

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 13 FÉVRIER 2007

DINSDAG 13 FEBRUARI 2007

Après-midi

Namiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 15.12 heures. La réunion est présidée par M. Yvan Mayeur.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.12 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Yvan Mayeur.

01 Interpellation de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport de la cellule d'accompagnement et d'expertise à la mise en place et au suivi de l'avant-projet de plan médical global et des plans de gestion des hôpitaux de la province de Luxembourg" (n° 1009)

01 Interpellatie van mevrouw Dominique Tilmans tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van de begeleidings- en expertisecel bij de uitwerking en de follow-up van het voorontwerp in verband met het alomvattend medisch plan en de beheersplannen van de ziekenhuizen van de provincie Luxemburg" (nr. 1009)

01.01 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'ai souhaité introduire une demande d'interpellation afin d'avoir le temps d'exposer l'ensemble des questions concernant cet avant-projet de plan médical global et plan de gestion des hôpitaux de la province du Luxembourg.

En octobre dernier, une cellule d'experts désignée par la Région wallonne, sur demande expresse de la Coordination hospitalière luxembourgeoise, a remis un rapport concernant la mise en place et le suivi de l'avant-projet médical global et des plans de gestion des hôpitaux de la province du Luxembourg. D'une part, ce rapport reprend un état des lieux, partie du rapport qui date de février 2005, et, d'autre part, formule des recommandations.

En synthèse, les experts proposent une refonte complète de l'offre de soins. Les trois intercommunales hospitalières devraient fusionner en une seule intercommunale. Trois sites seraient maintenus, à savoir Marche, Libramont et Arlon mais en y répartissant les spécialités médicales avec, parfois, des antennes sur chaque site. Chaque service devra avoir un seul médecin-chef pour les trois sites. Le site aigu de Bastogne est appelé à fermer. Voici une excellente initiative de regroupement des services interhospitaliers par spécialité.

Ce rapport fait évidemment appel à différents niveaux de pouvoir: le fédéral, les Régions, les Communautés et les provinces. Cependant, il est tout à fait clair que la réorganisation de l'offre hospitalière a trait à la compétence du fédéral.

Monsieur le ministre, je souhaiterais vous poser sept grandes questions et plusieurs sous-questions. Avez-vous été associé à la rédaction de ce rapport? Y a-t-il eu des contacts entre les membres de votre cabinet et les experts désignés? Après avoir pris connaissance de ce rapport, adhérez-vous complètement aux diverses recommandations qui y sont exposées? Selon vous, ce rapport est-il amendable ou non?

Ma deuxième grande question est la suivante. Les experts proposent de maintenir trois sites aigus, à savoir Arlon, Libramont et Marche. Néanmoins, à côté de cette proposition des experts, il y a une contre-

proposition de "bi-sites" de l'hôpital de Marche, l'IFAC, qui souhaite la création d'un nouvel hôpital dans le nord de la province en fusionnant les hôpitaux du nord: Libramont, Bastogne et Marche.

Imaginons un hôpital de 400 à 500 lits qui s'intégrerait dans l'intercommunale unique. Cette structure regrouperait toutes les spécialités du domaine médical.

Pensez-vous, monsieur le ministre, que cette orientation est envisageable bien qu'elle s'écarte du rapport des experts? Des moyens budgétaires pourraient-ils être libérés par le pouvoir fédéral pour la construction de ce nouvel hôpital dans le nord de la province? Pensez-vous que ce choix d'implantation serait à même de garantir l'accessibilité et l'efficacité sur le long terme des soins en province de Luxembourg, sans compter que l'adoption de la proposition de "bi-sites" entraînerait une diminution de 200 lits.

J'en arrive au troisième grand point qui a trait aux urgences.

Je tiens tout d'abord à me réjouir de la réflexion en cours dans cette Chambre sur la réforme des appels des urgences. Ainsi, il serait envisagé de fixer un délai maximum de 15 minutes pour l'intervention sur les lieux d'un accident. Cela dit, on prévoit la structuration de l'aide médicale urgente au départ du généraliste local - on recentre ainsi la problématique des généralistes locaux et c'est très bien -, incluant le PIT, le SMUR et le transport hélicoptéré.

Les experts précisent que la Santé publique mettra à disposition un chef de projet, des moyens d'organisation et de procédure, des moyens techniques et réalisera l'interface avec d'autres expériences PIT.

Monsieur le ministre quelles sont vos intentions en la matière? Va-t-on maintenir l'expérience pilote appelée PIT où il n'y a plus de médecin urgentiste ou SIAMU, mais un infirmier disposant d'une formation spécifique? On pourrait d'ailleurs envisager d'étendre cette formation. Cette expérience pilote a-t-elle déjà été évaluée? N'y a-t-il pas une perte d'efficacité due à une moindre qualification? Je rappelle que le médecin urgentiste ou SIAMU est remplacé par un infirmier.

Comment envisagez-vous la collaboration avec les médecins généralistes? Une formation spécifique des médecins généralistes concernant l'urgence est-elle envisagée? Il faut savoir que, malheureusement, de nombreux médecins généralistes ne sont pas en faveur de cette solution. Mais une rémunération spécifique des médecins généralistes en cas d'intervention dans le cadre de l'urgence pourrait peut-être les faire changer d'avis. Cette rémunération est-elle ou non prévue? Comptez-vous intervenir financièrement pour le transport hélicoptéré?

Une convention pourrait-elle être envisagée avec le centre de secours de Bra-sur-Lienne?

Dans l'hypothèse de la fermeture du site aigu de Bastogne qui serait transformé en polyclinique, est-il envisageable, pour répondre aux besoins de l'urgence, d'organiser une permanence 24 heures sur 24 grâce aux médecins généralistes ou aux médecins spécialistes?

Quatrièmement, en ce qui concerne les soins palliatifs, il y a aujourd'hui centralisation de 12 lits de soins palliatifs sur le site de Bastogne avec un aménagement "hébergement" pour les familles, ce qui est une très bonne chose. Néanmoins, il est aussi prévu que la fonction palliative sera présente sur chaque site aigu pour répondre au besoin de proximité. Monsieur le ministre, pensez-vous que cette centralisation des soins palliatifs peut suffire à garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs dans la province et respecter ainsi l'article 12 de la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs qui stipule que "tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie"?

Cinquièmement, la cardiologie est un élément important de la réflexion en cours. Le rapport évoque que la cardiologie doit être développée en un seul site, au départ d'Arlon, avec des activités de base sur les trois sites. Soutenez-vous ce choix? Qu'est-ce qui justifie que le choix se soit d'abord posé sur Arlon plutôt que Libramont où seule l'activité interventionnelle d'urgence remboursée par l'INAMI est prévue?

En cas de coopération transfrontalière – vous aviez évoqué ce point lors d'une séance de questions/réponses en la matière –, est-il envisageable d'avoir, d'une part, un centre B1-B2 sur Libramont en collaboration avec Mont-Godinne dans le cadre de l'exception prévue par le nouvel arrêté "cardio" et, d'autre part, un centre B1-B2, voire B3 Interreg sur Arlon en cas de coopération transfrontalière avec le Grand-

Duché ou avec la France? Avez-vous déjà eu des contacts ou existe-t-il des initiatives lancées à votre demande en matière de coopération transfrontalière?

Sixièmement, le rapport précise qu'il est nécessaire de disposer d'une RMN dans chaque institution. Est-ce envisageable et finançable?

Enfin, monsieur le ministre, quelle est la part du financement fédéral dans la restructuration du paysage hospitalier luxembourgeois?

Est-il exact qu'en dérogation à la règle des 40/60, le fédéral prendra en charge 90% des travaux de construction, les 10% restants étant à charge des Communautés et des Régions, dès lors que les travaux en province du Luxembourg sont considérés comme prioritaires? Ces travaux sont-ils bien jugés comme prioritaires? Des conditions spécifiques sont-elles prévues dans la clef de répartition 90/10? Au-delà de la législation cette mesure sera-t-elle toujours d'application?

01.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame la députée, je vous signale qu'en l'occurrence, l'étude a été commandée par la Région wallonne. Je n'ai donc pas été directement associé à la rédaction du rapport dont vous avez fait état. Des contacts ont cependant eu lieu entre mon cabinet et les experts en charge de cette étude.

Globalement, j'adhère, pour la lecture que j'en ai, aux recommandations qui ont été faites par les experts. Je n'ai pas été directement informé de la proposition alternative déposée par l'IFAC. Il ne m'appartient d'ailleurs pas de me prononcer sur celle-ci. Je voudrais néanmoins préciser que la restructuration des hôpitaux luxembourgeois est un défi et qu'il n'y a pas de temps à perdre pour la concrétiser.

En ce qui concerne les moyens fédéraux pour la construction de cet hôpital, ils ne peuvent se concevoir que dans le cadre du protocole d'accord (calendrier de construction), qui a été publié au Moniteur belge le 19 janvier dernier. Cela signifie que l'accord de la Région wallonne est de toute manière requis.

Les expériences PIT sont en cours d'évaluation sous la conduite de nos deux chefs de projet et d'un groupe d'experts médicaux. Il est trop tôt pour en tirer, à l'heure actuelle, des conclusions définitives, mais le sentiment général est que cela constitue une voie d'avenir. A quelles conditions précises? Les expériences devront les déterminer avec certainement des nuances suivant les régions, en fonction de leur nature (rurale, urbaine), les pathologies, mais aussi l'organisation des cercles de médecine générale pour la garde.

Je me réjouis de voir le nombre croissant d'intervenants qui évaluent positivement l'expérience en cours.

Quant à la question portant sur la centralisation des lits "soins palliatifs", elle relève de la Région. En effet, cette dernière est compétente pour fixer les priorités, en ce compris par rapport à l'accessibilité géographique en ce qui concerne la programmation à l'intérieur d'un nombre programme fixé par le fédéral.

En ce qui concerne la cardiologie, la recommandation de l'expert mandaté par la CHL est effectivement de prévoir un site B1-B2 sur Arlon, solution privilégiée par les experts compte tenu, semble-t-il, des activités respectives d'Arlon et de Libramont et des habitudes de mobilité des patients. Le cadre légal actuel ne permet pas d'envisager la collaboration que vous évoquez avec la ville de Luxembourg. Si cette collaboration devait être rendue possible, c'est sans aucun doute toute la construction de l'offre de soins cardiologiques dans la province qui serait remise en question.

Par rapport à votre question sur les RMN, j'attire votre attention sur l'arrêté royal du 25 octobre 2006 publié au Moniteur belge du 11 décembre 2006 qui fixe le nombre maximum de services équipés d'un tomographe à résonance magnétique et qui peuvent être exploités. En vertu de cet arrêté, la Région wallonne dispose d'une programmation complémentaire de dix appareillages. Les critères d'attribution sont fixés dans l'arrêté royal du 25 octobre 2006 publié au Moniteur belge le 11 décembre 2006. Il n'est pas acquis que chaque hôpital pourra disposer d'une RMN.

Enfin, je puis vous confirmer que lorsque les travaux d'investissement sont considérés comme prioritaires par la Région, le taux d'amortissement peut être porté par le fédéral à 90% desdits travaux prioritaires.

Comment sont-ils définis? D'abord, il y a des investissements nécessaires pour répondre à de nouvelles normes.

Ensuite, il y a des investissements conduisant à une rationalisation de l'offre de soins. Il s'agit plus précisément des investissements consécutifs à des mesures de restructurations internes conduisant à une concentration de l'activité ou à une réduction du nombre de sites d'exploitation. Il peut s'agir encore d'investissements consécutifs à des mesures de restructurations prises dans le cadre d'une convention de collaboration juridiquement formalisée entre deux ou plusieurs hôpitaux et qui conduisent à une concentration d'activités et/ou à une réduction des sites d'exploitation.

Enfin, il y a des investissements qui peuvent être consécutifs à une spécialisation des activités dans le cadre d'une convention de collaboration juridiquement formalisée entre deux ou plusieurs hôpitaux. La convention en question est conclue en particulier en vue de l'organisation de l'exploitation conjointe d'un programme de soins, d'un service hospitalier ou d'une fonction hospitalière en application des normes de programmation ou d'agrément en vigueur.

Deux autres catégories d'investissements pourraient entrer en ligne de compte: ceux relatifs à l'hospitalisation de jour et ceux qui améliorent l'accessibilité et le confort du patient.

À l'évidence, les investissements prévus dont vous faites mention peuvent entrer dans ce cadre, sous l'angle de la critériologie.

La Région wallonne doit encore se prononcer.

Le deuxième élément porte sur la durée du mode de financement. Le mécanisme existait déjà précédemment, mais nous l'avons amplifié. Il faut cependant se montrer prudent sur un point: avec un taux 90/10, on reste dans le cadre d'une même enveloppe; donc on accélère ainsi la prise en charge d'investissements prioritaires, mais dans un système de vases communicants, empêchant d'autres investissements. Le montant global est resté identique. Je tiens à insister sur cet aspect qui a fait l'objet d'une discussion quant à une éventuelle augmentation des montants, ce qui n'est pas le cas pour des raisons de rigueur budgétaire. Il n'empêche que l'outil des travaux prioritaires peut se montrer très utile dans certains cas.

À présent, toutes les cartes sont sur la table. Il appartient à la Région, à un moment ou à un autre, de prendre ses responsabilités.

01.03 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses, mais j'aimerais encore obtenir certaines précisions pour être sûre d'avoir tout bien saisi.

Il me semble également clair que la Région wallonne devra prendre ses responsabilités, ainsi d'ailleurs que chaque niveau de pouvoir, comme vous le dites.

J'en reviens au début de mon intervention: à votre avis, le rapport déposé est-il amendable? Ou bien ce rapport doit-il être considéré d'après ses grandes options? Je ne parle pas du détail.

Je passe la deuxième question vu que vous n'êtes pas au courant de la demande d'une étude d'un "bi-sites".

En ce qui concerne les urgences, le rapport fait état que, "en ce qui concerne l'urgence, la Santé publique, donc le fédéral, met à disposition un chef de projet, des moyens d'organisation et de procédures, des moyens techniques et réalisera l'interface avec d'autres expériences". Comme il s'agit du cadre des urgences, il me semble que c'est bien de vous que doit émaner l'initiative.

01.04 Rudy Demotte, ministre: Oui, cela doit venir de mon département.

01.05 Dominique Tilmans (MR): C'est donc prévu. C'est parfait.

Toujours à propos de l'urgence et à propos du PIT, qui fait couler beaucoup d'encre, il devient de plus en plus difficile aujourd'hui de recruter des médecins urgentistes, des médecins SIAMU.

Ne seriez-vous pas preneur d'une expérience avec un médecin SIAMU? Des moyens ont déjà été alloués à Virton pour ce faire. Ne serait-il pas plus intéressant d'avoir un PIT fonctionnant avec un médecin SIAMU et donc de prolonger l'expérience en cours? Je ne sais toujours pas si l'expérience pilote a été évaluée.

Toujours en matière d'aide médicale urgente, le PIT propose des infirmiers. On sait que cela pose des questions en termes d'assurances, de responsabilités et de définition d'actes. Où en est-on dans cette réflexion? Dans le même domaine, je sais que vous êtes favorable à la collaboration avec le médecin généraliste. Il est peut-être parfois difficile de sensibiliser des médecins généralistes à la collaboration avec les urgences. Ne pourrait-on pas imaginer une rémunération particulière pour ceux qui veulent s'investir dans l'urgence?

01.06 Rudy Demotte, ministre: Cela existe déjà.

01.07 Dominique Tilmans (MR): C'est parfait! L'idée est d'organiser dans une polyclinique une garde 24 heures sur 24 avec des généralistes et des spécialistes.

01.08 Rudy Demotte, ministre: À Saint-Pierre, il y a un mécanisme de tri aux urgences qui fonctionne très bien.

01.09 Dominique Tilmans (MR): Ce qui est important, c'est qu'en zone rurale, on doit faire face à des distances importantes, comme on l'a déjà dit à de nombreuses reprises. L'organisation actuelle des urgences du PIT contraint les ambulances à des détours insensés. Il faudrait rationaliser les déplacements mais il faudrait aussi que le PIT puisse sortir avec un infirmier pour des cas sans gravité. En discutant avec un infirmier ambulancier, j'ai pu constater une inquiétude dans leur chef quant aux responsabilités liées à certains actes qu'on leur demande. Ils ont peur de prendre des initiatives en l'absence d'un médecin. Ce n'est peut-être pas le cas de tous les infirmiers mais un grand nombre d'entre eux aimeraient être secondés par un médecin dans des circonstances graves.

On se trouve souvent à 20 ou 25 minutes d'un centre aigu, l'aller-retour prenant donc au moins 40 minutes. Il faut être attentifs à ces délais qui mettent les malades ou des accidentés dans des situations périlleuses.

Vous n'avez pas répondu non plus à ma question sur le transport hélicoptéré. Y aura-t-il une intervention plus importante qu'aujourd'hui pour le transport hélicoptéré? Une expérience pilote avec une intervention existe déjà mais elle est largement inférieure à celle d'un SMUR. Pourrait-on imaginer une intervention avec Bra-sur-Lienne qui se trouve en province de Liège et qui jouxte la province du Luxembourg, ce qui pourrait se révéler d'une grande efficacité?

Étant donné qu'il y avait du bruit, je n'ai pas pu entendre votre réponse concernant les soins palliatifs.

01.10 Rudy Demotte, ministre: Je peux la répéter si vous le souhaitez.

01.11 Dominique Tilmans (MR): Oui, si vous le voulez bien.

En ce qui concerne la cardiologie, vous n'envisagez pas de prévoir, dans le cadre de l'expérience prévue par le nouvel arrêté "cardio", un site B1-B2 à Libramont en collaboration avec Mont-Godinne ni, à l'avenir, un site B1-B2-B3. Il serait pourtant intéressant d'y travailler davantage. En effet, des centres se développent au Luxembourg et en France, ce qui représente un potentiel important de patients. De cette manière, on pourrait développer un service de chirurgie cardiaque dans la province du Luxembourg.

Quant aux RMN, j'ai bien compris que dix appareils supplémentaires sont prévus en Région wallonne mais qu'il n'est pas acquis que chaque site aigu de la province pourra en disposer d'un.

Enfin, je n'ai pas d'autres remarques sur le financement.

01.12 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame la députée, malheureusement, il arrive que mon administration ne me donne pas de réponse sur certains points précis et, pour ma part, je ne souhaite pas improviser. Je vais dès lors noter qu'il y a une carence dans la réponse que je vous ai apportée en ce qui concerne le transport hélicoptéré.

01.13 Dominique Tilmans (MR): Effectivement.

01.14 Rudy Demotte, ministre: Je vais donc demander un complément de réponse que ma collaboratrice

vous communiquera.

En ce qui concerne la question des soins palliatifs, j'ai renvoyé à la Région, étant donné que cela relève de sa compétence. En réalité, lorsque l'on fixe des normes, l'implémentation est toujours mise en œuvre par la Région. C'est la règle qui vaut!

En ce qui concerne les RMN, j'ai donné la même réponse car on fixe le cadre normatif que la Région doit ensuite implémenter.

Quant aux investissements, on détermine les moyens budgétaires et la norme de partage – dans ce cas: 90/10 – et la Région procède ensuite à l'arbitrage.

Quant aux PIT, nous sommes en plein processus d'évaluation, ce qui signifie qu'il est peut-être prématuré de me prononcer sur des questions particulières telles que: quelle est la nature des soins infirmiers qui sont exigés de l'organisation de la prise en charge urgentiste dans le cadre des PIT? Je peux toutefois vous dire qu'a priori ces soins infirmiers doivent correspondre aux obligations légales qui sont prévues dans l'arrêté royal de 1978 qui fixe les conditions dans lesquelles on pratique l'art infirmier. On ne peut pas en déborder. On ne peut commencer à prêter des actes médicaux.

Si, par contre, vos questions portent sur la relation entre l'infirmier, l'équipe infirmière paramédicale sur place et les médecins, les protocoles sont fixés en fonction de la réalité du terrain. Il y a des relations directes avec les cercles de médecins généralistes. Dans un périmètre donné, il faut toujours faire un recensement a priori de qui se trouve sur le terrain et des moyens de référencement en cas de besoin. En effet, dès qu'un "upgrading" s'avère nécessaire en matière de prise en charge, il faut évidemment que des protocoles en fixent le déroulement sur place. Si quelqu'un présente telle pathologie et nécessite une prise en charge qui dépasse le niveau de l'assistance paramédicale présente, il faut faire appel à un médecin ou déterminer comment cela se passe concrètement.

Chaque PIT doit déterminer, en fonction de sa région, la nature de ce lien. Il faut également examiner le lien avec la structure hospitalière et la combinaison des deux.

On peut faire appel, soit à la structure hospitalière qui déférera si, par exemple, l'on se trouve dans un périmètre raisonnable, soit à un médecin couvrant la zone où l'on se situe. Ce sont des raisons de santé publique qui président à ce choix.

Il est donc aujourd'hui prématuré de vous présenter aujourd'hui une matrice répondant à toutes ces questions de manière segmentée. Les rapports des PIT sont en effet en train d'être déposés.

Voilà quelques jours, je me suis rendu aux États-Unis où le modèle des PIT est généralisé. Toute l'aide médicale d'urgence fonctionne selon ce modèle et cela ne pose pas de problème. En termes de prise en charge de l'aide médicale urgente, rien ne prouve que cela fonctionne moins bien que le système existant dans notre pays.

Dans l'analyse finale que nous effectuerons, nous nous inspirerons donc du "benchmarking" étranger et examinerons les systèmes existants.

Vous demandez si le rapport dont je vous parlais "ab initio" est amendable. Je ne peux me prononcer sur ce point pour une raison très simple: c'est la Région wallonne qui a commandé ce rapport. Si je vous disais à partir d'une tribune du fédéral qu'il est amendable, je prendrais position en lieu et place de la Région. C'est à elle de répondre à cette question.

En matière de cardiologie, je ne peux me prononcer sur votre constat. Il s'agit de votre point de vue, que je connaissais d'ailleurs déjà.

01.15 Dominique Tilmans (MR): Vous parlez de la possibilité d'un centre B3 en cas de coopération transfrontalière?

01.16 Rudy Demotte, ministre: Oui.

Je vous rappelle que nous sommes attentifs à la situation présente. Quand je reprends les propos que je

vous ai lus tout à l'heure, on dit que le B1-B2 sur Arlon est effectivement une solution privilégiée par les experts en raison des activités respectives d'Arlon et de Libramont et des habitudes de mobilité des patients.

On dit aussi que le cadre légal actuel ne permet pas d'envisager la collaboration que vous évoquez avec la ville de Luxembourg. Si cette éventualité était rendue possible, il faudrait revoir toute la construction de l'offre de soins dans le bassin.

Nous sommes donc encore aujourd'hui incapables d'aller plus avant dans la collaboration transfrontalière.

01.17 Dominique Tilmans (MR): Ce plan médical global est essentiel pour la province de Luxembourg. J'en conviens.

L'urgence sera un élément déterminant. Il faut y être particulièrement sensible étant donné les longues distances parcourues en province de Luxembourg.

Il est évident que le PIT a sa raison d'être quand il s'agit d'accidents banals. Néanmoins, il faut faire la distinction entre l'urgence réelle et l'urgence secondaire. J'estime que pour répondre aux besoins de l'urgence réelle, il faut créer un système où le médecin, s'il est appelable, doit être très rapidement sur les lieux.

Tout le monde pourra se mettre d'accord sur un plan médical global en province de Luxembourg quand on aura réellement répondu au défi de l'urgence.

01.18 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, je voudrais réagir. Depuis longtemps, la philosophie du PIT est de jauger le degré de soins nécessaire à la prise en charge en urgence et donc de veiller à amener, le cas échéant, un médecin dans un délai raisonnable. Mais cela n'est pas automatique! C'est la problématique qui gravite autour du PIT: faut-il un médecin sur place? Une expérience a été menée dans l'arrondissement de Hal-Vilvorde et également à Louvain. Le PIT n'existe plus si vous prévoyez un médecin sur place! Or, en joignant un médecin à l'équipe d'intervention, vous dégarnissez les services hospitaliers. La situation peut donc parfois être très compliquée.

Le président: Madame Tilmans, je vous autorise à dire un dernier mot car le dernier mot appartient au parlement, conformément au Règlement.

01.19 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le président, je donne entièrement raison au ministre.

Cependant, monsieur le ministre, vous évoquez une situation où l'on peut trouver à la fois un PIT et un SMUR dans le même hôpital.

Dans le cas qui me préoccupe, il est question - c'est le cas de Virton et ce sera peut-être le cas de Bastogne demain, même si je ne le souhaite pas - d'un SMUR dans une polyclinique où il n'y a pas d'urgentiste.

01.20 Rudy Demotte, ministre: L'organisation doit être assurée par les cercles des médecins.

01.21 Dominique Tilmans (MR): Toujours est-il que des mesures doivent absolument être prises en la matière. Il est nécessaire de prévoir une formation des médecins généralistes ainsi qu'une rémunération spécifique dans le cadre de l'urgence. Une prise de conscience en la matière est réellement nécessaire.

Par ailleurs, on constate que le nombre de médecins généralistes venant s'installer dans les régions rurales est en diminution. Cela implique une diminution au niveau du recrutement et donc une difficulté à trouver un médecin généraliste sur les lieux de l'urgence.

01.22 Rudy Demotte, ministre: C'est pour cette raison que l'on a créé un fonds Impulseo.

01.23 Dominique Tilmans (MR): Pourriez-vous répéter, monsieur le ministre?

01.24 Rudy Demotte, ministre: Il s'agit d'un fonds destiné à favoriser l'implantation de médecins dans de telles régions. Il vient d'être créé.

Le **président**: Je vous invite à conclure, madame Tilmans.

01.25 Dominique Tilmans (MR): Pour conclure, monsieur le président, je dirai que des discussions sont en cours depuis plusieurs semaines...

Le **président**: Madame Tilmans, je voulais savoir si vous déposiez une motion de recommandation.

01.26 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le président, tel n'était pas l'objet de mon interpellation. Son but était de me laisser suffisamment de temps pour m'exprimer.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inzage van het medisch dossier van een overledene door de raadgevende arts van een verzekeringsmaatschappij" (nr. 13825)

02 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consultation du dossier médical d'un défunt par le médecin conseil d'une compagnie d'assurances" (n° 13825)

02.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, een korte vraag met betrekking tot de wet op de patiëntenrechten.

Een raadgevende arts van een verzekeringsmaatschappij wordt gemachtigd door een verwant van een overledene, in toepassing van artikel 9 van de wet op de patiëntenrechten, om het medisch dossier van de overledene te raadplegen om na te gaan of de uitoefeningsvoorwaarden van het gesloten levensverzekeringscontract geldig zijn vervuld. In zijn advies stelt de Nationale Raad dat de beroepsbeoefenaar die het inzagerecht kan uitoefenen op vraag van de nabestaanden geen verzekeringsraadsgeneesheer mag zijn, niettegenstaande de wet deze beperking niet bevat en bijgevolg eigenlijk van toepassing is op alle geneesheren. Intussen zijn er al raadsgeneesheren voor de provinciale raad van de Orde gedaagd, omdat zij inzage in het dossier hadden gevraagd op vraag van nabestaanden.

Mijnheer de minister, ik zou graag uw standpunt vernemen in deze materie. Mag volgens u de beroepsbeoefenaar die het inzagerecht kan uitoefenen op vraag van de nabestaanden een verzekeringsraadsgeneesheer zijn? Wat gebeurt er met die raadsgeneesheren die al voor de provinciale raad zijn gedaagd omdat zij in die omstandigheden inzage hadden gevraagd?

02.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Lahaye-Battheu, ten eerste bepaalt de wet op de rechten van de patiënt inderdaad dat na het overlijden van de patiënt de echtgenoot, de partner, en de bloedverwanten tot in de tweede graad via een beroepsbeoefenaar een inzagerecht hebben in het patiëntendossier, behalve indien de patiënt zich hiertegen uitdrukkelijk heeft verzet. Zoals ik recent in antwoord op een andere vraag van u heb bevestigd, staat dit recht van de nabestaanden van een overledene onbetwistbaar vast. Of dit recht tot inzage ook kan worden uitgeoefend door een arts die tegelijkertijd handelt in opdracht van een verzekeringsmaatschappij, is een totaal andere kwestie.

Ter zake wil ik eerst en vooral de aandacht vestigen op het feit dat de wet op de patiëntenrechten de informatie die een verzekeringsmaatschappij mag bekomen, sterk beperkt heeft. In casu mag een verzekeringsmaatschappij slechts informatie bekomen over de doodsoorzaak op het ogenblik van het overlijden en niet over de voorgeschiedenis van de patiënt. De bepaling die aan de nabestaanden het recht geeft om via een beroepsbeoefenaar kennis te nemen van het medisch dossier, is niet in de wet opgenomen om te worden gebruikt als achterpoortje voor de raadgevende artsen van de verzekeringsmaatschappij om kennis te nemen van het gehele medische dossier.

Ik ben het dan ook eens met de zienswijze van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren dat een arts met betrekking tot de raadpleging van een medisch dossier niet tegelijk kan gemandateerd zijn door de nabestaanden van een overledene en door een verzekeringsmaatschappij.

Dit schept een onaanvaardbaar belangenconflict.

Ten laatste, als minister van Volksgezondheid ben ik niet bevoegd om mij te mengen in de procedures die

hangende zijn voor de provinciale raden van de Orde der Geneesheren.

02.03 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mijnheer de voorzitter, ik heb geen repliek en ik dank de minister voor zijn antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "colorectale kankerscreening" (nr. 13926)

03 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrôles en vue du dépistage du cancer colorectal" (n° 13926)

03.01 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag is in aanmerking genomen nadat in de plenaire vergadering een actuele vraag is gesteld in het kader van de Europese vaststelling dat ons land slecht scoort, niet voor dit type kanker, maar wel voor prostaat-, long- en borstkanker. Het antwoord dat men mij daarop gegeven heeft, had te maken met een verdere studie. Ik neem aan, mijnheer de minister, dat die nog volgt en dat de elementen van vergrijzing en van een goede registratie uiteraard belangrijk zijn. Ik hoop hierover straks meer te vernemen in uw antwoord.

Mijn huidige vraag gaat inzonderheid over de opvolging van de resolutie die in 2005 hier in de Kamer is goedgekeurd. Als gevolg daarvan is er een symposium georganiseerd met deelname van de beide Gemeenschappen en de Waalse, Brusselse en Vlaamse administratie, uiteraard onder de koepel van het RIZIV, precies om een gelijk beleid te kunnen voeren of tenminste in de beide landsdelen duidelijkheid over de screening te kunnen creëren. Het gaat tenslotte toch over de tweede meest voorkomende kanker, waarbij alle gegevens erop wijzen dat absoluut ondergescreend wordt. Er wordt nauwelijks of niet gescreend. Bovendien verloopt het niet volgens de guidelines. Het was precies de basis van de resolutie dat de guidelines werkelijk Europees goedgekeurd en aanvaard zijn, waardoor men niet alleen in België transparante, valide gegevens kan verzamelen en registreren, maar waardoor men ook een benchmarking kan hebben. Daardoor moet men geen losse of ijle vergelijkingen meer maken met de andere Europese landen.

Dit past uiteraard in de uiteindelijke doelstelling om het aantal colorectale kankers te verminderen met 15 procent, wat toch niet onaanzienlijk is, door de meest eenvoudige test die er is. Het Kenniscentrum heeft ter zake een duidelijke uitspraak gedaan. Het Kenniscentrum was trouwens ook heel duidelijk aanwezig op het symposium en heeft daarmee eigenlijk de lijnen uitgezet. Het is een heel eenvoudige test, die theoretisch elke man of vrouw tussen 50 en 74 zelf kan doen, mits participatie van de huisarts voor de registratie, met een eenduidige aflezing. Het is bovendien supergoedkoop. Het vraagt geen zware, fysiek belastende inspanning, noch van de patiënt, noch van de verstrekker. Het vraagt alleen een goede registratie en een duidelijke opvolging.

Bovendien, mijnheer de minister, heb ik gelezen dat men op Vlaams niveau zou starten met pilootprojecten. Die protocollen zouden zijn opgemaakt. Waar die pilootprojecten zullen terechtkomen, zullen we moeten zien.

Ik vermoed dat dit via een inschrijving zal verlopen en dat is ook goed. Ik lees ook dat men in de nota van de Vlaamse Gezondheidsraad, waarover ik u eens heb ondervraagd, vraagt om ook het lokale niveau – de gemeenten – erbij te betrekken. Ik heb echter ook vernomen dat mevrouw Fonck in Wallonië een andere visie ontwikkelt. Zij zou een veralgemeende screening willen organiseren volgens de richtlijnen dus tussen 50 en 74 jaar. Als men in Vlaanderen gaat werken met pilootprojecten en in Wallonië met algemene screening, hebben we niet alleen twee verschillende benaderingswijzen maar ook twee verschillende manieren van registratie. Onze verantwoordelijkheid is het federale niveau. U weet dat een bepaald percentage – sommigen hebben het over 1 op 10 – automatisch het aantal coloscopieën verhoogt. Dit was uiteraard de bedoeling van het symposium georganiseerd door het RIZIV. Men wou een uniforme inschatting kunnen maken zodat een uniform beleid kan worden gevoerd.

Mijnheer de minister, ik heb drie concrete vragen.

In de resolutie stond duidelijk dat het uw verantwoordelijkheid is om de Europese aanbevelingen ter zake te laten implementeren, uiteraard in akkoord en samenspraak met de Gemeenschappen en Gewesten. Welk

gevolg denkt de minister te kunnen geven aan de resultaten en het rapport van het symposium van het RIZIV? Welke concrete initiatieven kan de minister nemen? Als dit niet gebeurt, is men volgens mij "vertrokken", zowel in Vlaanderen als Wallonië, en daarom niet op dezelfde manier. Bestaat er een actieplan inzake colorectale screening? In het buitenland, zowel Frankrijk als Nederland, bestaat dit. Ik zou niet graag de laatste in de rij zijn in Europa, en ik vermoed u ook niet.

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de volksvertegenwoordiger, het beleid voor een volksgezondheid van de Europese Unie is een globaal beleid gericht op primaire en secundaire preventie, maar ook op informatie in verband met de verschillende factoren die een invloed kunnen hebben zoals het gebruik van tabak, alcohol, voeding en lichaamsbeweging.

De basismededeling is dat sommige kankers kunnen worden vermeden en dat de gezondheid kan worden verbeterd door het aannemen van een gezondere levenswijze. Hieruit volgden een aantal aanbevelingen betreffende kankerscreening, maar ook meer algemene, om het aannemen van een gezondere levenswijze aan te moedigen.

Zoals ik u in de plenaire vergadering liet meedelen, waren en zijn mijn prioriteiten inzake kanker de volgende. Ten eerste, de intensifiëring van de primaire preventie, zoals bijvoorbeeld door de strijd tegen het tabaksgebruik en door het promoten van een gezonde voeding.

Ten tweede, het opstellen van een performant nationaal kankerregister. De oprichting van de Stichting Kankerregister beantwoordt aan deze eis. Wij hebben in de eerste plaats inderdaad nood aan een efficiënt meetinstrument waarmee wij de situatie van de efficiëntie van ons beleid kunnen evalueren en vergelijken met die van onze Europese buurlanden.

Ten derde, de versterking en aanpassing van ons opsporingsbeleid in de zin van een grotere spreiding en een betere betrouwbaarheid van de screeningmethodes van de patiënten om zowel foute diagnoses als gemiste diagnoses te vermijden.

Om die redenen heeft mijn administratie in december 2006 een symposium georganiseerd waar de federale en gemeenschapsinstanties waren verenigd rond de screening van borst-, darm- en baarmoederhalskanker.

In het verlengde van dit symposium heb ik aan de werkgroep kankeropsporing van de interministeriële conferentie gezondheid voorgesteld om de conclusies van de verschillende verslagen te onderzoeken en de uitvoerbaarheid van de verschillende screenings te bestuderen.

De screening van colorectale kanker zou om de twee jaar moeten gebeuren bij alle mannen en vrouwen ouder dan vijftig jaar via de opsporing van occult bloed in de stoelgang. Het Kenniscentrum beveelt pilootprojecten aan om de aanvaardbaarheid hiervan te bestuderen.

In deze context heb ik van het Verzekeringscomité een programma pro care aanvaard ter verbetering van de aanpak van colorectale kanker in al zijn aspecten, met name diagnose, extensiebilan, chirurgie, radiotherapie en chemotherapie. Er zijn technieken voorhanden die nu moeten worden georganiseerd in het kader van een massascreening. Dat vergt een inzet van zowel het federale niveau als van het gemeenschapsniveau.

Bij de middelen die de ziekteverzekering zou kunnen voorstellen, is er de tenlasteneming van de opsporing van occult bloed in de stoelgang, dus de FOBT, in het kader van een massascreening georganiseerd door de bevoegde instanties, zoals reeds wordt gedaan bij de screening van borstkanker.

03.03 **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ten eerste, hoe belangrijk primaire preventie ook is, ik denk niet dat wij op het terrein van de Gemeenschappen kunnen treden. Het is een totaalbenadering, maar de preventie is duidelijk een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Daarover gaat mijn vraag ook niet. Het onderwerp van mijn vraag is evenmin een programma van therapie: chemotherapie, radiotherapie, chirurgie...

Mijn vraag was heel concreet. U zegt dat het op de interministeriële conferentie zal worden besproken. Ik herinner er wel aan dat men aan Vlaamse zijde – dat lezen we toch – al van start is gegaan. Wanneer u nu toelegt de fecal occult blood test ten laste te zullen nemen, dan is het plots een heel ander verhaal.

Veronderstel dat in Wallonië heel Wallonië wordt getest, maar dat er in Vlaanderen alleen pilootprojecten lopen. Hoe groot zal die regel zijn? U engageert er zich toe dat het RIZVI de test ten laste zal nemen, wat ik een heel goed punt vind. De registratie en organisatie van de screening zal door de Gemeenschappen gebeuren, elk binnen de eigen bevoegdheid.

Wanneer zult u dat concreet op de interministeriële conferentie bespreken?

03.04 Fabienne Nsanze, medewerkster van Rudy Demotte: De werkgroepen kankeropsporing komen maandelijks samen. In januari kwamen ze samen na de interministeriële conferentie van 11 december 2006. Er wordt gevraagd dat de eerste resultaten op de volgende interministeriële conferentie ter beschikking zouden zijn. Wij verwachten een eerste standpunt en voorstel van beslissing daarover. Dit is ook de bedoeling van de discussie binnen die werkgroepen: wetenschappelijk discussiëren om te komen tot een nationaal actieplan.

03.05 Minister Rudy Demotte: Op de volgende interministeriële conferentie moeten we dus normaal gezien de eerste conclusies van de werkgroep krijgen. Die interministeriële conferentie zou in juni 2007 moeten plaatsvinden. De interministeriële conferenties vinden twee keer per jaar plaats.

03.06 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, dat is wel een concreet antwoord, maar in juni 2007 zal men op Vlaams niveau inmiddels van start zijn gegaan. Dat weet ik.

03.07 Fabienne Nsanze, medewerkster van Rudy Demotte: Ik wil het volgende nog toevoegen. De discussies binnen een werkgroep kunnen niet beletten dat de Gemeenschappen toch met initiatieven beginnen.

03.08 Yolande Avontroodt (VLD): Er is wel een budgettaire consequentie. Veronderstel dat men heel breed gaat, en dat men weet dat 10% wordt gevolgd door coloscopie, dan zal dat wel moeten worden begroot, en dan zal men de effecten daarvan moeten kunnen meten. Ik zou het betreuren als dat niet uniform gebeurt. Dat was precies de aanzet van zowel de resolutie als het symposium.

Mijnheer de voorzitter, het wordt nog vervolgd. In juni 2007 misschien?

De **voorzitter:** De kiezers zullen beslissen.

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

De **voorzitter:** Vraag nr. 13957 van mevrouw Vautmans wordt uitgesteld.

04 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le taux de nicotine dans les cigarettes" (n° 13961)

04 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het nicotinegehalte van sigaretten" (nr. 13961)

04.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, des chercheurs américains chargés d'analyser l'évolution de la composition des cigarettes viennent de révéler que les manufacturiers ont délibérément augmenté les quantités de nicotine contenues dans leurs cigarettes. Leur objectif est évidemment de rendre les consommateurs plus accros. "Les cigarettes constituent un moyen admirable de vendre de la drogue. Elles sont idéales pour entretenir l'épidémie de tabagisme", ironise Howard Koh, un des scientifiques à l'origine de cette révélation. "Les informations sur la composition des cigarettes sont tenues secrètes, cachées au public. La politique actuelle de prévention contre le cancer nécessite pourtant que l'industrie du tabac soit plus transparente concernant les teneurs en nicotine et la composition de leurs cigarettes. Ceci permettrait d'éviter aux prochaines générations de connaître la tragédie de la dépendance à la nicotine".

Les fabricants ont ainsi augmenté le taux de nicotine de 11% en sept ans. Avec ses collaborateurs de l'École de santé publique de l'Université de Harvard, ce chercheur a mis en évidence qu'entre 1997 et 2005, les fabricants ont trouvé le moyen d'augmenter la teneur en nicotine de 1,6% chaque année, soit 11% au bout de sept années et ce, sans en informer le consommateur.

Pour ces chercheurs américains, il est temps de considérer l'industrie du tabac comme les autres vendeurs de drogue et de lui appliquer les mêmes lois. Il semblerait, en effet, que ces fabricants mènent des recherches scientifiques pour savoir sur quels composants agir pour que la cigarette livre la quantité de nicotine juste suffisante pour créer une dépendance et surtout pour l'entretenir.

Quelles conclusions tirez-vous de cette étude?

Ne conviendrait-il pas que cette industrie soit soumise à une plus stricte réglementation comparable à celle de la pharmacie?

Quelles mesures éventuellement au niveau européen pourriez-vous prendre pour faire interdire de telles pratiques?

04.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame la députée, ma conclusion est que les fabricants de tabac seraient très imaginatifs pour contourner la législation et manipuler les résultats de la méthode d'analyse standard internationale, car selon les résultats du contrôle de mon administration, il y a peu de problèmes.

Dans la législation belge, c'est l'arrêté royal du 13 août 1990 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce de produits à base de tabac et de produits similaires qui fixe les taux maximums pour la nicotine et le goudron. Le maximum autorisé de nicotine était alors de 1,5 mg par cigarette. Depuis 1990, le législateur a renforcé ces normes à deux reprises: en 1999, le taux était porté à 1,2 et en 1994, le taux maximum de nicotine a été ramené à 1 mg par cigarette.

Par conséquent, l'industrie du tabac a déjà dû revoir à la baisse son taux de nicotine dans les cigarettes et ce, à deux reprises depuis 1990. Au premier semestre 2006, le service de contrôle du tabac du SPF Santé publique a fait analyser 51 marques de cigarettes différentes, notamment par rapport au taux de nicotine. En tenant compte de l'incertitude des méthodes d'analyse, il y avait deux marques comportant un taux de nicotine trop élevé.

Les fabricants de tabac dont les cigarettes ont un taux trop élevé de nicotine ont reçu un avertissement et les produits en infraction seront suivis par le service du contrôle du tabac. Ainsi, lors d'un prochain contrôle, ces marques en infraction seront évidemment à nouveau analysées.

Le troisième point concerne les ingrédients globalement contenus dans les produits de tabac. Cet aspect est géré au niveau européen sur la base, notamment, de la directive 201/37/CE du 5 juin 2001. Le suivi et l'évaluation de cette directive ont lieu au sein du comité de réglementation qui a été fixé par cette directive et auquel la Belgique et les Pays-Bas ont donné une grande impulsion.

04.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie. J'ai compris que vous nous rassuriez puisque, tant au niveau belge qu'au niveau européen, tout est suivi correctement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les colorants dans les bonbons" (n° 13959)

05 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kleurstoffen in snoepgoed" (nr. 13959)

05.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, cette question est assez inquiétante. Selon "Test-Santé" de février, qui a enquêté sur les bonbons vendus en vrac et les bonbons artisanaux, les colorants posent problème.

"Test-Santé" a dévoilé les résultats de ses investigations sur les bonbons vendus en vrac et les bonbons artisanaux: seulement six échantillons sur 50 ne contenaient aucun colorant synthétique. Pire, trois échantillons dépassaient les teneurs autorisées et un échantillon contenait un colorant totalement interdit. Gommages rouges, "wine gums", requins bleus et autres lacets noirs sont incriminés.

Les effets sur la santé d'une prise trop importante de colorants ne sont pas ignorés. Ils favoriseraient l'hyperactivité, les allergies et l'hypersensibilité. Pour informer les parents, "Test-Santé" pense qu'il faut

afficher les informations concernant les ingrédients même lorsqu'il s'agit de bonbons en vrac.

En ce qui concerne la législation européenne sur l'étiquetage - nos autorités en ont exclu les aliments en vrac -, cette obligation ne concerne que les préemballés. Des mesures s'imposent d'autant que les bonbons sont surtout consommés par les jeunes enfants, plus sensibles que les adultes.

Monsieur le ministre, quelles mesures pourriez-vous prendre pour renforcer le contrôle de la présence de colorants interdits dans les friandises vendues aux enfants?

Ne faudrait-il pas revoir l'étiquetage de ces friandises?

05.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame la députée, les enfants doivent évidemment être protégés des dangers éventuels causés par l'ingestion de colorants et autres aliments additifs. La législation est très stricte dans le domaine des colorants et additifs alimentaires. Elle définit des doses journalières admissibles d'additifs pour toute denrée alimentaire. L'arrêté royal du 9 octobre 1996 concernant les colorants destinés à être employés dans les denrées alimentaires détermine les colorants qui peuvent être ajoutés aux bonbons et en quelle quantité ils peuvent l'être.

Dans le cadre des denrées alimentaires préemballées, la présence de colorants dans les produits ne pose pas de problème puisqu'ils doivent être repris dans la liste des ingrédients. Par contre, pour les denrées en vrac, il est vrai qu'un consommateur ne trouvera pas directement l'information car l'étiquetage de ces denrées n'est pas obligatoire en Europe.

L'Agence alimentaire est compétente pour le contrôle du respect de cette législation. Elle définit chaque année un programme de contrôle basé sur une évaluation de risques. C'est ainsi qu'en 2006, quatre colorants (le E101, le tartrazine; le E110, le jaune orangé; le E120, cochenille et le E122, l'azorubine) ont été analysés dans dix échantillons de yaourts et dix échantillons de boissons rafraîchissantes. Ces aliments sont, avec les bonbons, fréquemment consommés par les enfants. Tous les résultats disponibles sont favorables.

En 2007, l'Agence alimentaire a prévu des recherches de colorants dans dix échantillons de confitures, dix échantillons de yaourts, douze échantillons de boissons rafraîchissantes et douze échantillons de bonbons.

Je terminerai en indiquant que les colorants alimentaires sont par ailleurs réévalués au niveau européen et que la Belgique y accorde un intérêt tout particulier.

05.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, pour les bonbons en vrac, des petites boîtes en plastique sont prévues. Est-il possible de prévoir un autocollant indiquant les contenants? Une telle mesure n'est-elle pas envisageable dans notre pays?

05.04 Rudy Demotte, ministre: Des tests bactériologiques seraient, selon moi, tout aussi intéressants que l'indication des contenants en colorant.

Je ne tiens pas à me prononcer sur cette question mais ce que je viens de dire sous forme de boutade est, selon moi, tout à fait fondé.

05.05 Colette Burgeon (PS): Ces bonbons sont vendus à l'entrée des cinémas et parfois même dans les magasins des cliniques. Cette situation me semble problématique. Il est vrai que ces bonbons peuvent être alléchants. Mais cela peut être dangereux.

Cela dit, je vous remercie pour vos réponses, monsieur le ministre.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique nutritionnelle dans notre pays" (n° 13960)

06 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voedingsbeleid in ons land" (nr. 13960)

06.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, dernièrement, le magazine Test-Achats a dressé un bilan de la politique nutritionnelle dans notre pays. Celui-ci n'est guère réjouissant: trop d'acides gras saturés dans les aliments industriels dont l'étiquetage reste bien souvent vague sur le sujet, trop de sucres ajoutés, des portions alimentaires en constante augmentation, l'étiquetage du poisson laissant à désirer, des produits fermiers à l'hygiène et à la fraîcheur plus que douteuses, une alimentation pour enfants pas toujours saine et pourtant très coûteuse, des plats préparés qui contiennent trop de protéines, trop de graisses et trop de sel, des concentrations en pesticides supérieures ou proches des limites résiduelles établies. Bref, une série de manquements, selon le magazine de défense des consommateurs.

Comment interprétez-vous les remarques de Test-Achats? Ne conviendrait-il pas, comme le recommande Test-Achats, de renforcer les contrôles, de revoir notre politique en matière de contraintes nutritionnelles et d'étiquetage, notamment pour les produits en vrac?

06.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Burgeon, j'interprète d'abord les critiques de Test-Achats comme un positionnement en termes de marketing. Quant à la réponse que je voudrais vous donner, je me permets de vous rappeler que le Plan National Nutrition Santé a débuté par une enquête sur la consommation alimentaire auprès de toute la population. C'est une des enquêtes les plus importantes qui aient été menées depuis des décennies dans ce pays. Au regard des résultats de celle-ci et après la réflexion et le travail de nombreux experts, j'ai décidé de lancer un Plan National Nutrition Santé en avril 2006. Celui-ci se décompose en 8 axes stratégiques et plus de 60 actions concrètes, certaines ayant déjà été réalisées. Il s'agit par exemple de l'élaboration et de la diffusion de guides alimentaires, dont un général et quatre autres spécifiques à certains groupes de population tels que les personnes âgées ou les femmes enceintes.

Par ailleurs, 22 communes belges sont actuellement détentrices du label "commune en forme"; ceci permet la poursuite des objectifs du Plan National Nutrition Santé au travers d'un projet qu'elles ont élaboré. Il existe également quantité d'actions visant des groupes spécifiques telles que l'élaboration de lignes de conduite à propos de la dénutrition dans les maisons de repos et les hôpitaux, la mise en place de mesures favorisant l'allaitement maternel, comme l'initiative "Hôpital, ami des bébés", initiative que vous connaissez pour m'avoir déjà interrogé à ce sujet.

En outre, je tiens à préciser que la réglementation de l'étiquetage est avant tout une compétence européenne. Nous travaillons dans cette matière en concertation avec le secteur privé. Au final, je m'étonne d'autant des critiques de Test-Achats que cette organisation a participé à chacune des étapes de la réalisation du Plan National Nutrition Santé.

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

07 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vaccinatie tegen baarmoederhalskanker" (nr. 13965)

07 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le cancer du col de l'utérus" (n° 13965)

07.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het gaat over het vaccin Gardasil, dat sinds 3 november 2006 op de markt is en tegen HPV-infecties zou beschermen, met andere woorden tegen baarmoederhalskankers veroorzaakt door het humaan papillomavirus of HPV.

Het virus is gekend onder vele verschillende types. Het vaccin Gardasil beschermt vooral tegen type 16, verantwoordelijk voor 60% van de baarmoederhalskankers, en tegen type 18, verantwoordelijk voor 10% van de baarmoederhalskankers.

De inenting bestaat uit drie inspuitingen, die liefst op jonge leeftijd worden gegeven, vóór seksuele activiteit heeft plaatsgevonden. De prijs van het vaccin bedraagt in totaal 412,2 euro, dus 137,4 euro per inspuiting.

Binnenkort wordt nog een ander vaccin met vergelijkbare eigenschappen, Cervarix, verwacht.

Inmiddels werd de goedkeuring gegeven voor de terugbetaling of een gedeeltelijke terugbetaling van het vaccin. Op zich is dat een heel goede zaak. Niettemin wil ik mijn bezorgdheid over drie punten uiten.

Ik heb immers documentatie van de firma zelf ontvangen. Ik opende de documentatie en het eerste wat ik

las, was: "Preventie van baarmoederhalskanker, 100% werkzaamheid". Ik vroeg mij af of dat wel klopte, want dan zou het wel een heel goed vaccin zijn. Toch wil ik duidelijk stellen dat 30% van de baarmoederhalskankers sowieso niet door het vaccin wordt beschermd.

Vaccinatie zal dus de screening op baarmoederhalskanker niet overbodig maken. Dat gebeurt nu via een uitstrijkje in de pap-test. Zullen er voldoende financiële middelen overblijven om de screening die echt noodzakelijk is, verder aan te bevelen en uit te bouwen? Een vaccinatie tegen het humaan papillomavirus zal het belang van een goed georganiseerde screening bovendien nog verhogen.

Ten tweede, welke stappen zal u zetten om te vermijden dat het vaccin dat thans een geruststellend effect heeft op jonge meisjes en op hun moeder en vader, zodat zij het op later leeftijd niet meer nodig achten om zich te laten screenen? Vandaag wordt 60% van de kankers veroorzaakt door HPV-type 16 en 10% door type 18. Het vaccin beschermt weliswaar vooral tegen voornoemde types maar niet tegen vele andere. Theoretisch bestaat dus de mogelijkheid dat een verschuiving naar de andere types optreedt. Kortom, het is niet helemaal ondenkbaar dat meer kankers ontstaan door virussen waarop het vaccin geen of minder effect heeft. Dat is theoretisch. Wij weten het nog niet.

Zal het nodige worden gedaan om op een betrouwbare wijze na te gaan of voornoemde theorie zich al dan niet in de praktijk zal voordoen, zodat met zekerheid is geweten of het vaccin op zich in de toekomst al dan niet nuttig blijft?

Dat zijn de drie kernpunten.

De jonge vrouwen voelen zich veilig, wat binnen de hele kankerscreening het gevaarlijkste is. Wij merkten onlangs ook dat het aantal kankers dat in België door een goed screeningbeleid wordt gevonden, is verhoogd. Dat is op zich goed. Ik vrees echter dat zal worden gedacht dat de problemen zijn opgelost, omdat er een vaccin is. Daarvoor moeten wij alert blijven.

07.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Detiège, het op de markt verschijnen van een vaccin vormt ongetwijfeld altijd een vooruitgang, in dit geval dus in de preventie van baarmoederhalskanker.

Toch blijkt de routineopsporing van baarmoederhalskanker om verschillende redenen zeer belangrijk.

Ten eerste, Gardasil beschermt enkel tegen de ziekten veroorzaakt door de papillomavirussen van de types 6, 11, 16 en 18, en niet tegen de types van papillomavirussen die het vaccin niet bevat of tegen reeds bestaande infecties veroorzaakt door het papillomavirus.

Ten tweede, net zoals alle vaccins kan Gardasil niet alle gevaccineerde personen beschermen.

Ten derde, de duur van de bescherming is momenteel niet bekend. Er werd een blijvende bescherming vastgesteld gedurende vier à vijf jaar, na een volledige vaccinatie in drie dosissen. Er zijn studies aan de gang in verband met de opvolging op lange termijn. Baarmoederhalskanker maakt trouwens deel uit van de kankers waarvoor de Europese Unie een screening aanbeveelt.

De nodige financiële middelen voor de eventuele terugbetaling van dit vaccin zijn niet als dusdanig verbonden aan een nationaal screeningprogramma. In België worden de bepalingen over de organisatie van kankerscreening, en dus de financiering ervan, besproken binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Ik heb op 11 december 2006 voorgesteld om de opsporing van baarmoederhalskanker te integreren in de werkgroep kankeropsporing, om zo de mogelijkheid en de uitvoerbaarheid van een opsporingsprogramma voor baarmoederhalskanker te kunnen evalueren.

Ten laatste, bij het verlenen van het positieve advies voor Gardasil heeft het European Committee for Medicinal Products for Human Use de firma een aantal commitments opgelegd die deel uitmaken van het risk management plan. Deze commitments en ook het risk management plan worden niet in detail besproken in het European Public Assessment Report en zijn dus niet publiek beschikbaar. In het European Public Assessment Report staan echter de volgende verwijzingen. Ik citeer: "De huidige curves geven geen enkele tendens aan van een stijgend aantal subtypes die niet aanwezig zouden zijn in het vaccin in de gevaccineerde groep, in vergelijking met de placebogroep."

De vraag van de vervanging van de subtypes wordt behandeld in het risicobeheerplan. Er wordt wel degelijk onderzocht of vaccinatie tegen de subtypes 16 en 18 de juiste keuze blijkt te zijn.

07.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, wat mijn derde vraag betreft, hebt u mij gerustgesteld. U wijst erop dat men blijft nagaan of het vaccin goed is of niet.

Het antwoord op mijn tweede vraag ligt moeilijker. Ik sta ook nog af en toe in de praktijk en ik voel dat er heel veel opmerkingen zijn van patiënten in de zin van dat het nu in orde is. Men moet dit de hele tijd weerleggen, want het heeft in de kranten gestaan dat het vaccin er is...

07.04 Minister Rudy Demotte: Dat is wat de publieke opinie meent te hebben begrepen.

07.05 Maya Detiège (sp.a-spirit): Ja, voilà.

07.06 Minister Rudy Demotte: Het is geen absolute garantie.

07.07 Maya Detiège (sp.a-spirit): Precies daarom, mijnheer de minister. Ik ben een absolute voorstander van het vaccin maar ben echt wel bezorgd. Zodra we een daling vaststellen van het aantal vrouwen dat zich laat screenen, moeten we een rappel lanceren en de vrouwen waarschuwen dat het vaccin misschien wel goed is, maar screenen belangrijk blijft. Dat is zowat de vraag die ik hier stel, opdat u dat echt in het oog zou houden.

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

08 Vraag van de heer Bart Tommelein aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wenselijkheid en doeltreffendheid van het verplicht dragen van badges door rokende leerlingen" (nr. 13971)

08 Question de M. Bart Tommelein au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opportunité et l'efficacité de l'obligation pour les élèves fumeurs de porter des badges" (n° 13971)

08.01 Bart Tommelein (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ondertussen is deze vraag een beetje achterhaald door de actualiteit, maar ik wilde u hierover toch nog het een en ander vragen.

Wij hebben meegemaakt dat een school in Oostende rokende leerlingen verplichtte om een badge te dragen. Achteraf bleek dat dan niet verplicht te zijn en men kan zich vragen stellen over het nut van deze actie. Op die manier wilde men een onderscheid maken tussen rokende en niet-rokende leerlingen. Op die badges werden foto's getoond van longen. Dat is weliswaar hetzelfde als op een sigarettenpakje staat. Voor mij is er echter nog een groot verschil tussen een sigarettenpakje en de persoon zelf.

U verklaarde vier jaar geleden dat u van het stoppen met roken een prioriteit maakte. U bent daarin ook geslaagd de laatste vier jaren. U bent er althans in geslaagd om mij te doen stoppen met roken. Hoewel, ik heb mezelf doen stoppen met roken. Toch stel ik mij vragen over de wenselijkheid en de verregaandheid van bepaalde acties. Daarom wend ik mij tot u.

Ik vraag mij af of de vindingrijkheid van bepaalde mensen, en zeker in die school, om tot zo'n actie over te gaan niet over een bepaalde grens gaat. Ik vind dit stigmatiserende acties die de mensen opdelen in bepaalde groepen, namelijk "ik ben voor" en "ik ben tegen". In het verleden hebben wij reeds dergelijke situaties meegemaakt met weinig succes. Er zijn een aantal antirookcampagnes.

Mijnheer de minister, ik weet ook dat dit een van de problemen is waarmee wij in dit federale land te maken hebben. U bent namelijk wel bevoegd voor alles wat met roken te maken heeft, maar voor de preventiecampagnes zijn de Gemeenschappen in principe bevoegd.

Ik heb de indruk dat op dit moment niemand weet tot welke minister hij zich moet wenden om de vraag te stellen. Wij kunnen de vraag stellen vanuit het Vlaamse Parlement aan de Vlaamse minister van Onderwijs. Wij kunnen de vraag stellen aan de Vlaamse minister van Welzijn. Vanuit mijn hoedanigheid als lid van het federaal Parlement denk ik dat ik deze vraag aan u moet stellen.

Vindt u dat deze campagnes, die momenteel lopen, effectieve resultaten opleveren?

Denkt u dat het stigmatiseren goede resultaten oplevert?

Welke richtlijnen zijn er nog voor antirookcampagnes?

Tot slot, en misschien is dit de belangrijkste vraag, welk overleg pleegt u met de collega's in de Gemeenschappen om dit zo efficiënt en zo goed mogelijk te laten verlopen?

08.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Tommelein, ik zal mij natuurlijk niet over de bevoegdheid uitspreken. Ik spreek hier niet over de al dan niet toelating van zulke campagnes in de scholen. Dat is de bevoegdheid van mijn geachte collega van Onderwijs in de Vlaamse Gemeenschap.

Ik kan mij echter wel uitspreken over de filosofie. Ik kan zeggen dat ik denk dat stigmatiseren altijd slecht werkt.

Wat mij betreft, kan ik een dergelijke methode dus niet goedkeuren. Ik verwijs naar wat ik zelf heb gedaan. Geen van mijn acties in de strijd tegen tabaksgebruik ging in die richting of zal in die richting gaan. Wat mij wel geruststelt, is dat het Vesaliusinstituut intussen zijn project heeft opgegeven. Inzake sensibilisering moet de voorkeur worden gegeven aan een aanpak die het schuldgevoel wegneemt en die constructief is, met name het bevorderen van positief gedrag op het vlak van de gezondheid. Elke sensibiliseringscampagne moet worden vergezeld van een positieve boodschap of van humor om jongeren aan te sporen om hulp en oplossingen te zoeken voor hun verslavingsproblemen.

Ten derde, in 2006 hebben verschillende projecten van campagnes gericht op jongeren de steun van het tabaksfonds gekregen: de oprichting van modules voor hulp bij ontwenning in scholen, de mediacampagne "Wees aardig voor rokers" – dat was een humoristische campagne – en de informatiecampagne voor hulp bij ontwenning van zwangere vrouwen die nog elk jaar wordt voortgezet. Het begeleidingscomité van het tabaksfonds heeft zich nog niet uitgesproken over de projecten voor 2007.

Er bestaan inderdaad bepaalde evidenties inzake communicatie gericht tot jongeren. In de meeste gevallen geven de communicatiespecialisten – dat is natuurlijk hun job, bij voorkeur omringd door actoren op het terrein, blijk van gezond verstand wanneer ze een onderwerp moeten behandelen dat zo ernstig is als verslaving. Ik wil er nog aan toevoegen dat wij natuurlijk regelmatig overleg plegen in het kader van de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

08.03 **Bart Tommelein** (VLD): Mijnheer de minister, het verheugt mij dat u net als zoveel andere mensen met gezond verstand deze actie niet kunt goedkeuren. Stigmatiseren biedt volgens mij inderdaad geen enkele oplossing. Ik denk dat wij in de komende periode verder moeten gaan met mensen er op een positieve manier op te wijzen dat het schadelijk is voor de gezondheid en de omgeving. Dat kan absoluut niet met negatief ingestelde acties.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bloedbanken" (nr. 13976)

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van een publieke opslagbank voor navelstrengbloed" (nr. 14122)

- mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van stamcellen" (nr. 14099)

09 **Questions jointes de**

- Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les banques de sang" (n° 13976)

- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'agrément d'une banque publique de stockage de sang de cordon" (n° 14122)

- Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation de cellules souches" (n° 14099)

09.01 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de bewaring van navelstrengbloed, dat in België in private en publieke bloedbanken gebeurt. Er is een bloedbank verbonden aan de Leuvense en de Luikse universiteit. Zoals bekend vragen de privébloedbanken hoge bedragen om het bloed te bewaren. De publieke bloedbanken kampen met financieringsproblemen. De publieke bloedbanken overleven dankzij giften en de verkoop van eenheden navelstrengbloed aan patiënten in het buitenland. Men kan natuurlijk geen enkele jonge moeder verhinderen om navelstrengbloed in bewaring te geven, ook al is het prijskaartje hoog en is niet iedereen overtuigd van het nut van de stock.

Mijnheer de minister, wat is uw mening over de bestaande reglementering in verband met de bloedbanken? Wordt de wetgeving in verband met de bewaring gewijzigd?

Komt er betere informatie voor de aanstaande moeders?

Hoe zit het met de financiering van de publieke bloedbanken in het algemeen? Wij weten natuurlijk dat door de toenemende interesse voor transplantaten de bloedbanken wel een andere manier van financiering zullen hebben.

09.02 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, ma question s'articule autour de l'utilisation de cellules souches. En effet, nous venons d'apprendre qu'une clinique homéopathique et nutritionnelle belge a utilisé, en totale opposition avec notre réglementation, des cellules souches pour traiter des patients atteints notamment de sclérose multiple. Plus exactement, un responsable de clinique à Rotterdam a voulu contourner la réglementation des Pays-Bas et sa récente interdiction des traitements par cellules souches en se tournant vers la Belgique.

Il est à déplorer que cette situation ne constitue pas un cas isolé, mais bien une situation récurrente. En effet, ce médecin se rendrait en Belgique deux fois par semaine afin de "fournir" la clinique en cellules souches.

Selon différentes sources d'information, des injections, parfois même destinées à un usage non humain et dont les origines sont incertaines, seraient administrées pour un montant de 12.000 euros avec une garantie à 80% de guérison.

À la suite de cette déplorable découverte, les autorités sanitaires belges ont envoyé sur place deux inspecteurs. Mais le phénomène ne se limite pas à la Belgique: d'après l'administrateur général de l'Agence fédérale des Médicaments et des produits de santé, d'autres pays seraient concernés.

Il s'agit d'une matière délicate, monsieur le ministre, que vous avez déjà abordée voici quelques mois. En effet, vous aviez annoncé, en mars dernier, votre souhait de mettre à jour notre législation au plus vite afin de prévoir des garanties quant à l'accessibilité et à la qualité du traitement des cellules souches. À cet effet, un avant-projet de loi devait être approuvé par le gouvernement avant d'être déposé au parlement et examiné.

Monsieur le ministre, quel est l'état d'avancement de l'avant-projet de loi dont vous avez fait mention en mars dernier et que prévoit-il?

Quelles sont les conclusions du rapport fourni par les deux inspecteurs?

Ne pensez-vous pas qu'il est grand temps de réglementer ces pratiques au niveau national, voire de porter ce dossier à un autre niveau, peut-être européen?

09.03 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, sedert jaren wordt navelstrengbloed ingezameld vanwege de interessante mogelijkheden, vooral voor het gebruik van stamcellen bij kinderen. Gezien de toekomstige mogelijkheden op medisch vlak, blijken ook commerciële ondernemingen hiervoor een toenemende interesse te betonen. Dit zou echter kunnen leiden tot het commercieel verhandelen van levensnoodzakelijke menselijke producten. We zijn daar - denk ik - met zijn allen tegen wegens het gevaar op een dualisering van de geneeskunde. Daarom vinden wij dat de overheid alle nodige maatregelen moet treffen om elk commercieel gebruik uit te sluiten. Deze belangrijke medische verworvenheden moeten eigenlijk beschermd worden binnen ons klassiek solidair gezondheidssysteem.

Mijnheer de minister, wat is uw standpunt betreffende deze aangelegenheid? Staat u ook achter zo'n

bescherming in publiek verband zodat dit niet wordt verhandeld en gecommercialiseerd?

Ten tweede, bereidt u concrete maatregelen voor om via een aangepaste reglementering een doelmatige bescherming uit te bouwen zodat de betaalbaarheid en de beschikbaarheid van deze nieuwe medische ontwikkelingen kan verzekerd blijven?

09.04 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik zal misschien in twee verschillende delen antwoorden op de vragen van mevrouw Lejeune en van de twee andere vraagstellers.

Ten eerste, navelstrengbloed kan kort na de geboorte worden afgenomen en bevat een hoeveelheid bloedvormende stamcellen. Die kunnen nadien in een laboratorium worden geconcentreerd en ingevroren. De stamcellen kunnen dan worden bewaard voor toediening aan een patiënt die een stamceltransplantatie nodig heeft en voor wie de bewaarde stamcellen als geschikt worden geselecteerd.

In ons land bestaan er vijf publieke navelstrengbloedbanken en één privénavelstrengbloedbank die tegen betaling autoloog navelstrengbloed opslaat. Die laatste is niet erkend.

Ik blijf erbij dat er nood is aan een wetgeving die de diverse activiteiten met cellen en weefsels regelt. Tegelijkertijd moet onder meer de Europese richtlijn van 31 maart 2003 inzake de kwaliteit en veiligheid worden omgezet. Ook de rechten en verantwoordelijkheden van de banken voor lichaamsmateriaal moeten duidelijk worden gedefinieerd. Een dergelijke wetgeving, die dus ruimer moet zijn dan over het navelstrengbloed, moet van toepassing zijn naast de bestaande wetgeving op de transplantatie van organen en de diverse activiteiten met perifeer bloed.

Het nut voor de gemeenschap van het allogene gebruik van dergelijke stamcellen – dus, ter beschikking gesteld door publieke navelstrengbloedbanken – is wel bewezen. Het opslaan van navelstrengbloed exclusief voor het gebruik van het betrokken kind is een zeer betwistbare praktijk. Dat is het geval, zowel volgens de huidige stand van de wetenschap als op grond van belangrijke ethische overwegingen.

Ten tweede, de regering heeft beslist een dergelijk wetgevend initiatief, gelet op zijn ethische aspecten, aan de Senaat over te laten. De debatten ter zake vinden nu plaats. Ik heb naar aanleiding van die debatten gepleit voor het principe van een verbod op het verzamelen van navelstrengbloed voor het uitsluitend eigen gebruik voor het kind.

Ten derde, de publieke navelstrengbloedbanken in ons land functioneren dankzij inkomsten uit de levering van eenheden navelstrengbloed voor de behandeling van patiënten in het buitenland, aangevuld met giften.

Ingevolge een toename van de levering van eenheden voor deze transplantatie worden ook de inkomsten uit deze activiteit aanzienlijker. Toch blijkt een bijkomende financiering uit giften nu nog noodzakelijk om de kosten te dekken en om verdere uitbreiding toe te laten. Sinds oktober vorig jaar worden ook de kosten vergoed van bewerking, invriezing en bewaring van navelstrengbloed bestemd voor de behandeling van een verwante patiënt.

De financiering van de publieke navelstrengbloedbanken moet worden herbekeken. Niettemin dient eerst volledige duidelijkheid te bestaan over de inhoud van de nieuwe wettelijke regeling en over de verplichtingen die aan de cel- en weefselbanken worden opgelegd. Pas daarna, en na het bepalen van het noodzakelijk aantal in te vriezen en te bewaren navelstrengbloedeenheden, worden de financieringsbehoeften bepaald.

Comme je l'ai affirmé à plusieurs reprises, il existe un besoin de réglementation globale légale des diverses opérations qui sont effectuées avec les cellules et tissus humains. Comme je l'ai également déjà signalé au sein et en dehors de cette commission, il faut également transposer la directive du 31 mars 2003 sur la qualité et la sécurité et stipuler dans quel cadre les banques de cellules et tissus peuvent fonctionner et quels sont leurs droits et obligations. Il est vrai que le gouvernement, comme je viens de le rappeler, a choisi de laisser au Sénat l'initiative de légiférer, étant donné la nature éthique du sujet. Des débats y ont cours actuellement.

Comme vous l'avez indiqué, le SPF Santé publique et l'Agence fédérale des Médicaments ont effectué une mission d'inspection qui a été déléguée à partir de la connaissance des faits. Celle-ci s'est déroulée à Anvers dans la mesure où nous avons une suspicion d'actes illicites. Cette inspection a pu confirmer les allégations au sujet des pratiques qui auraient eu lieu dans le cabinet du médecin inspecté. La suspicion de

pratique illégale a été dénoncée auprès du procureur du Roi d'Anvers mais les détails sont couverts par le secret de l'instruction.

Le dernier élément sur lequel je souhaite attirer votre attention est l'opportunité de réglementer ces pratiques au niveau national, voire de porter ce dossier au niveau européen. Je puis vous rappeler qu'en Belgique, conformément à la loi du 13 juin 1986, le prélèvement et la transplantation d'organes, de tissus et de cellules sont réglementés. Ces activités ne peuvent se dérouler que dans un hôpital agréé, au sens de la loi sur les hôpitaux.

Il est effectivement de ma volonté de faire voter aussi vite que possible une législation telle que je viens de la décrire. Cependant, même avec une législation pertinente nationale et européenne, il est difficile de garantir l'absence totale de ces activités illégales, tant qu'elles restent dans l'ombre. Dans l'affaire qui nous occupe, les mesures adéquates ont été prises, dès que ces pratiques ont été portées à notre connaissance.

Voilà qui clôture l'intervention que je souhaitais faire en réponse aux députés soucieux de ce sujet qui est effectivement très sensible sur le plan de la santé publique et de l'éthique.

09.05 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik ben uiteraard op de hoogte van het feit dat er momenteel in de Senaat debatten aan de gang zijn over navelstrengbloed.

Het is normaal dat het Parlement zijn werk doet, maar ook al rest ons maar weinig tijd, ik hoop toch dat er nog tijdens deze legislatuur een wetgeving tot stand komt zodat duidelijkheid wordt gecreëerd in verband met deze problematiek.

Ik ben tevreden van u te mogen vernemen dat er een verbod komt op het uitsluitend eigen gebruik van navelstrengbloed. Dit is een vorm van transplantaat en transplanteren is een ultieme vorm van solidariteit. Het uitsluitend voor eigen gebruik is uit den boze.

Het is niet omdat nog niet is bewezen dat autologe transplantaten in verband met navelstrengbloed in de toekomst een verrijking kunnen zijn voor de medische wetenschap, dat wij dit volledig moeten uitsluiten. Ik wil ervoor pleiten om hiermee rekening te houden in geval van argumenten voor privébloedbanken.

09.06 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, mijn repliek gaat in dezelfde richting.

Het stemt mij tevreden dat het debat nu eindelijk ook in het Parlement, in casu in de Senaat, is begonnen. Dit vraagt wat afstemmingswerk en wat wetgevend werk, maar we moeten het wel doen. We moeten het nu doen vóór de zaak scheeftrekt. Er komen al commerciële initiatieven. Als wij daaraan op een bepaald moment geen halt kunnen toeroepen, zijn we slecht bezig.

U hebt zelf gezegd dat commerciële initiatieven geen enkele betekenis hebben, aangezien men daar alleen werkt in functie van degene die de stamcellen afstaat. Er is daarvoor een absolute wetenschappelijke tegenindicatie.

U spreekt ook van financiering. Het zal inderdaad nuttig zijn om het een aan het ander te koppelen zodat wij een goede oplossing hebben op langere termijn. Dit is immers iets nieuws in de geneeskunde dat in de toekomst nog zal verdergaan. Het is de nieuwe ontwikkeling voor de toekomst en het is beter dat wij ons daarvoor nu wapenen met een goede basiswetgeving.

09.07 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, je remercie le ministre pour ses réponses. Je pense qu'il est important d'avoir une réglementation et une législation claires en la matière, même s'il s'agit d'un sujet très délicat, je l'admets. Une réglementation claire permettra d'éviter les dérives que nous avons connues dans cette clinique à Anvers; elle permettra également d'éviter de profiter de la détresse de personnes souffrantes.

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

10 Vraag van de heer Patrick De Groote aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "flagrante schendingen van de taalwetgeving in bestuurszaken" (nr. 13983)

10 Question de M. Patrick De Groote au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les

violations flagrantes de la législation sur l'emploi des langues en matière administrative" (n° 13983)

10.01 Patrick De Groote (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, sinds het aantreden van de regering Verhofstadt II zijn de berichten over de te late bestellingen van doktersbriefjes al gedurende vier jaar schering en inslag. Het loopt voor de dokters de spuigaten uit.

Dezelfde dokters worden nu in Vlaanderen geconfronteerd met Franstalige brieven inclusief een Franstalig overschrijvingsstrookje van de klantendienst van het RIZIV voor het bestellen van de doktersbriefjes. Artikel 57 van de gecoördineerde taalwetten op bestuurszaken stelt dat de gezagsdragers en ambtenaren die door bevelen of handelingen de bepaling van deze gecoördineerde wetten omzeilen of pogen ongedaan te maken, disciplinair worden gestraft.

Ten eerste, hoeveel inbreuken werden de laatste jaren bij het RIZIV vastgesteld in verband met tweetalige affiches voor preventiecampagnes tegen, bijvoorbeeld, de ziekenhuisbacterie in Vlaamse ziekenhuizen of in verband met brieven van het RIZIV met tweetalig opschrift in Vlaanderen?

Ten tweede, hoeveel onderzoeken werden ingesteld naar de verantwoordelijken voor de schending van de taalwet in bestuurszaken?

Ten derde, hoeveel disciplinaire sancties en van welke aard werden getroffen tegen ambtenaren of hun oversten die de correcte toepassing van de taalwet in bestuurszaken naast zich neerlegden?

10.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Groote, er werden geen inbreuken tegen de taalwet vastgesteld in hoofde van het RIZIV. Het RIZIV beschikt over geen officieel briefpapier met tweetalig opschrift.

Wat de getuigschriften voor verstrekte hulp betreft, werd in een tweehonderdtal gevallen per vergissing een bevestiging van de bestelling gestuurd in een andere dan de door de besteller gehanteerde taal. Dit heeft evenwel geen aanleiding gegeven tot het afleveren van foutieve getuigschriften. Het RIZIV heeft Speos, aan wie de concessie voor de productie en levering van getuigschriften werd verleend, onmiddellijk in gebreke gesteld.

Op uw derde en vierde vraag kan ik antwoorden dat er geen onderzoeken werden ingesteld en evenmin disciplinaire sancties werden getroffen.

Tot daar mijn kort en duidelijk antwoord.

10.03 Patrick De Groote (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw kort antwoord. Of het duidelijk was, weet ik niet: ik heb er niet zoveel van begrepen. Ik weet niet hoe het komt, maar de geluidsapparatuur kwam niet zo goed door.

10.04 Minister Rudy Demotte: Ik heb misschien niet luid genoeg gesproken. Er werden geen inbreuken tegen de taalwet vastgesteld in hoofde van het RIZIV. Het RIZIV beschikt over geen officieel briefpapier met tweetalig opschrift.

Wat de getuigschriften voor verstrekte hulp betreft, werd in een tweehonderdtal gevallen per vergissing een bevestiging van de bestelling gestuurd in een andere dan de door de besteller gehanteerde taal. Dit heeft evenwel geen aanleiding gegeven tot het afleveren van foutieve getuigschriften.

Het RIZIV heeft Speos, aan wie de concessie voor de productie en de levering van getuigschriften werd verleend, onmiddellijk in gebreke gesteld.

10.05 Patrick De Groote (N-VA): (...) Mijnheer de minister, ik heb vastgesteld, wanneer doktersbriefjes werden besteld vanuit Loppem, uiteindelijk een Vlaamse gemeente, dat de besteller een eentalig Frans document ontvangt. Dat kan toch niet! Als een taalwet op dat vlak niet wordt nageleefd, dan vind ik dat een minister moet optreden en desnoods sancties moet opleggen. Iedere minister is – volgens minister Dewael toch – verantwoordelijk voor de overtredingen binnen zijn departement.

Het aantal klachten inzake de overtreding van de taalwet ligt nooit erg hoog. De reden is dat de procedure omslachtig is. Er moet een aangetekende brief worden verstuurd, met alle rompslomp van dien. Wij hebben

er bij de minister van Binnenlandse Zaken voor gepleit om het mogelijk te maken overtredingen te melden via e-mail op een bepaalde site. Dat zou iets makkelijker kunnen gaan en er zou dan ook gemakkelijker kunnen worden gereageerd.

Ik blijf bij onze vaststelling, niet alleen in uw departement maar ook in andere, dat wanneer er echt moet worden opgetreden en sancties moeten worden opgelegd, zulks meestal uitblijft.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.51 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16.51 heures.