation.

Au cours de l'actuelle législature, de nouvelles dispositions ont été prises pour lutter contre le tabagisme. Depuis le 1^{er} octobre 2008, une intervention est accordée pour l'aide au sevrage tabagique par des professionnels de la santé. Cette mesure connaît un réel succès. En outre, il est obligatoire d'apposer le numéro de la Ligne Tabac-Stop ainsi que des images dissuasives sur les paquets de cigarettes et de tabac à rouler.

Il est exact que l'interdiction générale de fumer dans l'horeca n'entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2014 au plus tard mais une étape supplémentaire a été franchie en instaurant l'interdiction de fumer dans les établissements où on sert à manger. L'existence d'un régime d'exception pour d'autres établissements horeca ne peut pas expliquer l'augmentation du nombre de fumeurs. Par contre, elle doit nous inciter à poursuivre nos efforts.

La prévention ressortit à la compétence des Communautés. Cependant, la lutte contre le tabagisme requiert une approche coordonnée entre les différents niveaux de pouvoir. La cellule Politique de Santé et Drogues est le lieu idéal, à mon estime, pour organiser cette concertation.

12.03 Sarah Smeyers (N-VA): Je maintiens que l'étape intermédiaire était superflue. Une interdiction de fumer générale dans l'horeca eût été un signal fort. Les mesures énumérées par le secrétaire d'État tendent à inciter les citoyens à arrêter la cigarette, mais il incombe aussi aux pouvoirs publics d'éviter qu'ils commencent à fumer. Une interdiction générale de fumer pourrait y contribuer.

Je déplore que plus rien ne soit entrepris d'ici à 2014, car rien n'empêchera les jeunes de commencer à fumer au cours de ces quatre années.

12.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (en néerlandais): Mme Smeyers a en partie raison, mais une mesure future qui n'est pas mise en œuvre plus rapidement ne peut expliquer les chiffres du passé.

L'incident est clos.

13 Question de Mme Ilse Uyttersprot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la capacité d'aide dans la région d'Alost" (n° 20029)

13.01 Ilse Uyttersprot (CD&V): Le problème de la drogue, et plus particulièrement de la consommation d'héroïne, est poignant dans la région d'Alost. Je souhaite évidemment faire usage de toutes les possibilités dont je dispose pour résoudre ce problème. Vu l'approche intégrée et intégrale qui est nécessaire, la solution ne peut toutefois venir uniquement des communes. L'aide des autorités flamandes et fédérales est indispensable.

Les instances de secours dans la région d'Alost ne sont pas légion et les moyens de l'INAMI mis à disposition par les autorités publiques sont limités. La commune finance elle-même entièrement le centre de traitement *Traject* et elle a également mis en place un partenariat avec *De Sleutel*. Nous estimons toutefois que l'aide psychosociale pour les toxicomanes n'est pas une mission des communes, ce qui porte atteinte à notre vraie mission de base, à savoir l'approche intégrale du phénomène de la drogue.

Le ministre pourrait-il fournir un aperçu du nombre de toxicomanes par région en Flandre? Quels sont les moyens dégagés par région, d'une part, pour la prévention et, d'autre part, pour l'accompagnement? Le ministre pourrait-il fournir un aperçu de la capacité d'aide dans la région d'Alost? Quels moyens sont dégagés pour construire des centres thérapeutiques à Renaix et à Grammont? Serait-il possible d'obtenir une extension pour *De Sleutel* dans la région d'Alost?

13.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (en néerlandais): Si nous ne connaissons pas le nombre précis de toxicomanes dans les différentes régions, nous connaissons en revanche celui des admissions.

Les centres psychiatriques ou sections psychiatriques des hôpitaux ont accueilli en 2005 5 779 patients souffrant d'un problème de drogue, dont 360 originaires de l'arrondissement d'Alost.

En 2007, 6 126 patients souffrant d'un problème drogue ont été admis dans d'autres sections hospitalières, dont 189 originaires de l'arrondissement d'Alost.

Quant aux moyens affectés à la prévention et à l'accompagnement, je vous renvoie aux ministres communautaires et régionaux.

Au total, le budget annuel consacré aux centres de revalidation spécialisés pour toxicomanes s'élève actuellement à 4,7 millions d'euros pour la province d'Anvers, à 3,3 millions pour la province du Limbourg, à 8,8 millions d'euros pour la province de Flandre orientale, à 2,8 millions d'euros pour la province du Brabant flamand et à 3,3 millions d'euros pour la province de Flandre occidentale. Ces moyens sont exclusivement consacrés au traitement multidisciplinaire intégré des toxicomanes et ne concernent donc pas la prévention.

Il existe des centres tant ambulatoires que résidentiels. La Flandre orientale en compte deux. Les centres résidentiels sont censés accueillir des toxicomanes provenant de régions proches et tel est bel et bien le cas, selon l'INAMI.

Les coûts que représente pour l'assurance maladie un centre de revalidation spécialisé pour toxicomanes sont très élevés et la création d'un centre dans chaque arrondissement ne serait pas réaliste.

À Alost, le centre *Traject* est reconnu officiellement par l'INAMI depuis 2008 en tant qu'antenne des centres de jour de l'organisation *De Sleutel*. Ces centres de jour ont signé une convention de financement avec l'INAMI au titre de centres de réadaptation spécialisés pour toxicomanes. Cette convention règle l'encadrement des centres de jour de *De Sleutel* ainsi que le nombre de prestations de rééducation que doivent atteindre ces centres sur le plan global. *De Sleutel* peut lui-même adapter les effectifs en fonction des besoins du centre d'Alost.

Un total de 427 lits psychiatriques sont disponibles dans la région d'Alost, et il va de soi qu'ils ne sont pas tous destinés à des toxicomanes.

Le nouveau centre de jour financé depuis l'an passé par l'INAMI et disposant d'antennes dans les communes de Renaix et Grammont dépend de *De Kiem*, une autre institution qui a également signé une convention avec l'INAMI. Le budget total du centre de jour s'élève à 275 000 euros.

À l'exemple des centres résidentiels, les centres de réadaptation ambulatoire pour toxicomanes doivent également desservir une région suffisamment grande. Au sein d'un réseau, le centre de réadaptation constitue un service spécialisé vers lequel d'autres partenaires du réseau peuvent aiguiller des toxicomanes.

De Sleutel peut décider lui-même d'affecter davantage de personnel à la région d'Alost. Si nécessaire, l'organisation peut également demander une extension du cadre de son personnel auprès des organes de gestion de l'INAMI.

13.03 Ilse Uyttersprot (CD&V): La région d'Alost est mal desservie sur le plan de la capacité d'accueil. Notre ville a déjà conclu des accords de coopération intercommunale et l'on sait d'expérience que les toxicomanes ne se rendent pas à Gand. Le centre "Traject" étant financé dans sa totalité par la ville, nous demanderons une augmentation de la capacité INAMI. J'espère pouvoir compter sur le soutien de la ministre.

L'incident est clos.

14 Question de Mme Ilse Uyttersprot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la réglementation actuelle relative à la mesure du bruit" (n° 20030)

14.01 Ilse Uyttersprot (CD&V): La loi-cadre du 18 juillet 1973 et l'arrêté royal du 24 février 1977 règlent les normes acoustiques dans les établissements non classés. Les normes acoustiques ne sont fixées que pour dB(A), mais les basses électroniques ne sont mesurables qu'en dB(C). En l'absence de normes pour dB(C) il est impossible de constater des infractions, alors que les nuisances peuvent être énormes.

La ministre est-elle au courant de la vétusté de la législation? Ne conviendrait-il pas de la modifier? La ministre prendra-t-elle des initiatives en ce sens?

14.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): La situation actuelle nous mène à prendre des mesures. Le niveau sonore et les basses atteignent souvent des niveaux dangereux lors de concerts et de projections de films. S'il est vrai que le filtre C correspond mieux au niveau sonore subjectif pour les tons bas, le filtre A reflète mieux le risque de lésions auditives.

La non-adaptation de l'arrêté royal du 24 février 1977 fixant les normes acoustiques pour la musique dans les établissements publics et privés à la nouvelle répartition des compétences découlant de la réforme de l'État a généré une lacune juridique. Les modifications apportées à l'arrêté royal par les Régions concernent uniquement les nuisances sonores pour le voisinage et non les éventuels dommages subis par les consommateurs à l'intérieur de l'établissement.

La loi du 9 février 1994 relative à la sécurité des produits et des services offre un fondement juridique valable permettant d'élaborer un nouvel arrêté royal en vue de protéger le consommateur contre les nuisances sonores. Cette compétence ressortit au ministre chargé de la Protection des consommateurs.

L'incident est clos.

15 Questions jointes de

- **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 "la négligence à l'égard d'animaux domestiques" (n° 20072)**

- **Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la lutte contre la maltraitance et la négligence à l'égard d'animaux" (n° 20081)**

- **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 accidents par morsure de chiens" (n° 20132)**

15.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Malgré la législation claire dont la Belgique dispose en matière de bien-être animal, les infractions restent largement impunies. Au cours des cinq dernières années, seulement 23 personnes ont été condamnées pour négligence envers les animaux, seulement 292 amendes sur 520 ont été perçues et seulement trois personnes ont reçu interdiction de détenir des animaux. Pourtant, plus de 30 000 chiens et chats sont abandonnés par leurs maîtres chaque année.

Quelles mesures la ministre prendra-t-elle pour améliorer le bien-être animal? Une concertation avec le ministre de la Justice est-elle menée en vue d'une lutte conjointe contre les actes de cruauté envers les animaux? La loi sur le bien-être animal fait-elle l'objet d'une attention suffisante dans le cadre de la politique de poursuite des parquets?

L'attaque récente d'une fillette de sept ans par un Rottweiler à Schepdaal montre une fois de plus l'importance d'une bonne éducation canine. La ministre prendra-t-elle des initiatives pour réduire le nombre de cas de morsures? Est-il judicieux d'imposer aux maîtres de chiens un test d'aptitude? La ministre se concertera-t-elle avec le secteur sur les mesures à prendre éventuellement? Se concertera-t-elle avec le ministre des Finances à propos de la possibilité d'imposer une assurance familiale aux propriétaires d'animaux domestiques?

15.02 Magda Raemaekers (sp.a): Certes, notre pays est doté d'une loi sur le bien-être des animaux mais la mise en œuvre concrète de cette loi laisse souvent à désirer. C'est ainsi qu'au cours des cinq dernières années, les condamnations pour négligence à l'égard d'animaux ont été très peu nombreuses et les amendes ont été encore plus rares. La législation est en outre lacunaire. La qualification de "chien dangereux" pêche par un manque de clarté. De plus, il est scandaleux qu'il ne soit pas obligatoire de prévoir des abris et des abreuvoirs dans les prés, et il n'est toujours pas interdit d'enchaîner les chiens. Le fait que certaines communes tentent elles-mêmes de combler ces lacunes par le biais du règlement de police est une bonne chose.

Le ministre prendra-t-il des initiatives supplémentaires dans le cadre de la lutte contre la maltraitance à

l'égard d'animaux compte tenu de l'augmentation du nombre de cas de négligence et de l'afflux d'animaux dans les refuges? Se concertera-t-il avec le ministre de la Justice afin d'en faire une priorité de la politique en matière de poursuites? Les communes pourront-elles être tenues de promulguer un règlement communal rendant obligatoires certains principes minimaux en matière de bien-être des animaux?

15.03 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): La ministre n'a pas le sentiment que le nombre de cas de négligence à l'égard d'animaux soit en augmentation. L'augmentation du nombre de plaintes est due en partie à une plus grande sensibilité de l'opinion publique à ce problème, en partie à la capacité d'action accrue des services de contrôle et en partie aussi à la vigilance accrue de la police.

J'ai défini une série de priorités dans le domaine du bien-être animal, comme la confection d'un plan pluriannuel de lutte contre la surpopulation des chats errants. Pour ce qui concerne le problème des animaux gardés dans un pré – thème, en 2009, de la campagne d'information "Blijf op de wei" (rester au pré), et les faits de morsure, j'ai demandé l'avis du Conseil du Bien-être des Animaux. Les groupes de travail *ad hoc* se mettront au travail prochainement.

Les cabinets de la Justice et des Finances se concerteront afin d'accroître l'efficacité de la saisie des animaux. Les services de contrôle peuvent, de manière générale, compter sur une bonne collaboration avec les parquets. Parmi tous les dossiers transmis aux parquets en 2009, huit des quatre-vingt-six dossiers néerlandophones et quatre des soixante dossiers francophones ont été classés sans suite. Le parquet a proposé une transaction six fois et cinq dossiers ont abouti à un jugement. Dix-neuf dossiers néerlandophones et vingt dossiers francophones se trouvent encore au stade de l'information et, dans huit dossiers néerlandophones et un dossier francophone, une citation à comparaître est en cours de traitement. J'invite ceux qui souhaiteraient obtenir de plus amples informations concernant les priorités en matière de poursuites à se tourner vers le ministre de la Justice.

La ministre espère pouvoir rédiger une législation sur les animaux en pâture sur la base de l'avis du Conseil du bien-être des animaux, de manière à supprimer le recours aux règlements communaux. Les services de contrôle n'ont jamais considéré la mise à la chaîne des chiens comme un problème et cette question ne figure dès lors pas sur la liste des priorités.

Pour répondre au problème des incidents de morsure, la ministre a demandé au Conseil du bien-être des animaux de constituer un groupe de travail réunissant des représentants des centres de dressage, de la protection des animaux, des éleveurs et des vétérinaires. Ce groupe de travail examinera les options d'un test d'aptitude pour les propriétaires de chiens et l'obligation d'une assurance familiale.

15.04 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Un plan pluriannuel est annoncé pour la surpopulation. L'avis du Conseil du bien-être des animaux est demandé. Je me réjouis également d'apprendre qu'il étudiera par la même occasion les mesures adoptées par le Royaume-Uni.

15.05 Magda Raemaekers (sp.a): Je conjure la ministre d'arrêter un règlement pour imposer des abris et des points d'eau dans les prairies. Il s'agit véritablement de cas de négligence à l'égard d'animaux. La police est actuellement impuissante. Le SPF omet de réagir à ce type de problèmes.

L'incident est clos.

16 Question de Mme Liesbeth Van der Auwera à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la collaboration en matière d'aide médicale urgente dans la région frontalière" (n° 20074)

16.01 Liesbeth Van der Auwera (CD&V): Récemment, lors d'un accident grave de la circulation survenu sur le territoire néerlandais, dans la région frontalière du Limbourg, une personne est décédée et plusieurs autres ont été grièvement blessées. Le service ambulancier a transporté les victimes à l'hôpital de Roermond alors que l'hôpital de Maaseik est pourtant plus proche.

Quelles dispositions s'appliquent en matière d'aide médicale et d'appels urgents? Comment s'organise la coordination entre les services de secours belges et néerlandais? Les hôpitaux de la région frontalière ont-ils conclu des accords?

16.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Une convention Benelux organisant l'aide médicale urgente pour la Belgique et les Pays-Bas vient d'être signée. La réponse à votre deuxième question se trouve dans cette convention.

Le premier principe qui s'applique est celui d'une aide réciproque non structurelle. Chaque pays organise son propre système. C'est seulement en cas de surcharge et s'il y a un réel avantage pour le patient que l'un des deux pays peut faire appel au système de l'autre pays. De même, il n'est fait appel aux hôpitaux les plus proches situés dans l'autre pays que dans un petit nombre de cas. La prise en charge médicale préhospitalière constitue un facteur important dans ce contexte.

Il apparaît dans le cas présent que l'intervention néerlandaise a eu lieu au départ du central néerlandais. Il a probablement été estimé que le patient pouvait être amené à l'hôpital qui est généralement désigné par le dispatching néerlandais. Il s'agit d'une décision médicale qui relève de la responsabilité du central d'appel et de la personne qui réalise l'intervention.

Les services ambulanciers néerlandais sont comparables à nos équipes d'intervention paramédicales. Lorsque les services d'un pays voisin sont sollicités, cela se fait exclusivement par le biais du central d'appel de ce pays, si bien que les règles en matière de réquisition sont respectées.

Ces prestataires de soins sont temporairement autorisés à effectuer sur le territoire de l'autre pays les actes qui leur sont autorisés dans leur propre pays.

16.03 Liesbeth Van der Auwera (CD&V): Je vais étudier votre réponse.

L'incident est clos.

17 Questions jointes de

- **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 expériences pratiquées sur des singes" (n° 20073)**

- **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 "les expériences animales sur les primates" (n° 20213)**

17.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): L'expérimentation animale à grande échelle sur les singes reste malheureusement une pratique répandue. L'Open Vld a déposé une résolution en vue de renforcer la transparence en matière d'expérimentation animale. Cette résolution a été adoptée la semaine dernière. La Commission européenne s'interroge également sur la nécessité d'effectuer des tests biomédicaux sur des singes. Il semblerait que des rapports tendancieux du comité scientifique chargé des risques sanitaires et environnementaux soient à l'origine de la poursuite de ces expérimentations.

La ministre est-elle informée des réticences de la Commission européenne? Les commissions éthiques en Belgique font-elles preuve du professionnalisme et de l'indépendance requis? Dans quelle mesure le ministre compétent contrôle-t-il ces activités et apporte-t-il des correctifs?

17.02 Rita De Bont (VB): La semaine dernière, cette commission a approuvé une proposition de résolution sur le renforcement de la transparence en matière d'expérimentation animale. Mais, en attendant, notre pays autorise nos universités à pratiquer de cruelles expériences sur des singes dans le cadre de recherches sur le cerveau, alors que les mêmes recherches sont menées à Ashton sur l'homme lui-même, avec une précision scientifique supérieure et sur la base de méthodes non invasives. De nombreux pays européens ont déjà proscrit les expérimentations sur les singes. La directive européenne réformée 86/609 demande que soit fixé un calendrier en vue d'une interdiction complète.

La ministre considère-t-elle que ces expériences sont toujours justifiées, alors qu'il existe des alternatives? Envisage-t-elle d'interdire l'expérimentation animale sur les animaux vertébrés pratiquée à d'autres fins que la recherche scientifique dans un projet de la santé publique? Envisage-t-elle d'interdire l'expérimentation

animale sur les primates, pratiquée à quelque fin que ce soit? Prévoit-elle un calendrier pour l'extinction progressive de l'expérimentation animale sur les animaux vertébrés, et en particulier sur les primates?

17.03 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): La ministre et moi-même félicitons la commission pour la proposition de résolution.

Je ne connais pas le rapport de janvier 2009 du comité scientifique chargé des risques pour la santé et l'environnement. Je connais celui de la Commission européenne et je ne doute pas de sa qualité. Il s'agit d'une réflexion sur la manière dont il conviendra d'effectuer les expériences sur les singes à l'avenir. Pour ces espèces animales, les expériences doivent être justifiées par une considération éthique particulière. La réforme en cours de la directive européenne relative à la protection des animaux utilisés à des fins expérimentales ou à d'autres fins scientifiques va d'ailleurs dans ce sens. Au niveau européen, toutefois, l'utilité d'expériences de ce type effectuées dans le cadre de domaines dérivés spécifiques de la recherche biomédicale n'est nullement mise en cause.

Comme le prévoit la loi, chaque laboratoire est tenu de soumettre préalablement ses protocoles d'expérimentation à une commission d'éthique. Mon administration confirme que ces commissions font preuve du professionnalisme requis.

Au moins un membre externe a été ajouté à chaque commission. Lors de la révision de l'arrêté royal sur la protection des animaux de laboratoire, j'ai exigé qu'au moins un deuxième membre externe siège dans chaque commission. De plus, un inspecteur du SPF Bien-être des animaux siège également à la commission éthique.

En ce qui concerne les expérimentations animales pratiquées sur des primates, ma note de politique générale signale la mise en place d'une commission d'évaluation spéciale, une commission Primates. J'ai chargé le comité déontologique d'installer cette commission spéciale, dès que l'arrêté royal aura été publié.

Je suis convaincu de la nécessité de renforcer l'expertise éthique et scientifique requise pour l'évaluation de tels projets. En Belgique, sauf dans l'intérêt de la santé publique ou de la santé des animaux, plus aucune expérimentation animale n'est pratiquée. Si une alternative existe pour atteindre l'objectif poursuivi, l'expérimentation animale est proscrite. Je m'associe au souci d'envisager l'expérimentation sur des espèces animales comme les primates avec la plus grande prudence éthique.

Des directives particulières ont été proposées pour rencontrer cette préoccupation à l'occasion de la révision de la directive européenne sur la protection des animaux utilisés lors d'expériences ou d'autres recherches scientifiques. Actuellement, l'utilité de ces expérimentations n'est cependant pas remise en question à l'échelon européen. La commission éthique pourra nous éclairer sur les solutions disponibles pour remplacer les expérimentations sur les primates.

17.04 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Entendre la ministre déclarer que l'Europe ne remet pas en question l'utilité de l'expérimentation sur des primates me laisse perplexe. Je me réjouis cependant qu'elle soit d'accord d'ajouter deux membres indépendants aux commissions d'éthique. Je pense que le Centre de toxicogénomique, qui porte actuellement un autre nom, devra jouer un rôle important. Il faudra davantage de contrôles. Les membres des commissions d'éthique devront également se justifier davantage.

17.05 **Rita De Bont** (VB): Ce dépliant prouve que jusqu'à aujourd'hui, des primates ayant une électrode implantée, au travers du crâne, dans le cerveau sont maintenus en captivité à l'université de Louvain. Il s'agit toutefois d'une expérience pour laquelle il existe une alternative et, par conséquent, ces expériences ne sont pas autorisées par la loi. Dans ce cas également, la loi relative au bien-être des animaux n'est pas appliquée.

L'incident est clos.

18 **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'agrégation des experts psychiatriques" (n° 20084)**

18.01 **Xavier Baeselen** (MR): J'ai récemment interrogé le ministre de la Justice au sujet de l'expertise judiciaire. Il m'a répondu que les experts psychiatres devaient être agréés par le SPF Santé publique et

qu'une réflexion était en cours à cet égard au sein du département

Dans quelle mesure confirmez-vous les éventuels problèmes liés à l'expertise psychiatrique judiciaire? Comptez-vous revenir sur l'arrêté royal qui fixe les normes d'agrément ou, du moins, entamer un nouveau travail pour aborder cette problématique des experts psychiatres en matière judiciaire?

18.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en français*): Voici la réponse de Mme Onkelinx. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de titre de médecin spécialiste en psychiatrie judiciaire dans l'arrêté royal du 25 novembre 1991. Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes s'est récemment penché sur l'opportunité de la création de ce titre professionnel et semble vouloir opter pour le certificat complémentaire plutôt que pour la création d'une spécialité à part entière. Avant de prendre attitude à cet égard, je souhaite disposer de l'avis officiel du Conseil supérieur. Une concertation avec mon collègue de la Justice sera nécessaire.

L'incident est clos.

19 Question de Mme Hilde Vautmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement par l'INAMI des reconstructions mammaires par lambeaux libres" (n° 20157)

19.01 Hilde Vautmans (Open Vld): Le 1^{er} décembre 2008, un arrêté royal autorisant les mutualités à rembourser les reconstructions mammaires par lambeaux libres - permettant d'avoir à nouveau un sein à la température du corps - est entré en vigueur. Depuis lors, j'ai reçu de nombreux courriels de personnes qui n'avaient pas été remboursées correctement. J'ai transmis tous ces courriels à la ministre et j'estime que ces personnes ont droit à une réponse précise.

La ministre peut-elle nous renseigner sur le remboursement de la technique dite du lambeau libre? La circulaire annoncée relative aux modalités de remboursement a-t-elle été envoyée dans l'intervalle? La pouvons-nous consulter? Où en est l'étude relative aux prix de ces nouvelles techniques? Comment expliquez-vous les différences entre la liste des prix maximaux et les montants facturés aux patientes après l'opération? La ministre a-t-elle fait parvenir une réponse à toutes les femmes concernées?

19.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Les remboursements relatifs à la reconstruction mammaire ont été reconsidérés le 1^{er} décembre 2008, de sorte que les dernières techniques, parmi lesquelles la reconstruction par tissus vivants et la reconstruction par lambeaux libres, sont désormais remboursées.

J'ai adressé un courrier à ce sujet à la Commission nationale médico-mutualiste. À cette occasion, l'INAMI a posé des questions écrites à des chirurgiens esthétiques sur les montants parfois élevés facturés aux patientes ayant subi une reconstruction mammaire par lambeaux libres. Les réponses ont été examinées le 1^{er} octobre 2009 au cours d'une réunion du groupe de travail Chirurgie Plastique du CTM. Ces discussions sont toujours en cours.

Le problème est que les tarifs de la nomenclature ne sont contraignants que pour les médecins conventionnés, un médecin non conventionné pouvant fixer librement ses tarifs. Pour éviter certaines déconvenues, nous recommandons toujours au patient de se renseigner sur le statut du médecin. Des dispositions devant permettre de savoir si un médecin est conventionné ou non ont été incluses dans le nouvel accord médico-mutualiste.

La ministre répondra dans les prochains jours aux courriels envoyés par les femmes concernées.

19.03 Hilde Vautmans (Open Vld): Je reste tout de même sur ma faim. La ministre affirme que toutes les démarches ont été entreprises et que la situation a été clarifiée. Je sais pourtant, au vu de l'afflux de courriels envoyés à ce sujet, que les personnes concernées ne savent pas précisément quelle est la partie remboursée. Je comprends la distinction entre les médecins conventionnés et les autres, mais il faudrait établir clairement les tarifs que peuvent facturer les médecins conventionnés.

Je suis heureuse d'apprendre que des réunions seront encore organisées à ce sujet à l'INAMI et j'espère qu'elles déboucheront sur un résultat acceptable. Puis-je également demander que la ministre m'envoie une copie Cc des courriels auxquels elle répondra?

L'incident est clos.

20 Question 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'utilisation de collets" (n° 20170)

20.01 Magda Raemaekers (sp.a): Un blaireau a récemment été retrouvé mort dans un piège à collet, à Bassenge. Si la chasse au collet est interdite en Flandre depuis quelques années, elle reste tolérée en Wallonie pour attraper des renards; mais des blaireaux aussi périssent dans ces pièges. Le recours au collet est une pratique barbare et fait des victimes parmi les espèces animales protégées. Le ministre wallon Lutgen a répondu hier qu'il allait examiner la question et a reconnu qu'il s'agit d'une souffrance animale inadmissible.

La ministre Onkelinx se concertera-t-elle avec le ministre Lutgen afin d'interdire l'utilisation des pièges à collet? Quand pouvons-nous espérer des résultats?

20.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): La ministre partage l'inquiétude de Mme Raemaekers et s'étonne que de telles pratiques soient encore tolérées. La chasse et la protection de la faune et de la flore relèvent des compétences des Communautés et Régions. La législation fédérale prévoit qu'un vertébré ne peut être tué sans anesthésie par le biais de la chasse que s'il s'agit de lutter contre les organismes nuisibles et en employant la méthode la plus rapide et la moins douloureuse pour l'animal, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'occurrence.

La ministre a demandé à ses services de tenter d'interdire l'usage du collet par le biais de cette législation et elle interpellera M. Lutgen à ce sujet.

20.03 Magda Raemaekers (sp.a): Les animaux ignorant les frontières, la législation sur la chasse devrait être la même partout. Je remercie la ministre de sa volonté de mettre fin à ces pratiques et de se concerter avec M. Lutgen à ce sujet.

L'incident est clos.

21 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la non-reconnaissance d'aides-soignants" (n° 20185)

21.01 Luc Goutry (CD&V): Depuis quelques semaines, la ministre cherche à résoudre le problème des aides-soignants qui ont obtenu le diplôme par la filière de la promotion sociale ou d'une formation professionnelle en complément de qualifications acquises antérieurement. La commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier met en doute la qualité de la formation et ne reconnaît pas ces diplômes.

Quel est l'état de ce dossier? Quand une proposition concrète sera-t-elle présentée?

21.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Selon la commission d'agrément, cette formation n'est pas conforme aux critères de l'arrêté royal du 12 janvier 2006. Cette formation lacunaire a été dénoncée par le passé par l'administration de la ministre et l'information a été communiquée au ministre flamand, M. Vandeurzen. Une mesure provisoire est en préparation pour les personnes qui ont déjà suivi la formation mais il est prévu de mettre un terme à ce cours à partir de mars. Il faut être attentif à la garantie de qualité des soins dans tous les dossiers d'agrément. Les dossiers des intéressés seront examinés individuellement dans ce cadre.

21.03 Luc Goutry (CD&V): J'espère qu'une décision sera prise rapidement. La pénurie d'aides-soignants est très grande. L'ignorance actuelle à propos de la reconnaissance des diplômes n'est pas une bonne chose. Espérons que la concertation avec le ministre flamand, monsieur Vandeurzen ne tardera pas.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 23.