

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 24 OCTOBRE 2006

DINSDAG 24 OKTOBER 2006

Matin

Voormiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 11.18 heures. La réunion est présidée par M. Yvan Mayeur.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 11.18 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Yvan Mayeur.

01 Vraag van mevrouw Annemie Roppe aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van allochtonen in psychiatrische instellingen" (nr. 12050)

01 Question de Mme Annemie Roppe au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des allochtones dans les établissements psychiatriques" (n° 12050)

01.01 Annemie Roppe (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, rekening houdend met de recente cijfers over de gedwongen opnames in psychiatrische instellingen kreeg ik graag meer inzicht in de situatie van allochtonen in psychiatrische instellingen.

Ten eerste, beschikt u over cijfers die de evolutie weergeven van het aantal allochtonen dat vrijwillig of gedwongen in psychiatrische inrichtingen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen behandeld werd?

Ten tweede, wat is de verhouding tussen het aantal allochtone patiënten en het aantal autochtone patiënten?

Ten derde, in mei 2005 heb ik u horen pleiten voor een betere toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor allochtonen. In dat verband had ik graag geweten welke maatregelen ondertussen ter zake zijn genomen en welke maatregelen u in de toekomst ter zake nog wenst te nemen? Wordt in dat verband ook gedacht aan zogenaamde etnopsychiatrie, waarbij de psychiatrie uitgaat van de etnische eigenheid over wat gezond en ziek zijn betekenen in andere culturen? Ik dank u uiteraard bij voorbaat voor uw antwoord.

(De minister geeft hier het antwoord op de volgende vraag van mevrouw Roppe).

01.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw Roppe, om op uw eerste vraag te antwoorden, ik ben daarvan op de hoogte. Dankzij de nationale registratie van minimale psychiatrische gegevens, de zogenaamde MPG, die wordt uitgevoerd in de residentiële psychiatrische voorzieningen in ons land – de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen – beschikken wij over gegevens vanaf 1997.

Van 1999 tot 2003 is er inderdaad een stijging opgetreden van het aantal gedwongen opnames, zowel in absolute zin als in relatieve zin ten opzichte van het totale aantal opnames in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Maar er moet ook worden vermeld dat die stijging het grootst was tussen 2000 en 2002. Toen steeg het aantal van 3.388 of 3,98% naar 4.068 of 4,70%. In 2003 was er veeleer een neiging tot stabilisatie, rond 4,73%.

De cijfers na 2003 zijn nog niet bekend. Die zullen de verdere trend moeten uitwijzen. Een echte oorzaak voor de stijging is op dit moment niet bekend. In de gezondheidsenquêtes merken wij ook een stijgend middelenmisbruik van alcohol, drugs en medicamenten.

Ik kom aan het antwoord op uw tweede vraag. Als blijkt dat bepaalde omstandigheden zouden leiden tot gedwongen opname van personen met een geestesziekte, zonder dat aan de wettelijke criteria is voldaan, zal ik de gepaste maatregelen treffen.

Ik kom dan aan uw derde vraag. Aangezien de politiediensten niet onder mijn bevoegdheid ressorteren verwijs ik u voor het antwoord op deze vraag door naar mijn collega die hiervoor bevoegd is en die derhalve zal instaan voor het formuleren van het antwoord op deze vraag.

Ten slotte, de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke bepaalt dat de zieke tijdens de procedure verplicht wordt bijgestaan door een advocaat. De taak van deze advocaat bestaat erin na te gaan of de rechten van de zieke worden gerespecteerd. De wetgeving voorziet in de mogelijkheid om in beroep te gaan tegen de vonnissen van de vrederechter.

01.03 Annemie Roppe (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het spreekt voor zich dat ik een vraag zal richten aan de bevoegde ministers over het deel van mijn vraag waarop u hier geen antwoord kunt geven en die tot de bevoegdheid van andere ministers behoort.

Mijnheer de minister, ik heb in uw antwoord echter weinig gehoord over specifiek de problematiek van allochtonen en autochtonen. Het is nuttig om via een andere vraagstelling op een ander moment toch nog dieper te kunnen ingaan op dit onderwerp.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Annemie Roppe aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stijgend aantal gedwongen opnames in de psychiatrie" (nr. 12052)

02 Question de Mme Annemie Roppe au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre croissant d'admissions forcées en psychiatrie" (n° 12052)

02.01 Annemie Roppe (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijn tweede vraag heeft uiteraard ook met de eerste vraag te maken. Elementen van de vorige vraag komen trouwens in mijn tweede vraag terug.

Uit recente cijfers blijkt dat 2005 als een recordjaar voor het stijgend aantal gedwongen opnames in de psychiatrie kan worden beschouwd. Elk jaar zijn er blijkbaar steeds meer gedwongen opnames. In 1999 telde Vlaanderen slechts 1.454 gedwongen opnames. In 2005 kwamen we voor Vlaanderen alleen reeds op 2.500 gedwongen opnames.

Er worden een aantal mogelijke oorzaken aangehaald om de stijging te verklaren. De politiediensten zouden inmiddels meer met de procedure van gedwongen opname vertrouwd zijn geraakt. De procedure werd evenwel al in 1991 ingevoerd. Er is een stijgend middelenmisbruik van drugs, alcohol en medicamenten, waarover de minister daarstraks heeft gesproken. Aan het einde van de week worden meer mensen verplicht opgenomen, vermoedelijk omdat de gewone toegang tot hulpverlening dan moeilijker is. Een gedwongen opname zou bovendien vaak fungeren als ultiem redmiddel, als men niet meer weet wat te doen met bepaalde mensen.

Uitgezonderd de werking van de politiediensten worden alle, voornoemde verklaringen aangegeven door de psychiatrische sector zelf, onder meer door de heer Raf De Rycke, gedelegeerd bestuurder van de Broeders van Liefde en dus beheerder van heel wat psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen.

Een echte, eenduidige oorzaak voor het stijgend aantal opnames is echter niet bekend. De voorwaarden voor een dergelijk, verplicht verblijf in de psychiatrie zijn nochtans streng en duidelijk. De betrokkene moet geestesziek zijn. Hij moet een gevaar voor zichzelf of voor de maatschappij zijn. Er mag geen alternatieve behandelingsmogelijkheid zijn.

Zowel de vrederechter als het parket moeten zich baseren op een medisch attest om een gedwongen

opname te kunnen toestaan. Eens opgenomen, ligt het lot van de patiënten feitelijk maar niet juridisch in de handen van de artsen verbonden aan de psychiatrische ziekenhuizen.

Gezien de recente cijfers hadden wij graag van de minister een antwoord op de volgende vragen ontvangen.

Ten eerste, bent u op de hoogte van het stijgend aantal opnames in de psychiatrie? Zo ja, hebt u een eenduidige verklaring voor de stijging? Zo neen, bent u bereid een onderzoek te doen naar de oorzaken van de stijging?

Ten tweede, hebt u de intentie om de stijging in de mate van het mogelijke een halt toe te roepen via eventuele maatregelen? Zo ja, welke maatregelen wil u treffen?

Ten derde, als reden wordt aangehaald dat de politiediensten pas de voorbije jaren meer vertrouwd zijn geraakt met de procedure, die nochtans al in 1991 werd ingevoerd.

Wat is de oorzaak van het feit dat het zo lang heeft geduurd vooraleer de procedure werd toegepast? Is de procedure thans wel voldoende gekend? Welke procedure werd tot 2000 dan wel toegepast voor een gedwongen opname in de psychiatrie?

Ten slotte, werden in de praktijk stappen ondernomen, opdat patiënten hun rechten voldoende kennen en kunnen toepassen, wanneer blijkt dat zij onterecht gedwongen werden opgenomen? Zo ja, welke maatregelen werden daaromtrent getroffen? Zo neen, bent u bereid de positie van de psychiatrische patiënt, zowel op emancipatorisch als op juridisch vlak, via maatregelen te versterken?

(De minister geeft nu het antwoord op het eerste vraag van mevrouw Roppe).

02.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Roppe, nu begrijp ik uw frustratie beter. Mijn antwoorden op uw twee vragen werden omgewisseld. Ik zal nu op uw eerste vraag antwoorden.

02.03 **Annemie Roppe** (sp.a-spirit): Dat maakt inderdaad veel duidelijk.

02.04 Minister **Rudy Demotte**: U weet dat de huidige gegevensverzameling van de MPG – beide vragen gingen over dat onderwerp, waardoor de vergissing is ontstaan - niet toelaat een onderscheid te maken tussen allochtonen en autochtonen binnen de psychiatrische instellingen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Dergelijke gegevens mogen omwille van privacyredenen niet worden opgevraagd.

Er wordt momenteel gewerkt aan de revisie van de MPG en er zal een aanvraag worden ingediend om het item nationaliteit bijkomend te mogen opvragen. Dat is een eerste antwoord.

Ten tweede, de huidige gegevensverzameling laat een dergelijke vergelijking niet toe om dezelfde reden als ik daarnet al heb aangehaald.

Ten derde, de overheid financiert in twaalf psychiatrische instellingen de functies van interculturele bemiddelaar of coördinator interculturele bemiddeling. Beide functies werden gecreëerd om de culturele competentie van deze ziekenhuizen te verhogen. Met deze term verwijzen we naar het vermogen van zorginstellingen om een gelijke kwaliteit en een gelijke toegang tot de zorg te verschaffen aan alle patiënten, en dat onafhankelijk van hun taalkundige en culturele kenmerken.

De bijdragen van de interculturele bemiddelaar bestaan hoofdzakelijk uit het overwinnen van de taal- en cultuurbarrière. De coördinatoren interculturele bemiddeling hebben als taak om, wanneer men in de instelling met een taal- of cultuurbarrière wordt geconfronteerd, de nodige maatregelen te nemen om die te doorbreken. Dat kan gebeuren door het inzetten van externe interculturele bemiddelaars, sociale tolken, meertalig personeel of externe deskundigen.

Tot nu toe waren in de psychiatrische ziekenhuizen 7,4 voltijdse equivalenten interculturele bemiddelaars en 0,8 voltijdse equivalenten coördinatoren interculturele bemiddeling actief. Er zijn geen nieuwe maatregelen gepland.

Ten slotte, interculturele bemiddelaars worden in enkele ziekenhuizen betrokken bij de hypno-psychiatrische

behandeling van patiënten. Voor het overige zijn er geen maatregelen in dat verband gepland.

Zo krijgt u in een verkeerde volgorde toch de twee goede antwoorden.

02.05 Annetie Roppe (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het is ten minste duidelijk dat de vragen werden behandeld en de antwoorden werden verstrekt, ook al was de volgorde verschillend.

U zult het mij niet kwalijk nemen dat ik de antwoorden nog eens nauwkeurig wil bekijken in de juiste volgorde zodat ik hierop op een ander moment kan terugkomen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

03 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de diverse kosten in de ziekenhuizen" (nr. 12089)

03 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les frais divers facturés par les hôpitaux" (n° 12089)

03.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in juni 2000, dat is reeds een tijdje geleden, verscheen er een studie van het OIVO, het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, over de diverse kosten in de ziekenhuizen.

Die diverse kosten zijn de kosten voor alle producten en diensten die niets te maken hebben met de strikte medische verzorging. Ik denk daarbij aan de telefoonkosten, de kosten voor flessenwater, de kosten voor toiletartikelen die de patiënt vraagt.

Uit die studie konden drie belangrijke conclusies getrokken worden. Ten eerste, de diverse kosten die aan de patiënt aangerekend worden, kunnen enorm hoog oplopen. Ten tweede, de studie toonde aan dat de prijsverschillen van deze producten tussen de ziekenhuizen zeer groot zijn. Ten derde, uit het onderzoek bleek ook dat het publiek onvoldoende en onvolledig geïnformeerd wordt over de diverse kosten.

Inmiddels is daaraan door het beleid reeds een oplossing gegeven met het KB van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis. Dit KB is reeds van kracht en heeft tot doel de patiënt beter te informeren over de kosten die hem of haar bij opname in een ziekenhuis te wachten staan.

In die gestandaardiseerde opnameverklaring staat er uitdrukkelijk een rubriek andere leveringen en diensten vermeld. Om de kosten van die andere leveringen en diensten te weten te komen moet men een vraag stellen aan de instelling en dan kan men de prijslijst bekomen.

Ik zei het reeds, sinds 2004 is er reeds heel wat tijd verstreken. In een aantal antwoorden op parlementaire vragen van collega's hebt u een evaluatie van het opnamedocument, dus van het KB van 17 juni 2004, in het vooruitzicht gesteld. Ik heb dan ook een aantal bijkomende vragen daaromtrent.

Ten eerste, wordt er ook effectief gecontroleerd of de ziekenhuizen het opnamedocument door de patiënt laten ondertekenen? Een opnamedocument gebruiken is immers allemaal goed en wel, maar als het niet effectief aan de patiënt wordt meegedeeld, is er uiteindelijk geen bijkomende bescherming van de patiënt. Worden er ook controles uitgevoerd naar de beschikbaarheid en volledigheid van die lijst van diverse kosten?

Ten tweede, wat is uiteindelijk de conclusie van de evaluatie van het opnamedocument?

Ten derde, zou het niet meer wenselijk zijn om een lijst van prijzen van de diverse goederen en diensten op te nemen in de opnameverklaring zodat de patiënten automatisch in aanraking komen met die prijzen en niet nog eens een extra vraag daartoe moeten stellen aan de instelling?

Ten vierde, vindt u het wenselijk om in het opnamedocument een korte uitleg te verschaffen over de rechten

van de patiënt?

Ten vijfde, worden er controles uitgevoerd naar de prijzen die de ziekenhuizen de patiënten aanrekenen? Kunt u effectief bevestigen dat de diverse kosten in sommige ziekenhuizen enorm hoog kunnen zijn en ook sterk kunnen verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis?

Mijnheer de minister, ten slotte, indien het juist is dat de diverse kosten sterk kunnen uiteenlopen, acht u het dan wenselijk om in de verschillende ziekenhuizen eventueel tot een harmonisering van de prijzen te komen? Indien u dat wenselijk zou achten, op welke wijze zou dit dan mogelijk kunnen zijn?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw, met uitvoering van het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in het ziekenhuis is de beheerder verplicht om de overeenkomstcommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen een exemplaar van de voornoemde verklaring te bezorgen, telkens als de specifieke tarieven van de ziekenhuizen wijzigen.

Artikel 116 van de wet op de ziekenhuizen voorziet in sancties voor de ziekenhuizen die de verklaring bij opname niet door de patiënt of door zijn wettelijke vertegenwoordiger laten ondertekenen. Het is niet mogelijk om systematisch te controleren of dat document steeds wordt voorgelegd, maar indien de ziekenhuizen die procedure niet naleven, zou de factuur bij een geschil betwist kunnen worden.

De verklaring bij opname vormt een goede informatiebasis voor de patiënt, maar we beschikken niet over alle inlichtingen aangaande de diverse kosten. Idealiter zou de patiënt een lijst met daarop de extra diensten en hun prijzen moeten krijgen.

In de gezondheidswet heb ik een wijziging voorgesteld voor meer transparantie. Ik wil een wettelijke basis creëren, zodat de patiënten een gedetailleerde factuur krijgen van de rubrieken met supplementen, en in het bijzonder van de rubriek "diverse kosten".

Er kan inderdaad overwogen worden om in de verklaring bij opname in een kleine samenvatting van de rechten van de patiënt te voorzien. Het merendeel van de diverse kosten vormen hotelkosten. Ik ben niet van plan om die prijzen te harmoniseren, maar wel om de kosten ten laste van de patiënt transparanter te maken.

03.03 **Annelies Storms** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik veronderstel dat u de gezondheidswet bedoelt, die op het einde van het vorig parlementair jaar inmiddels werd goedgekeurd, want mijn vraag dateert al van 15 juni. Ik dacht dat er in de gezondheidswet inderdaad wijzigingen zijn aangebracht aan het opnamedocument.

03.04 Minister **Rudy Demotte**: Ja, dat is correct. Het is om een en ander te preciseren.

03.05 **Annelies Storms** (sp.a-spirit): Komt er een nieuw ontwerp van gezondheidswet of is een en ander al opgenomen in de gezondheidswet die wij net voor het reces goedgekeurd hebben?

03.06 Minister **Rudy Demotte**: Het zou een deel van de wet houdende diverse bepalingen moeten worden, die naast de programmawet komt, of een deel van de programmawet zelf.

03.07 **Annelies Storms** (sp.a-spirit): Goed, dan zal ik dat opvolgen.

Ik hoor wel graag dat u bereid bent om eventueel een korte samenvatting van de rechten van de patiënt op te nemen in het opnamedocument. Dat lijkt mij een goede zaak, want uit studies van onder andere de Vlaamse vereniging die zich bezighoudt met de patiëntenrechten, blijkt dat zelfs de artsen nauwelijks op de hoogte zijn van de wet op de patiëntenrechten, laat staan dat de patiënten weten waarover het gaat. Ik denk dat dat echt wel een goede stap zou zijn in de richting van een nog betere bescherming van de patiënten.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de pediatrie" (nr. 12230)
- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgprogramma voor kinderen" (nr. 12437)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wurgen van de pediatriediensten" (nr. 12536)

04 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pédiatrie" (n° 12230)
- Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le programme de soins pour enfants" (n° 12437)
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étranglement des services de pédiatrie" (n° 12536)

04.01 **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zou durven zeggen dat het tijdstip waarop deze vragen werden ingediend symptomatisch is voor de problemen die er vandaag nog altijd zijn op de verschillende pediatriediensten in de ziekenhuizen.

De ene vraag dateert inderdaad van juni 2006, de andere van eind augustus 2006. Tussenin ging er een zomer overheen waarin de problemen op een aantal pediatriediensten zeker niet weggeëbd zijn. De vragen zijn dus toch geagendeerd, hoewel ik weet of vrees dat er momenteel nog niet zoveel beweging is.

Mijnheer de minister, mag ik eveneens opnieuw verwijzen naar het voorstel van resolutie dat hier in de Kamer werd ingediend en waarbij wij uiteindelijk vragen om een debat? Ik herinner mij dat wij in het begin in de commissie gezegd hebben dat wij iets zouden doen rond het zieke kind. Een aantal ontwerpen, onder meer betreffende de supplementen, werd vertaald in wetteksten. De lichaamstaal van de voorzitter zegt ook veel. Een aantal zaken is echter absoluut niet geregeld. In dat voorstel van resolutie wordt er uitgegaan van het opstellen van een plan rond het zieke kind.

Ik beperk mij tot een aantal vragen die een opsomming zijn van een aantal knelpunten en problemen waarmee de pediatrie kampt. Er is een zorgprogramma. Er zijn problemen met de verplichte permanentie. Aan de honorering van de intellectuele prestaties werd voor een stuk tegemoet gekomen, dat moet worden gezegd. Daartegenover staat echter het verbod om de supplementen aan te rekenen. Dat hebben wij hier in deze commissie al kunnen bespreken. Er werd wel wat bijgeschaafd, maar de essentie, mijnheer de minister, blijft nog altijd het terugrijpen naar het fameuze rapport-Cannoodt-Casaer, dat in 2002 werd voorgesteld. Dat wil zeggen dat het is gebaseerd op cijfers van jaren ervoor. Wij zijn nu in het jaar 2006. Wij kunnen er niet omheen dat de gegevens uit het rapport-Cannoodt-Casaer uiteindelijk moeten worden geactualiseerd. Dit betekent niet dat wij dat rapport moeten herschrijven, maar een aantal gegevens kan men naast elkaar leggen en die doorstaan de toets niet. Ze zijn niet meer compatibel met de huidige situatie.

Mijnheer de voorzitter, ik zal mijn twee vragen tot een comprimeren.

Ten eerste, op welke manier gaat u voort – ik benadruk het woord voort – met het herwaarderen van de pediatrie en met name de ziekenhuispediatrie?

Ik herhaal ook mijn vraag over de behoefte de gegevens van het rapport-Cannoodt-Casaer te actualiseren.

Mijn derde vraag heeft uiteraard betrekking op de nood. Wie de actualiteit deze zomer heeft gevolgd, weet dat de toenemende behoefte in de kinder- en jeugdpsychiatrie alleen maar stijgt: er zijn wachttijden, complicaties op de diensten en demotivatatie van het personeel van de ziekenhuizen en van de kinder- en jeugdpsychiatrie. De betrokkenen worden soms – op zijn Antwerps gezegd – uitgekafferd aan de telefoon door artsen die jongeren willen verwijzen. Er zijn wachtlijsten van meer dan zes maanden.

Deze regering heeft een extra inspanning gedaan voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar jammer genoeg is het nog altijd schrijnend onvoldoende. Dit doe ik niet vaak, maar ik getuig hier over de ervaring van mijn eigen dochter. Zij is in opleiding in een Antwerpse jeugdpsychiatrische dienst. Het is echt onhoudbaar. Momenteel wordt men er geconfronteerd met klachten, met een onwaarschijnlijk tekort en met een werkdruk die niet goed is voor de schrijnende problemen waarmee zij dagelijks worden geconfronteerd.

Mijn volgende vraag gaat over het zorgprogramma. Mijn collega heeft een voorstel ingediend die vier

voltijdse equivalenten te reduceren tot drie voltijdse equivalenten. Dat is nog steeds een vraag vanwege de pediaters. Dat heeft niets te maken met een beperking van de kwaliteit die op de diensten wordt beoogd. Integendeel, dat heeft te maken met een aansluiting op de realiteit. Het is immers zo moeilijk voldoende pediaters te vinden om aan die norm te voldoen.

Mijnheer de minister, ik besluit met de vraag op welke manier u voort met de sector denkt te overleggen.

04.02 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik richt mij eerst tot collega Avontroodt met de bedenking dat ik soms niet goed weet of wij hier aan bezigheidstherapie doen, dan wel aan politiek. Begin juli hebben wij immers naar aanleiding van de gezondheidswet vanuit de oppositie geprobeerd een goedbedoeld grondig debat te voeren. Toen werd alles gestopt onder de deal dat men de pediaters wat meer honoraria zou geven. Dat was toen belangrijk voor de verkiezingen die toen in aantocht waren. Ondertussen waren de socialisten tevreden met de supplementen. Ik heb tot drie keer toe openlijk gewaarschuwd dat iedereen zou komen zagen voor zijn eigen streek, omdat men zou vaststellen dat de pediatrie op termijn zou worden gewurgd. En zie, het heeft zelfs niet zolang geduurd.

Ondertussen is er al een resolutie ingediend. Wat een manier van werken om terug te komen op iets dat al bij KB werd vastgelegd, dat op de Ministerraad werd behandeld en dat het voorwerp moet uitmaken van een consensus binnen de meerderheid die zichzelf nu bekritiseert door middel van een resolutie!

Het is niet de eerste keer. Ik heb dit bij herhaling reeds geformuleerd. Wij hebben zeer ernstige bedenkingen. Ik volg volledig de argumentatie van collega Avontroodt. Het KB van 13 juli 2006 staat haaks op wat moet gebeuren voor de uitbouw van een gezondheidsbeleid. Via dit KB wordt een louter kwantitatieve norm ingevoerd waarvan niemand weet in welke mate dit de kwaliteit ten goede kan komen. Iedereen is er tegen, zowel de openbare als de private ziekenhuizen. Zelfs de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen – toch een gezaghebbend adviesorgaan – heeft zich uitgesproken tegen de maatregel, maar ondanks alle waarschuwingen en de politieke druk vanuit de oppositie, nu ook gesteund door de meerderheid, neemt de minister deze maatregel en verscheen er een KB op 13 juli 2006.

Wat staat er in dat KB? In 2008 moeten er drie voltijdse pediaters zijn per – klein of groot – ziekenhuis en tegen 2010 moeten er zelfs vier pediaters zijn per ziekenhuis of anders mag men deze dienst niet meer uitbaten. Ik verwonder mij daar nog altijd over. De overheid moet natuurlijk de ziekenhuizen met opdrachten belasten, moet natuurlijk zorgen voor continuïteit van verzorging en moet natuurlijk zorgen voor reglementering, enzovoort. Waarom een overheid echter ook moet voorschrijven met welke precieze middelen de ziekenhuizen hun opdrachten moeten vervullen, is mij totaal onbekend, temeer omdat wij stilaan naar pathologiefinanciering moeten evolueren waarbij al dit soort kwantitatieve normen totaal zullen zijn voorbijgestreefd.

Deze verplichting inzake het aantal artsen geldt trouwens niet voor andere disciplines, integendeel. Het is de eerste keer dat dit gebeurt. De vraag is of dit nu voor alle diensten zal gebeuren. Zal de minister voor elke dienst opleggen hoeveel artsen er tegen een bepaald jaar in dienst moeten zijn, al dan niet voltijds? Gezien het tekort aan kinderartsen is dit een maatregel die nooit tot uitvoering zal kunnen worden gebracht. Men heeft in ons land eerst de kinderartsen ontmoedigd en ze laten weglopen. Men heeft nooit een herijking doorgevoerd van de nomenclatuur. Zij worden onderbetaald en moeten zeer veel werken. Zij moeten ook zeer onregelmatig werken. Nu, op een moment dat er een schaarste is aan kinderartsen, gaat men een kwantitatieve maatregel opleggen waarbij er meer worden gevraagd.

Wat zal dat voor gevolgen hebben? Grote gevolgen. Ik heb even opgezocht in welke steden of gemeenten in Vlaanderen er slechts een ziekenhuis is. Als men kinderen heeft, moet men naar dit ziekenhuis om hen te laten verzorgen tenzij men zin heeft om rond te rijden naar een ander ziekenhuis. Bijvoorbeeld Torhout, Izegem, Tielt, Veurne, Ieper, Waregem, Knokke, Menen, Deinze, Zottegem, Eeklo, Lokeren, Dendermonde, Ronse, Oudenaarde, Lier, Duffel, Malle, Mol, Herentals, Geel, Tongeren, Heusden-Zolder, Overpelt, Maaseik, Sint-Truiden, Diest, Tienen, Vilvoorde en Halle zijn allemaal gemeenten met slechts een ziekenhuis waar de basiszorg pediatrie vandaag wordt aangeboden.

We zouden daar in een situatie kunnen belanden waarbij deze diensten vanaf 2008 en zeker vanaf 2010 afbrokkelen. U weet ook dat als de pediatrie afbrokkelt, de kraaminrichting afbrokkelt. Wie zal bevallen waar er geen pediatrische dienst is? Dan brokkelt ook de KNO-dienst bemand door de keel-, neus- en oorspecialisten- af, want dat gaat om de helft van de consultaties en de ingrepen. Dan brokkelt uw urgentiefunctie ook gedeeltelijk af; er gebeuren immers veel ongelukjes met kinderen.

Het ontgaat mij totaal wat hier aan het gebeuren is. Ik heb u bij de beleidsverklaring nog gevraagd of de norm vier pediaters zou worden. U hebt mij toen geantwoord dat dit niet het geval zou worden, en dat het misschien op termijn drie zou worden. Het wordt nu toch vier. Wat is in godsnaam de ratio legis daarvan? Wat is de meerwaarde of de kwalitatieve winst die daarmee wordt beoogd?

Dat was helemaal niet de bedoeling in het rapport Cannoodt-Casaer. Bent u het eens met het feit dat kindverzorging een absolute basiszorg moet blijven, die regionaal moet worden aangeboden? Wat is uw bedoeling met het zo definiëren van de norm dat de helft van de Vlaamse ziekenhuizen er in 2010 niet meer aan deze normen zal kunnen voldoen?

04.03 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik begrijp dat er veel verwarring kan ontstaan bij de interpretatie van mijn beslissing.

Ik zal eerst en vooral de vraag stellen of men een pediatrische dienst kan doen werken zonder pediaters. Het antwoord is natuurlijk negatief. Dat kan niet. De garantie om met drie pediaters altijd iemand in de dienst te hebben - een minimum minimorum - lijkt mij toch zeer logisch. Ik begrijp moeilijk waarom er ter zake zoveel tegenstand bestaat.

De verwarring ontstaat ook door de vragen gesteld door de heer Gouty. Bij de spoedopname van een kind gaat het toch niet om de pediatrie? Het is volgens mij heel gevaarlijk te laten geloven dat het leven van een kind wordt bedreigd door de nieuwe normen die werden opgesteld.

Ten eerste, ik heb al verschillende keren de gelegenheid gehad om uit te leggen waarom we een zorgprogramma voor kinderen moesten opstellen. Men kan beweren dat ik het rapport Cannoodt-Casaer anders lees. Dat is uw recht. Ik zal echter geen persoonlijke interpretatie maken of reageren op een persoonlijke interpretatie. Ik zal me baseren op het standpunt van de academici, de mensen die daarin gespecialiseerd zijn en het rapport anders interpreteren.

De vraag, zoals ze gesteld werd door mevrouw Avontrodt, is of het rapport al dan niet geactualiseerd moet worden. Dat is een goede vraag, maar de interpretatie blijft altijd een zeer dubbelzinnige, exegetische oefening. Wat de precieze vraag betreft, of het moet worden geactualiseerd, denk ik dat dit moet gebeuren. Ik zal dus de opdracht geven om een actualisatie te doen.

Ten tweede herhaal ik nogmaals het tweevoudig doel van het programma. Enerzijds gaat het erom de kwaliteit van de verzorging te verhogen. Ik spreek hier dus van een verhoging van de kwaliteit, inbegrepen de verhoogde menselijke aandacht. Daarover gaat het, door de drie tot vier pediaters. Anderzijds gaat het erom het werk voor de ziekenhuispediaters aantrekkelijk te maken door de wacht te verdelen over een talrijk team. Er zijn genoeg mensen die bij de diensten werken zonder over genoeg hulp te kunnen beschikken in termen van gedeelde taken die kunnen worden opgenomen door de ene en de andere.

Deze normen zijn tot stand gekomen in breed overleg met de sector. Ze werden door de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde goedgekeurd. Ik vertrouw meer op de deskundigheid van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde dan op de reacties gebaseerd op de belangen van de ene of de andere. De uitbreiding van de staf pediaters van drie naar vier vanaf 2010 – we zijn nu nog in 2006 – kwam tot stand in overleg met de academie. Dat is dus geen persoonlijke of unilaterale beslissing van de minister.

Ik denk dat er globaal voldoende pediaters zijn in België, maar dat velen onder hen uitsluitend privé werken. Het doel van de hervorming is dus deze pediaters terug naar het ziekenhuismilieu te brengen. De ziekenhuispediaters werden recent nog geherwaardeerd ten belope van 2.615.000 euro. In het kader van de begroting voor 2007 heb ik beslist om hen een bijkomend budget van 7.500.000 euro toe te kennen. De bedragen die in totaal in deze herwaardering werden geïnvesteerd zijn dus, zoals u zelf kunt vaststellen, aanzienlijk. Het gaat om 10.115.000 euro.

Dit komt overeen met de wensen van de vertegenwoordigers van de pediaters. De pediaters, de gerieters en nog enkele andere specialisten, die reeds lang wachten op hun herwaardering, hebben dus concrete antwoorden gekregen van de regering.

Gezien deze aanzienlijke wijziging is het volgens mij vandaag te vroeg om te concluderen dat er een eventuele sluiting van pediatrische diensten komt in 2010 - dat is het spel van de oppositie, ik weet dat wel,

mijnheer Goutry - ten gevolge van het niet-halen van de bezittingnormen in het medisch kader.

In verband met de verwaring, heb ik nooit gezegd dat hetgeen men nu gedaan heeft met de pediatrie met alle specialismen of gespecialiseerde diensten zou gebeuren. Ik zal alleen beslissen op basis van de kwaliteit van de gezondheidszorg in België en niet op basis van de belangen van instellingen, netwerken of op basis van subregionale positioneringen.

04.04 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u, inzonderheid voor uw bereidwilligheid om het rapport te actualiseren. Dat kan reeds heel veel objectiveren en wellicht ook verfijnen van een aantal maatregelen die reeds genomen zijn, en dit niet alleen voor de pediaters zelf, maar ook voor de kinderpsychiatrie, daar is er ook een impuls geweest en een nomenclatuurwijziging doorgevoerd, gelukkig maar.

Ik durf echter toch mijn pleidooi herhalen voor het totaalpakket, voor het plan voor het zieke kind. De academische wereld staat daar trouwens ook mee achter. Dat is immers ruimer, dat is breder en vraagt aandacht voor een aantal thema's, die ook aangereikt zijn door de Wereld Gezondheidsorganisatie. Het totaalplaatje ervan is ruimer dan een aantal, terechte, maatregelen die nu genomen zijn.

Ten slotte wil ik nog eens verwijzen naar de actuele toestand. Men zegt dat er reeds headhunters worden ingeschakeld vanwege de leeftijd die bepaalde pediaters vandaag de dag hebben. Ook dat zou zeker moeten meegenomen worden in de studie, niet alleen het aantal hoofden, maar ook de leeftijd en misschien ook het geslacht van de pediaters die momenteel werkzaam zijn.

Ik zou durven pleiten om, als u toch de studie zou uitbreiden of beperkt zou uitbesteden, een prospectie te maken van al hetgeen kinder- en jeugdpsychiatrie is en om de nauwe samenwerking met de Gemeenschappen voor dat deel zeker te verstevigen en in het overleg aan bod te laten komen.

(...): (...)

04.05 Yolande Avontroodt (VLD): Wat betreft kinderpsychiatrie, ja. Tussen kinderpsychiatrie en alles wat raakt aan de bijzondere jeugdzorg zit een heel dun filtertje. Het klassieke voorbeeld – dat is ook wetenschappelijk bewezen – is dat jeugdige delinquenten vaak eigenlijk psychiatrische patiënten zijn die geen recht hebben op hulpverlening vanwege financieel kwetsbare situaties.

04.06 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik betreur ten zeerste dat dit belangrijk dossier een dovemansgesprek wordt. Ik begrijp het niet goed. U spreekt over de spoed, maar u weet toch even goed als ik dat er geen kinderen meer op de spoed zullen komen als er geen pediater in het ziekenhuis is. Als er geen pediatrie is, is er geen pediater. Hoe zult u dat dan op termijn in leven houden?

Ten tweede, u zegt dat het rapport Cannoodt-Casaer geactualiseerd moet worden. U neemt er één ding uit. Daar moet niets aan geactualiseerd worden. We hebben dat rapport toch allemaal gelezen. Er is geen enkele opmerking over de kwaliteit van de kindergeneeskunde. Er worden een aantal vragen gesteld in verband met de permanentie en het organiseren van de wachten, maar nergens wordt daarin gesproken van drie of vier pediaters.

04.07 Minister Rudy Demotte: (...)

04.08 Luc Goutry (CD&V): Dat is evident, maar het is hetzelfde voor de urgentie. Hoe organiseert men vandaag de wachten? Cannoodt-Casaer doet een onderzoek en komt tot de vaststelling dat er bij de huidige organisatie geen problemen zijn met de permanentie.

Drie pediaters werd nog geslikt door de sector, mijnheer de minister, maar u maakt er vier van. Waar haalt u het om dat te doen?

04.09 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Goutry, in overleg met de sector, in overleg met de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde.

04.10 Luc Goutry (CD&V): U zegt dat u uw mosterd haalt bij de Belgische Academie voor

Kindergeneeskunde, iets wat u nooit doet. Als u anders normeert, vraagt u altijd advies aan de Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen. Omdat het u nu uitkomt – u hebt gezocht tot er iemand was die uw stelling wou onderschrijven – hebt u zich gewend tot de academie van de pediaters. Hoe zouden de pediaters er ten gronde tegen kunnen zijn dat er werk komt voor de pediaters? Dat is evident. De vraag is of we dat vandaag kunnen doen, of het zin heeft en of het iets bijbrengt aan de kwaliteit.

Het zou kunnen dat het zelfs een probleem wordt voor de pediaters, want ze zullen uit een kleinere pot met meer moet delen.

U spreekt over een spel van de oppositie, mijnheer de minister. Dat begrijp ik helemaal niet. Niet wij hebben een resolutie gemaakt, maar de mensen van de VLD – van de meerderheid – leggen een resolutie aan dit Parlement voor waarin ze uitdrukkelijk vragen dat het geen vier maar drie voltijdse pediaters zouden zijn. U zegt dat het een spel van de oppositie is.

04.11 Minister **Rudy Demotte**: U spreekt van de sluiting van de helft van de diensten.

04.12 **Yolande Avontroodt** (VLD): Die resolutie is wel ingediend vóór de beslissingen genomen werden. Die vraag – ik heb het daarjuist gezegd – is veel ruimer. Die vertrekt van het zieke kind. Er worden daarbij een aantal andere thema's aangereikt die breder zijn dan het zorgprogramma en breder dan het aantal. Toegegeven, ook dat is een zorg, maar het is veel ruimer.

04.13 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw Avontroodt, laten we het ons niet te moeilijk maken. Ik weet perfect wat mevrouw Turtelboom hier aangeeft, op elk moment. Ik zou u daarover nog veel meer uitleg kunnen geven. Dat is gebeurd op vraag van het VVI. Toen is mevrouw Turtelboom onmiddellijk in de pen geklommen om overal, nog vóór de gemeenteraadsverkiezingen, in de gemeenten iets te hebben om vanuit de VLD te kunnen zeggen dat de VLD dat niet zal laten gebeuren. Dat is een resolutie die in haar considerans duidelijk steunt op de eis tot vier pediaters. Wat ik hier allemaal zeg, staat in die resolutie. Zeg dus niet dat het een spelletje is van de oppositie.

Mijnheer de minister, de ondergrond van de zaak is erg. Ik begrijp u voor een stuk. Ik begrijp dat u in Brussel en Wallonië een aantal pediatriediensten moet uitzuiveren omdat zij niet leefbaar zijn, omdat zij inderdaad niet goed werken. Waarom doet u dat dan op een manier waarbij u een federale normering verplicht oplegt – u kunt natuurlijk niet anders –, zowel aan Vlaanderen als aan Wallonië, waardoor u niet-deficitaire ziekenhuizen, vzw-ziekenhuizen, normen wil opleggen? Als ziekenhuizen in Vlaanderen deficitair zijn, dan gaan ze failliet, dat kan niet anders, maar die ziekenhuizen zijn niet deficitair en toch wilt u die ziekenhuizen normen opleggen om op die manier te hopen...

04.14 Minister **Rudy Demotte**: Het gaat niet om deficitaire ziekenhuizen.

04.15 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, laat u mij even uitspreken.

Toch wilt u die ziekenhuizen normen opleggen om op die manier te hopen dat in Wallonië een groot aantal deficitaire ziekenhuizen opgeruimd zou worden. Dat is toch geen goede tactiek? Sluit wat er gesloten moet worden, maar laat bestaan wat er moet bestaan. Ik wik mijn woorden.

04.16 Minister **Rudy Demotte**: Mijn bedoeling is absoluut niet budgettair, en dat weet u. Dat is de reden waarom ik u onderbreek. U moet eerlijk blijven, mijnheer Goutry.

04.17 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de minister, u moet in de pediatrie een kuis houden, en ik ga daarmee akkoord, vooral wat Brussel en Wallonië betreft. In uw kuis zult u echter de Vlaamse streekziekenhuizen mee opvegen. Dat zal tot groot protest leiden in uw meerderheid.

04.18 Minister **Rudy Demotte**: Als ik zorgprogramma's uitvoer die Wallonië of Brussel meer treffen, dan reageert u niet op dezelfde manier. Aangaande radiologie was dat bijvoorbeeld het geval. Ik heb de moed om een beslissing te nemen zonder rekening te houden met het regionale luik, maar u maakt er een communautair probleem van.

04.19 **Luc Goutry** (CD&V): Nee, helemaal niet.

04.20 Minister **Rudy Demotte**: En dat stoort mij!

04.21 **Luc Goutry** (CD&V): Ja, dat kan best zijn, mijnheer de minister. Er zijn veel dingen die mij ook storen, maar dat betekent nog niet dat ik u daarover, in mijn hoedanigheid van volksvertegenwoordiger, geen vragen mag stellen. Ik voel mij absoluut niet gegeneerd om u die vraag te stellen. Als dat mijn overtuiging is, dan stel ik u die politieke vraag en het is aan u om erop te antwoorden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Vraag van de heer Jacques Germeaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doorbraak van de ziekenhuisbacterie MRSA in West-Europa" (nr. 12238)**

05 **Question de M. Jacques Germeaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prolifération de la bactérie nosocomiale du MRSA en Europe occidentale" (n° 12238)**

05.01 **Jacques Germeaux** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vragen zijn al een aantal weken of maanden oud, maar ik zal ze toch stellen, om later over informatie te beschikken.

In The Lancet publiceerden twee Nederlandse microbiologen een wetenschappelijk artikel waarin zij zeggen dat naar schatting 54 miljoen mensen wereldwijd drager zouden zijn van de ziekenhuisbacterie MRSA. Ook in West-Europese landen wordt de bacterie, die resistent is tegen een grote groep van antibiotica, meer en meer aangetroffen in ziekenhuizen, verzorgingsinstellingen, rusthuizen en dergelijke.

In Groot-Brittannië en Duitsland kwam de bacterie in 2005 tien keer meer voor dan in de jaren '90. In de Nederlandse ziekenhuizen zou slechts sprake zijn van een lichte stijging. In België beschikt men spijtig genoeg nog steeds niet over concrete cijfers met betrekking tot het aantal infecties dat in onze ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen wordt opgelopen en de jaarlijkse dodentol.

Ik zou willen verwijzen naar een recente Amerikaanse studie, waarbij een extrapolatie van de Amerikaanse cijfers in verband met het aantal doden door MRSA naar België, voor ons land een aantal doden op jaarbasis oplevert dat het jaarlijks aantal verkeersdoden op onze wegen zou – let wel, zou – overschrijden.

Mijnheer de minister, hoe staat u tegenover deze vaststellingen? Kunt u het aantal infecties en sterfgevallen door MRSA in onze ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen in 2005 enigszins inschatten? Is hier ook sprake van een stijging ten opzichte van vroeger?

Zullen de ziekenhuizen, en in overleg met de Gemeenschappen, ook de rusthuizen en verzorgingsinstellingen voor gehandicapten, werkelijk aan een meldingsplicht inzake MRSA worden onderworpen? Ik verwijs naar de verzorgingsinstelling voor gehandicapten waar recent problemen rezen.

Hoe staat u tegenover de toekenning van een kwaliteitslabel aan ziekenhuizen die aan al deze voorwaarden voldoen, een vraag die ik u reeds verschillende keren heb gesteld, mijnheer de minister?

05.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Germeaux, ten eerste, het MRSA-probleem is representatief voor twee grotere problemen, met name de ziekenhuisinfecties en de bacteriële resistentie.

Ziekenhuisinfecties vormen een reële uitdaging voor onze moderne gezondheidszorg. De vooruitgang van de moderne geneeskunde, waarbij steeds meer invasieve technieken worden gebruikt bij steeds meer oudere en of verzwakte patiënten, is de drijvende kracht. Ik wil er dan ook op wijzen dat zelfs met een optimale infectiecontrole slechts 20% tot 30% van de ziekenhuisinfecties vermijdbaar is. Deze infecties verlengen de hospitalisatieduur, leiden tot bijkomende diagnostische en therapeutische handelingen, verhogen de (?) en de mortaliteit en gaan gepaard met enorme meerkosten voor de maatschappij.

De overconsumptie van antibiotica in veel Westerse landen, waaronder ook België, ligt dan weer aan de basis van de toenemende bacteriële resistentie. Hierdoor moet steeds vaker een beroep worden gedaan op zwaardere en duurderde antibiotica. In extreme gevallen is er zelfs geen enkele therapeutische optie meer beschikbaar.

Ook dit geeft aanleiding tot extra uitgaven voor onze gezondheidszorg. Het is dan ook evident dat zowel ziekenhuisinfecties als bacteriële resistentie een prioriteit zijn voor de overheid. In 1999 werd de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, de zogenaamde BAPCOC, opgericht met het doel beide problemen grondig aan te pakken. Deze wetenschappelijke commissie van de FOD Volksgezondheid kan een beroep doen op de belangeloze inzet van talrijke experts en heeft tijdens haar bestaan reeds talrijke initiatieven genomen.

Op het domein van de preventie van ziekenhuisinfecties heeft binnen het federaal platform voor ziekenhuishygiëne een werkgroep van BAPCOC een beleidsplan ontwikkeld voor de verdere uitbouw van ziekenhuishygiëne in de Belgische algemene ziekenhuizen. Op basis van dit beleidsplan en na gunstig advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heb ik het initiatief genomen om de huidige erkenningsnormen aan te passen en ben ik bereid om vanaf 1 januari 2007 extra te investeren in ziekenhuishygiëne. Momenteel wordt er binnen hetzelfde platform gewerkt aan een analoog beleidsplan voor de preventie van het beleid inzake zorginfectie in woon- en zorgcentra. Een ander initiatief van dit platform is de nationale campagne ter promotie van de handhygiëne die dit najaar voor de tweede maal zal plaatsvinden.

Ook met betrekking tot het terugdringen van de bacteriële resistentie heeft BAPCOC reeds veel projecten opgezet. Zo komt er deze winter reeds de zevende publieke campagne ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica. Er werden klinische praktijkrichtlijnen met betrekking tot courante infecties ontwikkeld voor de artsen. Binnenkort komt er ook een antibioticagids voor de ambulante praktijk. In 60 ziekenhuizen loopt er een project met antibioticatherapie beleidsgroepen.

Ten tweede, een exacte meting van het aantal ziekenhuisinfecties in België werd nog niet uitgevoerd. Aan de hand van verschillende nationale observaties en extrapolaties uit Europese en Amerikaanse studies kan men het jaarlijks aantal ziekenhuisinfecties in België echter schatten op ongeveer 107.000 infecties per jaar in de acute ziekenhuizen. Op basis van de gegevens van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid en de wetenschappelijke literatuur kan het aantal overlijdens dat rechtstreeks verband houdt met een ziekenhuisinfectie voor België geschat worden op 2.500 à 3.000 per jaar. Het exacte aandeel hierin van infecties veroorzaakt door MRSA is niet gekend.

Voor andere verzorgingsinstellingen zijn er geen gegevens beschikbaar. Aangezien de verworvenheden van de moderne geneeskunde inherent gepaard gaan met een verhoogd infectierisico, is het evident dat de incidentie van ziekenhuisinfecties de voorbije decennia gestegen is.

Ten derde, een meldingsplicht is geen tovermiddel om het probleem op te lossen. Om een wezenlijk verschil te maken, moeten wij investeren in de verdere uitbouw van ziekenhuishygiëne in de ziekenhuizen en de creatie van soortgelijke structuren voor preventie van zorginfecties in woon- en zorgcentra.

Ik wil wel erop wijzen dat er door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid reeds een registratie van ziekenhuisinfecties, waaronder infecties veroorzaakt door MRSA, georganiseerd wordt voor de algemene ziekenhuizen. Ondanks het vrijblijvende karakter van die registratie is de deelname van de ziekenhuizen steeds zeer hoog geweest. Niettemin heb ik besloten de deelname vanaf 1 juli 2006 te verplichten. In de rust- en verzorgingstehuizen bestaat er een registratieplicht voor infecties. In het WIV wordt nagedacht over een aangepast registratieprotocol voor die instellingen.

Ten laatste, zo ver zijn we in België nog niet, maar in het federaal platform voor ziekenhuishygiëne wordt wel gewerkt aan een voorstel van de overheid met betrekking tot nuttige kwaliteitsindicatoren voor zorghygiëne.

05.03 Jacques Germeaux (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw zeer omstandig antwoord. Ik meen dat wij nu op het terrein, voornamelijk met tbc, opnieuw kunnen ervaren wat de voordelen zijn van een meldingsplicht.

Er wordt een kwaliteitslabel voor bussen en in bepaalde steden zelfs voor bordelen gehanteerd. Ik meen dat wij niet onmiddellijk angst moeten hebben om ook voor de zorginstellingen en ziekenhuizen gelijkaardige kwaliteitslabels te hanteren. De vergelijking gaat misschien niet op. Hoe dan ook, ik dank u voor uw zeer ruim en duidelijk antwoord, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van de heer Jacques Germeaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende nood aan informatie over hepatitis C" (nr. 12264)

06 Question de M. Jacques Germeaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le besoin urgent d'informations sur l'hépatite C" (n° 12264)

06.01 Jacques Germeaux (VLD): Mevrouw de voorzitter, dit is ook een vraag die dateert van juni of juli.

Blijkbaar weten 1 op 2 Belgen helemaal niets af van hepatitis C, een aandoening die veroorzaakt wordt door een virus en die de levercellen aantast. Dit is zonder meer verontrustend, vooral omdat ons land ongeveer 100.000 dragers van het virus telt. Destijds was dit gekend als de non-A/non-B-hepatitisverwekker. Het betreft hier in feite een sluipende epidemie omdat de dragers van het virus vaak jarenlang ogenschijnlijk gezond blijven, zich niet bewust zijn van de besmetting en derhalve anderen kunnen besmetten. In tegenstelling tot hepatitis B-besmetting waar sprake moet zijn van bloedcontact verloopt het bij hepatitis C via speeksel en andere contacten. Ook de risicogroepen, namelijk zij die voor 1991 een bloedtransfusie hebben ondergaan naar aanleiding van een ongeval, een chirurgische ingreep of een bevalling via keizersnede, bleken niet goed op de hoogte te zijn.

Om die reden heb ik een aantal vragen, mijnheer de minister. Is u op de hoogte van het gebrek aan informatie in verband met hepatitis C bij het brede publiek en zelfs bij de risicogroepen? Nochtans heb ik recentelijk een informatiecampaigned gezien. Voorziet de minister in concrete maatregelen om hieraan te verhelpen, bijvoorbeeld een grootschalige informatiecampaigned? Voorziet de minister in een specifieke rol voor de eerstelijnszorg?

06.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Germeaux, hepatitis C is een verraderlijke ziekte. Ze blijft soms lange tijd asymptomatisch alvorens bij sommige patiënten ernstige, soms onomkeerbare letsels te veroorzaken aan de lever. Een dergelijke oprukkende ziekte stelt inderdaad bijzondere problemen, meer bepaald op het vlak van de diagnose. De diagnose valt bijna steeds laat. De patiënten beseffen niet dat ze ziek zijn en kunnen zich de omstandigheden van hun besmetting niet herinneren.

Laat ons kijken naar de evolutie van de prevalentie om de risicofactoren beter te kennen. De schatting van de prevalentie van hepatitis C in België steunt op een prevalentiestudie die in 1993-1994 in Vlaanderen werd uitgevoerd. Een analyse van een bloedsteekproef van een ziekenhuispopulatie leverde een prevalentie van 0,87% op.

In 2003-2004 heeft het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid een nieuwe prevalentiestudie uitgevoerd, met financiële steun van de Vlaamse Gemeenschap. Tien jaar later werd de prevalentie op basis van een speekselanalyse in een steekproef binnen de algemene bevolking op 0,12% geschat. Deze daling is belangrijk maar kan gedeeltelijk gebonden zijn aan het verschil tussen de methodes en de diagnosetesten. Daarom werden de resultaten van 1993 waarschijnlijk overschat terwijl ze in 2003 misschien werden onderschat. In België ligt de reële prevalentie van hepatitis C waarschijnlijk tussen beide resultaten. Niettemin kan een vermindering van de prevalentie zich voordoen. Deze vermindering werd ook in andere Europese landen vastgesteld.

Een tiental jaren geleden waren bloedtransfusies de voornaamste manier van overdracht. Sinds de ontwikkeling van een opsporingstest en de invoering van preventieve maatregelen in sommige risicogroepen, zoals patiënten met nierdialyse en ziekenhuispersoneel, is de prevalentie van hepatitis C gedaald. Om het risico te verminderen, werden ondertussen algemene maatregelen getroffen. Sinds 1990 worden alle bloeddonaties systematisch getest. Er zou dus geen HCV-overdracht meer mogen gebeuren via bloedtransfusies. De overdracht in sommige risicogroepen zoals patiënten met nierdialyse of ziekenhuispersoneel werd ook stopgezet, dankzij preventieve maatregelen.

De IV-druggebruikers vormen waarschijnlijk een zeer belangrijke risicogroep. Het resultaat van een prevalentiestudie bij deze personen, gefinancierd door de FOD Volksgezondheid en uitgevoerd in 2004-2005 door het WIV, toont aan dat meer dan 30% van de IV-druggebruikers positief testen op hepatitis C, terwijl meer dan 60% van de IV-druggebruikers die het materiaal verdelen, positief testen op hepatitis C.

Er bestaan nog andere risicogroepen. Ten eerste, tatoeages, piercings en verzorging bieden in preciaire

hygiënische omstandigheden. Ten tweede, seksuele contacten met vaak wisselende partners. Ten derde, perinataal pasgeboren kinderen van HCV-positieve moeders. Ten vierde, de anderen, dus personen met HIV - men weet dat de HCV-coïnfectie hoger ligt dan 33% -, de gevangenen en de patiënten opgenomen in psychiatrische instellingen.

Uw tweede vraag betreft de organisatie van de informatie. Ik wijs erop dat de informatiecampagnes, preventiemaatregelen en epidemiologische monitoring meestal onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen vallen. Het zou misschien interessant zijn de incidentie van de ziekte te volgen, alsook de nieuwe overdrachtswijzen van infectie in België te bepalen, om verdere specifieke preventiemaatregelen te kunnen aanbevelen. De patiëntenverenigingen zijn ook zeer actief en hun werk om patiënten te vergezellen en te informeren moet worden onderstreept.

Uw derde vraag. De huisartsen dienen op de hoogte te worden gebracht om HCV op te sporen bij hun patiënten uit risicogroepen, rekening houdend met de risicofactoren die ik opsomde. Gezien de dalende tendens in de preventie van de ziekte, zou alle aandacht gericht moeten zijn op die risicogroepen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van de heer Jacques Germeaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besmetting van pseudomedicatie met zware metalen" (nr. 12265)

07 Question de M. Jacques Germeaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la contamination de pseudo-médicaments par des métaux lourds" (n° 12265)

07.01 Jacques Germeaux (VLD): Mijnheer de minister, dit is een casus om een algemener, groter, probleem even aan te kaarten. Onlangs ontdekte het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen een geval van loodvergiftiging door kruidengeneeskunde. Een Indiër voerde in België niet-geregistreerde en niet-goedgekeurde ayurvedische producten die besmet bleken met zware metalen, waaronder lood.

Slachtoffers van loodvergiftiging krijgen te maken met buikkrampen, nierinsufficiëntie, zenuwstoornissen en dergelijke meer. Bij een ernstige vergiftiging kan de patiënt zelfs in coma raken.

Nederland zou met dezelfde problematiek te kampen hebben. In het verleden en zeker nu, via aankoop via het internet, komen immers heel wat producten het land in die niet gecontroleerd worden en die geconsumeerd worden, het ene voor schoonheid, het andere voor kracht, vandaar mijn vragen, mijnheer de minister.

Hoeveel kruidengenezers of alternatieve genezers heeft het FAVV reeds gecontroleerd sinds zijn oprichting? Hoeveel gevallen van vergiftiging door zware metalen bij niet-geregistreerde en niet-goedgekeurde pseudomedicatie in ons land kent u?

Mijnheer de minister, plant u specifieke maatregelen om dergelijke besmettingen te vermijden? Zult u die problematiek op de Europese agenda plaatsen, daar er allicht een gezamenlijke aanpak nodig zal zijn om de invoer van dergelijke producten aan banden te leggen?

Ik meen mij te herinneren dat enkele jaren geleden de voedingsmiddelenindustrie Europees, spijtig genoeg, een opening heeft kunnen forceren, waardoor zij de kwaliteit van de voeding en de vitamines of kruidgeneeskundige producten in Europa nogal vrij kon houden.

07.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Germeaux, ten eerste, het FAVV heeft sinds zijn oprichting nog geen controles bij kruidengenezers of alternatieve genezers geprogrammeerd in een controleplan. Controles gebeuren enkel naar aanleiding van een specifieke klacht, zoals bijvoorbeeld bij de recente loodvergiftiging in Antwerpen. Daarentegen gebeuren er wel controles met monsterneming in de distributie van voedingssupplementen en plantenpreparaten, en dat met het oog op de analyse van zware metalen.

De volgende gegevens zijn beschikbaar. Voor het jaar 2003 werden 4 plantenpreparaten geanalyseerd op lood, kwik, cadmium en arseen. Zij waren alle conform. Voor het jaar 2004 werden 10 voedingssupplementen onderzocht op dezelfde contaminanten. Alle waren conform. Voor het jaar 2005

werden 19 voedingssupplementen onderzocht, waarvan er 16 conform waren en 3 niet conform. Voor 2006 plant het FAVV 20 stalen.

Ten tweede, ik heb enkel weet van de loodvergiftiging in Antwerpen van mei 2006, naar aanleiding van de hospitalisatie van twee personen.

Ten derde, de bedoelde producten zijn onderworpen aan een registratieprocedure en aan kwaliteitseisen waarop toezicht wordt uitgeoefend door de betrokken controlediensten, voor zover die tenminste via de reguliere verkoopscircuits worden verhandeld, dus via voedingswinkels, dieetwinkels, apotheken enzovoort.

De programmering van die controles gebeurt op basis van een risico-evaluatie waarbij rekening wordt gehouden met diverse criteria, zoals gevaren voor de volksgezondheid, vaststellingen uit het verleden en Europese waarschuwingen.

Het controleprogramma van het FAVV wordt jaarlijks voor advies voorgelegd aan zijn wetenschappelijk comité. Indien uit de vaststellingen blijkt dat het risico in verband met deze groei toeneemt, wordt het controleprogramma aan de nieuwe situatie aangepast.

Op dit ogenblik dienen uitsluitend voedingssupplementen die nutriënten of planten bevatten, te worden genotificeerd vooraleer zij tot de handel worden toegelaten. Een besluit waarbij alle voedingssupplementen aan die notificatieprocedure zullen worden onderworpen, is in de maak.

Er werd een werkgroep opgestart om te bepalen onder wiens bevoegdheid de controles van deze pseudo-medicatie vallen. Er is een tendens dat onder het directoraat-generaal Geneesmiddelen van de FOD Volksgezondheid te laten ressorteren.

In de aanpak van de aangehaalde vergiftiging heeft er een uitstekende samenwerking tussen de betrokken diensten plaatsgevonden.

Ten vierde, de invoer van deze producten dient inderdaad in een Europese context te worden bekeken. Vandaar onder meer het belang van het hoger genoemde Europese waarschuwingssysteem dat een gegarandeerde en snelle informatie-uitwisseling tussen de lidstaten waarborgt. Aangezien het hierbij meer dan eens om illegale import gaat, is een efficiënt en gecoördineerd optreden op Europees niveau zeker wenselijk.

07.03 De voorzitter : Mijnheer Germeaux, wenst u te reageren?

07.04 Jacques Germeaux (VLD): Neen.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

08 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins prénataux" (n° 12288)

08 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "prenatale zorg" (nr. 12288)

08.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, les femmes enceintes subissent en général trop d'examens médicaux au cours de leur grossesse, estime l'Agence intermutualiste (AIM) dans un rapport publié le 28 juin dernier. En revanche, les femmes issues de milieux socialement moins favorisés sont insuffisamment suivies.

Dans le cas d'une première grossesse "normale", dix consultations sont recommandées contre sept pour les grossesses suivantes. En réalité, une femme enceinte consulte 13 fois un gynécologue, un généraliste ou une accoucheuse, quel que soit son profil de risque ou le nombre de grossesses, selon une étude menée par l'AIM en 2002.

Par ailleurs, certaines femmes ne consultent pas du tout au cours de leur grossesse ou seulement après les trois premiers mois. Elles sont souvent âgées de moins de 20 ans, bénéficient de l'intervention majorée dans

les soins de santé et habitent Bruxelles.

Confirmez-vous ces conclusions de l'AIM?

Quelles mesures pourriez-vous prendre, en collaboration éventuelle avec les Communautés, pour décourager ou encourager, selon les cas, le suivi prénatal de ces femmes?

Des analyses de biologie clinique ne sont pas toujours pratiquées (hépatite, HIV, ...). Ne pourrait-on pas les encourager?

N'y a-t-il pas lieu de sensibiliser d'urgence le corps médical et certaines patientes, surtout à Bruxelles, à la nécessité de consulter rapidement en cas de grossesse?

08.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame la députée, d'abord, je soulignerai que le rapport de l'Agence intermutualiste "Suivi prénatal en Belgique – 2002" est réalisé sur des données antérieures à la publication en 2004 par le Centre fédéral d'expertise en soins de santé d'une recommandation nationale relative aux soins prénataux, une base pour un itinéraire clinique de suivi des grossesses. Le rapport de l'AIM donne un état des lieux de ce qui se faisait avant la publication des recommandations.

En ce qui concerne la confirmation des chiffres, ceux-ci sont à nuancer. Les rapports du Centre fédéral ne s'adressent qu'aux femmes enceintes qui ne présentent pas de facteur de risque. L'AIM précise, à la page 9 du rapport, le fait que les données AIM ne permettent pas de distinguer les primigestes des multigestes, ou les grossesses à faibles risques de celles à hauts risques, ce qui rend donc la comparaison avec les recommandations du Centre fédéral difficiles.

La recommandation du Centre fédéral se concentre sur les consultations de suivi de la grossesse. L'étude de l'AIM a, par contre, comptabilisé toutes les consultations chez les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. Les consultations chez les généralistes peuvent avoir lieu pour d'autres motifs. La sage-femme peut être consultée pour la préparation à l'accouchement, etc. L'AIM ne comptabilise pas les consultations prénatales réalisées lors des consultations de quartier de l'ONE et de Kind en Gezin pour lesquelles aucune attestation de soins n'est délivrée.

Les chiffres pour l'année 2005 seront fournis par l'AIM fin 2006. Le feedback individuel de l'INAMI se basera sur les nouveaux chiffres.

Quelles nouvelles mesures doivent-elles être prises?

Momentanément, c'est le Conseil national de promotion de la qualité – organe de qualité de l'INAMI – qui doit procéder à un feedback individuel, notamment basé sur les rapports des sages-femmes et gynécologues, médecins qui recevront ces documents.

La plate-forme de cette campagne de feedback doit dégager un consensus basé sur les représentants de l'INAMI, du Centre fédéral d'expertise et l'Institut intermutuelliste. À partir de là, nous aurons une base pour refaire un rapport.

Les données individuelles de 2005 serviront également à assurer un feedback individuel qui permettra aux différents prestataires de prendre position. Lors des GLEM (groupements locaux de médecins), les médecins vont être encouragés à discuter de ce thème dans leurs instances locales. Ce feedback permettra des réactions plus nombreuses, notamment des cliniciens de terrain. Les différentes dispositions vont garantir à chacun une meilleure information et une plus grande qualité des prestations.

Le rapport du Centre fédéral d'expertise est complet et transparent et ne se fonde pas sur des éléments subjectifs mais bien sur des éléments d'approche scientifique. Je suis convaincu que ce rapport va dégager une grande confiance. Il est appuyé par des feedbacks individuels sur des normes médico-scientifiques en art obstétrique. La variation dans les actes médicaux participant au suivi des grossesses diminuera donc en Belgique: on va rapprocher les techniques grâce à cette comparaison.

Par ailleurs, des mesures complémentaires comme l'implication des leaders d'opinion, le relais de la recommandation par les experts du Collège des médecins pour la mère et le nouveau-né, l'implication des

organisations scientifiques professionnelles, l'organisation de congrès, l'information des femmes enceintes par la diffusion de brochures sont également prévues pour assurer la diffusion de la recommandation nationale. Celle-ci sera centrée sur la bonne utilisation des soins. On prendra des mesures pour inciter les femmes enceintes appartenant à un groupe à risque à consulter plus tôt. Là aussi cependant, certaines mesures relèvent de la prévention et donc des Communautés.

08.03 Colette Burgeon (PS): Je vous remercie pour cette réponse complète. Quant aux mesures prises en 2005 qui seront publiées fin 2006, soit vous me les transmettez, soit elles feront l'objet d'une nouvelle question de ma part fin 2006, début 2007.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la structure organisationnelle Influenza" (n° 12289)

09 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatiestructuur influenza" (nr. 12289)

09.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, le Conseil des ministres du 23 juin dernier a approuvé la note du commissariat interministériel "Influenza" relative à la structure organisationnelle du même nom. Selon le communiqué de presse du Conseil des ministres, "la note détermine la structure nécessaire pour maîtriser le risque de mutation du virus de la grippe aviaire et de pandémies de grippe humaine, tant en dehors de la période de coordination nationale – planification, mises à jour, exercices – qu'en période de coordination nationale et/ou de pandémie."

La structure qui est présentée est identique à celle que le gouvernement fédéral a mise en place le 24 février 2006 concernant les aspects vétérinaires de l'épizootie de grippe aviaire. Toutefois, il s'agit ici de l'organisation des personnes et moyens disponibles pour une pandémie qui concerne uniquement la santé humaine. Sa structure est calquée sur l'organisation établie au sein du commissariat interministériel "Influenza" à la suite du mandat confié par la conférence interministérielle Santé publique en octobre 2005. D'ici à l'été 2007, le commissariat "Influenza" aura terminé la première version du plan opérationnel belge pour une pandémie de grippe.

Mes questions sont les suivantes.

Quels sont les moyens disponibles et l'organisation des personnes prévue pour une pandémie concernant uniquement la santé humaine?

Enfin, pouvez-vous déjà nous communiquer les grandes lignes de cette première version du plan opérationnel belge pour une pandémie de grippe?

09.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Burgeon, concernant d'abord les moyens disponibles pour l'organisation des personnes prévue pour une pandémie concernant uniquement la santé humaine, lorsqu'un événement majeur survient - comme un cas de pandémie grave -, il implique l'intervention de plusieurs départements au sein du gouvernement. Dans pareille éventualité, il incombe au centre gouvernemental de coordination de crise d'assurer la gestion de la crise. Il s'agit surtout d'une fonction de coordination par la mise en œuvre des réseaux et des relais d'information dont ils disposent.

Trois cellules sont appelées à intervenir dans le contexte de cette coordination: une cellule de gestion; une autre d'évaluation; et enfin une dernière d'information.

La première est formée des ministres fédéraux compétents en la matière ou de leurs représentants. Cette cellule prendra toutes les mesures utiles et proportionnées à la gravité de la situation dont elle confiera le suivi au département en charge de la Santé. Dans ce contexte, chaque service public fédéral sera tenu par la réglementation existante d'organiser une cellule de crise départementale chargée pour son domaine de compétence des décisions prises par la cellule de gestion.

La cellule d'évaluation est composée de techniciens spécialisés et de scientifiques de provenances diverses et réputés pour leur compétence dans le domaine. Cette cellule est responsable des aspects opérationnels

et du suivi de l'évolution de la crise ainsi que de l'analyse de la situation. Son rôle est d'informer la cellule de gestion, de préparer ses décisions et de veiller à leur bonne exécution.

La cellule d'information doit, pour sa part, diffuser vis-à-vis des publics-cibles le contenu et la portée des différentes décisions prises par la cellule de gestion. Par publics-cibles, j'entends la population dans son ensemble, les professionnels de la santé, les membres des divers services publics indiqués. Cette cellule est, entre autres, chargée de diriger le call center "Influenza" et d'assurer la mise à jour régulière du site influenza.be.

Il appartient au gouvernement de mettre en œuvre de manière optimale tous les moyens disponibles afin de limiter l'impact d'une pandémie survenant dans notre pays. L'anticipation de cette mise en œuvre implique généralement une participation active au niveau international. La caractéristique de cette maladie transmissible de personne à personne rend illusoire le succès de la lutte si celle-ci n'est pas solidaire des autres nations exposées ou touchées.

Je termine par les grandes lignes de la première version du plan opérationnel belge en prévision d'une pandémie de grippe qui sont les suivantes:

- l'organisation générale;
- la prévention;
- la surveillance;
- la gestion des cas;
- la logistique;
- les mesures socio-économiques;
- la communication.

La première mouture de ce plan a été mise à l'épreuve d'un exercice les 11, 12 et 13 juillet 2006.

09.03 Colette Burgeon (PS): Je n'ai pas de commentaire à ajouter.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme de l'étiquetage nutritionnel" (n° 12290)

10 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het herzien van de voedingswaarde-etikettering" (nr. 12290)

10.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, selon le magazine des consommateurs "Que choisir" de juin 2006, comprendre les indications nutritionnelles imprimées sur les étiquettes des aliments peut prendre un certain temps. Actuellement, il faut savoir déchiffrer un tableau comportant, à la virgule près, des données et termes incompréhensibles pour le grand public et nécessitant des calculs les plus complexes pour être assimilés.

Alors qu'une réforme sur l'étiquetage nutritionnel au niveau européen est prévue pour 2007, en France, la Direction générale de l'Alimentation (DGAL) a mené une étude auprès de consommateurs afin de proposer une piste de réflexion crédible en la matière. Sans trop de surprise, l'étiquetage actuel qui se borne à donner des quantités pour 100 grammes ou 100 millilitres des nutriments (lipides, glucides et protéines) et leur valeur énergétique en kilocalories est jugé peu exploitable par les consommateurs.

Les quelque 1.200 personnes qui ont participé à l'étude ont, en revanche, privilégié un étiquetage simplifié qui leur permettrait de comparer plus facilement les produits. Il se présenterait sous la forme d'un graphique à six entrées (énergie, protéines, glucides, sucres, matières grasses et sels). Pour chaque aliment serait indiqué ce que peut apporter une portion par rapport aux besoins journaliers dans chacune des six entrées. Cette méthodologie simple et facilement compréhensible est basée sur les apports journaliers recommandés.

Ce système d'étiquetage ne se contente pas du seul calcul des calories dont a besoin une personne mais permet aux consommateurs de se poser des questions sur l'équilibre de leur alimentation. Une prise de conscience est nécessaire et indispensable pour éviter ou du moins atténuer les allégations nutritionnelles

imposées par les industriels de l'alimentaire sur nombre de leurs produits.

Dès lors, mes questions sont les suivantes.

Monsieur le ministre, que pensez-vous de cette étude de la DGAL? Êtes-vous favorable aux recommandations émises? Existe-t-il une possibilité de voir ces suggestions s'inscrire dans la réforme d'étiquetage nutritionnel au niveau européen?

10.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame la députée, j'ai lu avec attention l'étude que vous mentionnez. Vous avez raison, cette étude de la Direction générale de l'Alimentation est intéressante à plus d'un titre.

Comme vous le savez, la question des critères nutritionnels est régie par la directive 90/496 relative à l'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires, telle qu'elle est modifiée par la directive 2003/120. Un projet européen est en cours d'élaboration. Celui-ci vise à fournir des informations correctes par le biais de l'étiquetage des denrées alimentaires en évitant des informations trompeuses et peu compréhensibles pour le consommateur. Je ne peux pas vous en dire plus pour le moment mais je ne manquerai pas de transmettre les informations de cette étude.

10.03 Colette Burgeon (PS): Je suivrai le dossier.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 12.44 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.44 uur.