

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 20 MEI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 20 MAI 2008

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 17.00 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 17.00 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van ziekenhuizen" (nr. 4978)

01 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation des hôpitaux" (n° 4978)

01.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, alsmaar meer commerciële initiatieven steken in de gezondheidszorg de kop op. Dat betekent dat wij alsmaar grotere aandacht moeten hebben bij die toegenomen commercialisering om de kwaliteit altijd gegarandeerd te laten blijven. Het zal in de toekomst steeds belangrijker worden om de kwaliteit goed te meten. Een van de mogelijke voorstellen om de negatieve gevolgen van een steeds groter wordende commercialisering van de gezondheidszorg te vermijden, is een mogelijk accreditatiesysteem voor de ziekenhuizen.

In welke mate voorziet u in maatregelen om de negatieve gevolgen van de toenemende commercialisering tegen te gaan? In welke mate voorziet u in maatregelen om de kwaliteit van de ziekenhuizen te meten? Bent u er eventueel voor gewonnen om het idee van een accreditatiesysteem verder uit te werken en te ontwikkelen?

01.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, collega's, een antwoord op deze vraag vereist in de eerste plaats een definitie van het begrip commercialisering. Dit kan namelijk veel vormen aannemen en hoeft niet per definitie negatieve gevolgen te hebben. Als met commercialisering puur op winstbejag gefocuste spelers binnen een markt van gezondheidsvoorzieningen bedoeld wordt, moet dit met alle mogelijke middelen bestreden worden. Anderzijds bestaan er al heel wat elementen van marktwerking in ons systeem. Zo kan men de vrije artsenkeuze aanhalen die al lang bestaat in ons land. Verder kan de patiënt ook vrij kiezen tussen een brede waaier aan ziekenfondsen enzovoort.

Ons Belgisch gezondheidszorgsysteem laat niet veel ruimte voor een echte commercialisering. Ons systeem is sterk gericht op solidariteit en sociale bescherming. Het is altijd het uitgangspunt geweest om onze gezondheidszorg voor elke patiënt toegankelijk te maken. Voor de ziekenhuissector bestaan vergaande programmatie-, erkennings- en financieringscriteria. Winstbejag heeft hier geen plaats. Dat nagenoeg elk ziekenhuis de rechtsvorm van een vzw heeft aangenomen, zegt ook veel. Andere uitwassen van commercialisering worden dan weer gecounterd door enerzijds de bescherming van de rechten van de patiënt door de gelijknamige wet van 2002 en anderzijds door het onder controle houden van de tarieven via de supplementenregelingen en de ligdagprijs.

Ook de inspanningen om over nationale akkoorden te onderhandelen tussen de artsen en de ziekenfondsen om tot vaste tarieven te komen, moeten vermeld worden. Daar komt nog eens bij dat België een universeel

en verplicht systeem van ziekteverzekering kent, met een zeer brede dekking. Al deze maatregelen helpen mee om de Belgische gezondheidszorg financieel toegankelijk te houden. Maar ook de fysieke toegankelijkheid wordt niet vergeten. Via onder meer programmatiecriteria die rekening houden met de geografische spreiding, is er in België steeds een ziekenhuis met de nodige basisvoorzieningen te vinden op een redelijke afstand.

Uiteraard zijn kwaliteit en patiëntenveiligheid de belangrijkste aspecten bij het vraagstuk van de commercialisering van de zorg, maar hierop wordt ingegaan bij uw volgende vraag.

Ik kom aan de tweede vraag. Ik wens op te merken dat het meten van de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen niet eenvoudig is. Het begrip kwaliteit laat zich immers niet gemakkelijk omschrijven. Toch werden door de Belgische overheid reeds tal van maatregelen genomen omtrent de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen. Op federaal niveau is er eerst en vooral sprake van de normering van de activiteiten van de ziekenhuizen. Daarnaast worden door de federale overheid kwaliteitsprojecten gefinancierd. Het meest recente project betreft de kwaliteits- en veiligheidsconvenant die door de overheid met de ziekenhuizen wordt gesloten. De doelstelling van deze convenant is om de ziekenhuizen middelen ter beschikking te stellen zodat ze een betere kwaliteitsopvolging kunnen organiseren.

Als tegenprestatie voor de financiering van de coördinatie van de kwaliteit en de patiëntenveiligheid, moeten de ziekenhuizen, ten eerste, de missie visie, strategie en doelstellingen op het vlak van kwaliteit neerschrijven in een document dat ter beschikking wordt gesteld van publiek en personeel.

Ten tweede, zij moeten ook een organogram opstellen van de kwaliteitsstructuren binnen het ziekenhuis. Bovendien moet een comité de activiteiten rond patiëntenveiligheid coördineren.

Ten derde, zij moeten de patiëntenveiligheidscultuur in het ziekenhuis evalueren aan de hand van een instrument dat door de overheid werd opgesteld.

Ten vierde, zij moeten het registratie- en analysesysteem van incidenten en bijna-incidenten beschrijven en ter kennis brengen van het personeel. Als dergelijk systeem er nog niet is, dan moet aangetoond worden dat men een systeem aan het uitwerken is.

Ten vijfde, zij moeten minstens drie beschrijvende fiches opstellen van kwaliteitsprojecten en deze overmaken aan de overheid.

Ten zesde, zij moeten aangeven hoe zij omgaan met de feedback die zij krijgen van de overheid omtrent klinische en financiële indicatoren.

Momenteel wordt er gewerkt aan een tweede fase van deze projecten, waarbij meer aandacht zal worden besteed aan de toepassing van klinische paden in de zorg.

Ten laatste, momenteel is in België nog geen accreditatiesysteem van kracht.

Wat dat betreft heb ik de volgende precisering.

L'étude actuelle dans le cadre des conventions sur la qualité et la sécurité pourra être approfondie et étendue. Je tiens à préciser que le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a récemment réalisé une étude comparative entre les pays européens. Une accréditation des hôpitaux n'est pas à exclure à l'avenir, mais des accords devront être conclus avec les Régions et les Communautés en raison de la répartition des compétences en matière de qualité.

01.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw heel uitvoerig antwoord.

Ik ben blij dat u de kwestie een klein beetje liberaal bekijkt en de openheid hebt om met de nodige vrijheid naar de toekomst te kijken.

Begrijp ik het goed dat u zegt dat de huidige systemen van convenanten en kwaliteitsbewaking voldoende zijn? U vindt ook dat wij nu de stap niet moeten zetten. U sluit echter niet uit dat de situatie in de toekomst zodanig evolueert dat zulks eventueel een mogelijkheid zou zijn. U bent van mening dat wat er nu is,

voldoende beschermend is om de kwaliteit te bekijken.

Onder andere de voorzitter van het christelijk ziekenfonds verklaarde dat wij er in ons land misschien meer en meer aan moeten beginnen te denken.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (...) Je constate que des pas importants ont été faits. Je suis cependant d'accord d'y réfléchir et suis ouverte pour en discuter à partir de ce qui existe. Nous verrons ainsi comment on peut l'étendre dans le cadre d'un système d'accréditation.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme De Block demande le report de sa question n° 4993. Étant donné que c'est la deuxième fois, sa question sera transformée en question écrite. Mme Galant demande également le report de sa question n° 5030.

02 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Beliris et les projets pour les années à venir" (n° 5049)**

- **M. Bart Laeremans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les moyens fédéraux du Fonds Beliris affectés au financement de la Communauté française" (n° 5259)**

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenant 10 de l'accord de coopération Beliris" (n° 5342)**

- **M. Peter Luykx à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Beliris" (n° 5352)**

02 Samengevoegde vragen van

- **de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Beliris en de projecten voor de komende jaren" (nr. 5049)**

- **de heer Bart Laeremans aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "federale middelen uit het Belirisfonds die gebruikt worden voor de financiering van de Franse Gemeenschap" (nr. 5259)**

- **de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "avenant 10 bij het samenwerkingsakkoord Beliris" (nr. 5342)**

- **de heer Peter Luykx aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Beliris" (nr. 5352)**

Monsieur Baeselen, vous posez vos deux questions l'une après l'autre.

02.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, je serai bref car je sais que le temps est précieux, tant celui de la ministre que celui des membres de la commission.

Ma question avait été déposée avant la conclusion de l'accord Beliris, il y a donc déjà une série de points qui ont obtenu réponse à travers la publication des informations dans la presse notamment.

Madame la ministre, je voudrais avoir des précisions sur la procédure d'appel à projets. Aujourd'hui, si les choses se sont améliorées en termes de projet global de ville pour Bruxelles, il me semble qu'il reste à objectiver les appels des communes. Les textes légaux et les arrêtés royaux ne le prévoient pas mais existe-t-il une procédure particulière pour lancer les appels à projets aux différentes communes ou chaque commune doit-elle rentrer, avec ses différents relais, ses projets pour les accords Beliris?

La question suivante est un peu plus locale car je suis échevin dans la commune bruxelloise de Watermael-Boitsfort. Dans un des volets de Beliris, il y a un avenant qui concerne les piscines. Je voulais savoir ce que recouvrait exactement ce plan piscines et notamment si une piscine qui s'appelle le Calypso à Watermael-Boitsfort, pour laquelle nous avons rentré un projet, figure bien dans l'accord Beliris qui a été conclu. Si oui, pour quel montant et pour quel type de projet?

02.02 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, dit is inderdaad een aansluitende vraag. Volgens de nieuwswebstek brusselnieuws.be krijgt de Franse Gemeenschap 2,8 miljoen euro van Beliris in ruil voor het Pathé Palace terwijl de middelen van het federale Belirisfonds bestemd zijn, zoals wij allemaal

weten, voor de hoofdstedelijke en internationale financiering van Brussel en niet voor de Franse Gemeenschap.

Dat is de evidentie zelf. Hier gaat het integendeel om rechtstreekse financiering van de Franse Gemeenschap.

In ruil zou het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wel een toneel- en bioscoopzaal krijgen. Maar het is absoluut niet de bevoegdheid van het Brusselse Gewest om zich daarmee bezig te houden. Toneel, bioscoop, dat zit volledig in de culturele sector. Het is niet de taak van het Gewest daarmee bezig te zijn.

Eigenlijk wordt daar dus een constructie opgezet waardoor de Franse Gemeenschap 2,8 miljoen euro krijgt uit het Belirisfonds. Dat geld wordt dus afgewend van zijn doel. Dat is zeer verregaand. Om die rechtstreekse financiering van de Franse Gemeenschap te verdoezelen wordt het Brussels Hoofdstedelijk Gewest opgezadeld met dat fameuze Pathé Palace, terwijl culturele aangelegenheden geen bevoegdheid zijn van het Brussels Gewest.

Ik kom tot mijn specifieke vragen. Ik heb er ook nog een paar algemene.

Ten eerste, kunt u die informatie bevestigen, mijnheer de minister? Ten tweede, hebt u weet van concrete projecten van de Franse Gemeenschap waarvoor die 2,8 miljoen euro zal dienen? Ten derde, culturele aangelegenheden zijn geen gewestbevoegdheden. Hoe valt dat te rijmen met het feit dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest eigenaar wordt van Pathé Palace?

Ik heb ook enkele meer algemene vragen in verband met Beliris, mevrouw de minister.

Er wordt gesproken over een eventueel overhevelen naar het Gewest. Daarover zou een politiek akkoord bestaan. Kunt u dat toelichten? Klopt dat? Tussen wie is dat akkoord afgesloten?

Kunt u verklaren waarom zo'n groot deel van het budget van Beliris tot op heden onbenut is? Dat ligt stil, ondanks het feit dat er wel 50 personeelsleden zijn. Waarom gaat alles zo traag?

U hebt onlangs een persconferentie gehouden met een aantal projecten in verband met de metro. Mevrouw de minister, ik had graag van de tekst van die persconferentie kennisgenomen in het raam van ons controlerecht.

Ten slotte, bestaat intussen dat al zo lang aangekondigde raamakkoord over de doelstellingen van Beliris? Bestaat dat akkoord? Kunt u ons daar meer over vertellen?

02.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, ces interpellations me donnent l'occasion de mettre en avant – et j'y reviendrai – l'excellent travail qui est fourni chaque jour par les membres de la direction Infrastructure de transport de l'administration Mobilité et Transports.

Comment cela fonctionne-t-il?

Les projets qui figurent dans les différents avenants de Beliris sont portés soit par le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale soit par des membres du gouvernement fédéral. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de procédure d'appel à projets.

Comme la loi actuelle le prévoit, c'est le comité de coopération de Beliris, composé de 4 ministres régionaux et de 4 ministres fédéraux, qui décide de l'opportunité des projets à venir. Ce choix se fonde évidemment en grande partie sur les demandes exprimées par le gouvernement bruxellois. Généralement, lorsque le fédéral intervient, c'est pour mettre en avant des projets très importants au niveau fédéral pour le positionnement de Bruxelles comme capitale de l'Europe, siège des institutions internationales, etc.

En ce qui concerne l'élaboration de l'avenant 10 de Beliris, plusieurs réunions du groupe de travail ont eu lieu depuis la fin du mois de février. L'avenant a d'abord été accepté par le comité de coopération, jeudi dernier par le Conseil des ministres de la Région de Bruxelles-Capitale et vendredi par le Conseil des ministres fédéraux.

Les grands axes de l'avenant 10 portent essentiellement sur la mobilité, le plan de développement

international de Bruxelles, la revitalisation des quartiers, les espaces verts de détente, la culture et le patrimoine.

Pour cet avenant, nous avons décidé d'investir dans des projets d'envergure tels que la prolongation de la ligne 94, le boulevard Léopold III, la gare Schumann (36,5 millions rien que pour ce projet), le parc du Cinquantenaire, les Beaux-Arts, le Musée des Sciences naturelles, pour vous donner quelques exemples importants.

Inzake de inschrijving van het project Pathé Palace in bijakte 10 van Beliris, besloten de ministers van het samenwerkingscomité dat dit initiatief door Beliris alleen zou kunnen worden gefinancierd, op voorwaarde dat de eigendom van het Pathé Palace overgaat naar de Stad Brussel of naar het Brussels Gewest.

Nous étions déjà intervenus pour d'autres initiatives culturelles néerlandophones importantes mais ce n'était pas la propriété de la Communauté flamande et le même raisonnement a été au cœur de nos discussions sur Pathé Palace. Il y a une grande implication de la Communauté française, ce qui pose problème pour certains membres du Comité de coopération. Nous avons donc dit oui à la condition suspensive ou résolutoire qu'il y ait un passage de propriété entre la Communauté française et la Région ou la Ville de Bruxelles.

En ce qui concerne plus particulièrement le "plan piscine" de la Région bruxelloise, vous aurez remarqué que nous avons inscrit au total, sur les trois ans, 12,5 millions d'euros pour poursuivre le plan entamé par l'avenant n° 9. Cette manne financière permettra la rénovation d'un certain nombre de piscines qui doivent être choisies par la Région elle-même. La philosophie de l'avenant n° 10 est également d'investir dans des projets visant une égalité entre tous les quartiers de Bruxelles. On ne peut pas vouloir que Bruxelles devienne une vitrine pour l'Europe et accepter qu'il y ait un développement différencié. Il y a donc une attention très particulière à des interventions dans chacun des quartiers de l'ensemble des communes de Bruxelles. Nous continuons par exemple à investir dans les contrats de quartier et dans la rénovation des logements sociaux pour un montant de 68 millions d'euros.

Vous savez que cette politique de Beliris vient en complément des crédits régionaux alloués à ces politiques. À cet égard, nous sommes donc complémentaires. Par ailleurs, la politique fédérale des grandes villes est une politique qui s'adresse directement aux communes. Pour ce qui concerne Bruxelles en particulier, elle s'adresse à sept communes en Région bruxelloise (Bruxelles, Schaerbeek, Anderlecht, Forest, Saint-Gilles, Saint-Josse et Molenbeek). Beliris est une politique menée avec la Région bruxelloise et qui vise une cohérence globale. Il n'y a donc rien de redondant entre ces différentes politiques fédérales qui visent par ailleurs des objectifs différents.

J'ai fort insisté au sein du Comité de coordination sur le développement du métro à Bruxelles car j'y crois beaucoup. Comme vous le savez, la Région de Bruxelles-Capitale est la seule région du pays qui voit converger en son sein des centaines de milliers de personnes venant tous les jours des autres régions du pays. Dès lors, les investissements qui sont faits profitent aux Bruxellois mais aussi aux autres habitants du Royaume. C'est pour cette raison que l'on investit dans les grands boulevards et dans les transports publics, ce qui est positif pour l'environnement, le bruit et la mobilité. Or, en tant que capitale, Bruxelles ne dispose pas d'un réseau de métro suffisamment développé. Il faut notamment développer la ligne Nord-Sud que je résumerai en disant "Schaerbeek-Uccle" où il n'existe pratiquement rien.

Pour ce qui concerne la régionalisation de Beliris, il y a en tout cas eu un accord dans le cadre du premier paquet pour la régionalisation de l'administration Beliris. C'est une première phase. Pour ma part, je suis ouverte à toute discussion si l'on veut transmettre les moyens directement à la Région de Bruxelles-Capitale. C'est d'ailleurs ce qui a été fait, pour partie, dans le cadre du premier paquet. En tout cas, l'accord consiste actuellement à s'en tenir à une régionalisation de l'administration.

Pourquoi y a-t-il des retards? Tout simplement, parce qu'il faut notamment des permis d'urbanisme. Ce n'est pas l'administration Beliris qui les donne mais bien la Région. Il faut aussi des accords avec les communes qui sont parfois propriétaires et qui doivent aussi s'engager. Par exemple, les travaux que nous effectuons dans des parcs sont extrêmement importants. Nous exigeons des communes qu'elles assurent par la suite la maintenance. Faire des grands travaux sans effectuer de suivi n'a aucun sens. Tout cela nécessite des négociations, ce qui ne dépend pas de Beliris qui est une administration très dynamique comptant énormément de jeunes qui viennent en soutien. Je pense notamment à certains architectes et ingénieurs qui ne comptent pas leurs heures et qui accomplissent un travail extraordinaire.

Voilà, madame la présidente, quelques informations concernant Beliris.

02.04 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, deux répliques puisqu'il s'agissait de deux questions.

D'abord, pour ma petite piscine de Boitsfort, j'ai bien compris que je n'aurai pas de réponse. Je demanderai donc à ma bourgmestre d'interpeller le gouvernement régional pour l'obtenir.

En ce qui concerne de manière plus générale Beliris, je ne partage pas la vision de M. Laeremans. Beliris est tout à fait utile. Il est normal que nous financions Bruxelles en tant que capitale internationale et européenne. D'ailleurs, Bruxelles subit un réel sous-financement aujourd'hui: ce qui est fait n'est pas suffisant.

Je reste convaincu, mais il faudra voir si c'est avec la Région bruxelloise ou à travers une éventuelle modification législative, qu'il conviendrait d'organiser une forme d'objectivation dans l'appel à projets des communes, en tout cas pour le volet régional. En outre, si l'on observe les montants affectés aux projets, d'avenant en avenant, on s'aperçoit qu'on défend une vision de la ville à environ 80% des montants alloués, à mon sens. Donc il resterait encore 20 à 25% des montants qui restent des saupoudrages locaux ou sous-locaux. C'est mon appréciation.

Enfin, il ne suffit pas, comme l'a démontré le passé, de prévoir d'engager des montants, encore faut-il les dépenser. Dans le cas contraire, les enveloppes doivent être réservées. J'espère bien qu'il en sera ainsi. J'ai eu l'occasion d'adresser des questions écrites à votre département sur les projets antérieurs afin de savoir ce qui avait été réalisé ou non: on ne peut pas seulement annoncer qu'on dégagera de l'argent, il faut investir cet argent sur le terrain. J'ai bien entendu qu'il en serait ainsi et je remercie la ministre pour sa réponse.

02.05 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Ik blijf erbij dat via die weg een zeer groot bedrag van 100 miljoen Belgische frank rechtstreeks wordt geïnjecteerd in de Franse Gemeenschap. Men doet dat dan wel via een constructie waar nu blijkbaar eventueel ook de stad Brussel of het Gewest – dat is nog niet uitgemaakt – bij betrokken wordt. Het blijft heel schimmig. Duidelijk is echter dat het hier gaat om een soort instelling waar nadien culturele Franstalige activiteiten plaats zullen vinden. Het gaat dus om een verdoken subsidiëring van de Franse Gemeenschap, om huisvesting van de Franse Gemeenschap met een constructie om dat een beetje te verdoezelen. Wij hebben daar heel grote vragen bij en we zullen dat in elk geval verder onderzoeken.

Ten tweede heb ik geen antwoord gekregen op de vraag hoe het nu zit met het fameuze raamakkoord over de doelstellingen van Beliris. Dat is al zolang in het verleden aangekondigd en het is er nog altijd niet. Het zou de eigenlijke doelstellingen van Beliris moeten omvatten. Hoe zit dat? Is dat op komst? Hebt u nog overleg gepleegd om dat eindelijk eens uit te schrijven?

02.06 **Minister Laurette Onkelinx**: ...

02.07 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Avenanten zijn er elk jaar opnieuw. Er zou in het verleden echter ook een raamakkoord aangekondigd zijn over de doelstellingen van Beliris. Dat zegt u niets? Neen? Goed, dan zal ik u daar misschien schriftelijk verder over ondervragen.

Ten slotte hebt u recent een persconferentie gegeven en een heel aantal projecten in het kader van Beliris aangekondigd. Kunnen wij die tekst ontvangen?

02.08 **Laurette Onkelinx**, ministre: Vous pouvez même obtenir l'avenant lui-même puisque la conférence de presse ne portait évidemment que sur l'avenant.

C'est ce qui a été entériné par le gouvernement. Il n'y a pas de souci: je transmettrai.

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

03 **Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la**

Santé publique sur "les infections nosocomiales" (n° 5041)

03 Vraag van de heer **Xavier Baeselen** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ziekenhuisinfecties" (nr. 5041)

03.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la ministre, ce sujet revient de manière cyclique dans l'actualité et dans les débats au sein de ce parlement. Comme vous l'avez sans doute lu, l'Itinera Institute a présenté une étude générale intitulée "Quel est l'état de santé du système de santé en Belgique?"

03.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Une autre question porte sur le même sujet: celle de Mme Van Daele, sur "la qualité de notre politique des soins de santé".

La **présidente**: Mme Van Daele n'a pas donné de nouvelles.

03.03 **Xavier Baeselen** (MR): Je vais donc poursuivre, puisque je suis là.

03.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je répondrai ultérieurement sur Itinera, qui est ultra-libéral. Je vous répondrai au sujet des infections nosocomiales.

03.05 **Xavier Baeselen** (MR): Un des aspects de cette étude porte donc sur les infections nosocomiales. Cette problématique est très importante dans nos infrastructures hospitalières et dans notre système de santé. La Belgique n'est évidemment pas le seul pays à être confronté à cette problématique.

Dans cette étude sont évoqués des chiffres assez alarmants: il y aurait 110.000 cas par an en Belgique. Les dépenses annuelles liées aux journées supplémentaires d'hospitalisation dues à ces infections seraient de l'ordre de 116 millions d'euros.

Mme la ministre confirme-t-elle ces chiffres? Dispose-t-elle de données statistiques officielles sur le nombre de cas d'infections nosocomiales en Belgique au cours d'années de référence? Quelles mesures concrètes peut-on prendre pour enrayer ce véritable fléau en termes de santé publique?

Aujourd'hui, entrer à l'hôpital constitue un risque en soi. On peut contracter à l'occasion d'une opération ou d'un simple séjour en milieu hospitalier d'autres infections graves. Quelles mesures comptez-vous prendre pour intégrer davantage cette problématique dans la politique des soins de santé en Belgique?

La **présidente**: Je pense que cela a déjà été pire qu'aujourd'hui. Mais la ministre va vous répondre.

03.06 **Xavier Baeselen** (MR): Elle va me rassurer!

03.07 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je vais essayer!

Monsieur Baeselen, les infections nosocomiales ont un impact considérable sur la santé publique, sans nul doute. L'incidence des affections nosocomiales rapportées en Belgique représente 5 à 10% des patients hospitalisés. C'est similaire à la proportion qui existe dans la plupart des pays industrialisés.

En raison du vieillissement de la société et du progrès de la médecine moderne, et donc une augmentation des patients âgés vulnérables, ce problème menace de gagner en importance. C'est la raison pour laquelle le gouvernement a voulu en faire une priorité. Les chiffres que vous avez cités de ce fameux institut sont exacts, mais ils proviennent d'un organe d'avis scientifique fédéral, à savoir celui de la "Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee".

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé finalise actuellement une étude sur l'impact financier des affections nosocomiales. Une étude de prévalence ponctuelle à l'échelle nationale a également été menée dans ce cadre. Les chiffres seront prochainement disponibles.

Comme je l'ai indiqué, de nombreuses initiatives ont été prises au cours des dernières années, en vue d'optimiser l'hygiène hospitalière en Belgique. Des structures locales et fédérales de coordination ont tout d'abord été créées, à savoir neuf plates-formes régionales d'hygiène hospitalière et la plate-forme fédérale d'hygiène hospitalière au sein de la BAPCOC.

Ces plates-formes garantissent la coopération et l'intégration d'initiatives tant au niveau national que régional, dont il résulte une amélioration manifeste de la qualité. En outre, ces plates-formes constituent des relais idéaux pour une circulation rapide de l'information entre les pouvoirs publics et les acteurs de terrain et ce, dans les deux sens.

Par ailleurs, le financement de l'hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus a été augmenté d'un montant annuel total de 4,3 millions d'euros. L'hygiène des mains étant le moyen de prévention le plus efficace contre ce type d'infection, deux campagnes nationales de promotion de l'hygiène des mains ont déjà été organisées dans les hôpitaux belges en 2005 et 2007. Une troisième campagne est prévue pour l'hiver 2008 et 2009. Heureusement, les résultats consistent en une augmentation du respect des règles d'hygiène. Je me souviens d'ailleurs avoir lu que cette problématique concernait davantage les médecins que les infirmières.

Depuis 2006, la participation à l'enregistrement des infections nosocomiales auprès de l'Institut scientifique de Santé publique est devenue obligatoire. La consommation d'antibiotiques a un impact sur l'apparition et la multiplication de bactéries multirésistantes. À cet effet, sept campagnes multimédias ont été organisées en vue de promouvoir l'utilisation responsable des antibiotiques. Cela donne d'excellents résultats. On constate une nette diminution de l'utilisation des antibiotiques.

Une dizaine de directives de pratiques cliniques et un guide belge des traitements infectieux en pratique ambulatoire ont d'ores et déjà été élaborés à l'intention des médecins. En outre, on peut affirmer que la combinaison de ces différentes initiatives aura produit l'effet voulu: au cours de ces dernières années, nous avons pu constater une évolution favorable dans les hôpitaux belges. Depuis 2003, on enregistre une diminution de l'incidence des MRSA nosocomiales et des taux de résistance.

Cependant, j'estime que des améliorations doivent encore être apportées, notamment dans les hôpitaux chroniques et psychiatriques et dans les centres d'hébergement et de soins dans lesquels il convient de développer des initiatives supplémentaires en matière de lutte contre les infections liées aux soins. C'est la raison pour laquelle un groupe de travail de la plate-forme fédérale a élaboré une proposition au sujet de l'encadrement minimal des équipes d'hygiène hospitalière dans les hôpitaux spécialisés, gériatriques et psychiatriques. La concrétisation de cette proposition est, pour moi, une priorité à court terme. Par ailleurs, les infections liées aux soins ne se limitent plus aux milieux hospitaliers. C'est la raison pour laquelle un autre groupe de travail a élaboré une proposition d'initiative législative pour la maîtrise des infections liées aux soins dans les centres d'hébergement et de soins.

Les autorités belges ont déjà pris de nombreuses mesures concernant la qualité des soins à l'hôpital. Au niveau fédéral, il est question dans un premier temps des normes d'activité des hôpitaux. En outre, les autorités fédérales ont financé plusieurs projets "qualité". Le projet le plus récent porte sur un contrat de la coordination de qualité et de la sécurité conclu entre l'autorité et les hôpitaux. L'objectif du contrat a été évoqué tout à l'heure dans ma réponse à M. Doomst: j'y ai décrit toutes les obligations contenues dans ces conventions "qualité – sécurité des patients". Je lui ai dit que nous travaillons actuellement à la seconde phase du projet au cours de laquelle une attention particulière sera réservée à l'application des itinéraires cliniques aux soins.

03.08 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, je remercie la ministre pour sa réponse très détaillée qui me convainc du fait que cela doit rester une priorité en termes de santé publique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La présidente: La question n° 5093 de Mme De Block est reportée ou transformée en question écrite; nous vérifierons.

04 Questions jointes de

- **M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de cocaïne qui tend à se répandre" (n° 5117)**

- **M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement de substitution par la méthadone" (n° 5131)**

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la thèse de doctorat de M. Jan Van Overmeire consacrée à la consommation de drogue" (n° 5269)**

04 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemende cocaïnegebruik" (nr. 5117)
- de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "methadon als vervangingsbehandeling" (nr. 5131)
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doctoraatstudie met betrekking tot druggebruik van de heer Jan Van Overmeire" (nr. 5269)

Pour ce qui concerne les questions jointes que je viens de citer, M. Destrebecq a demandé le report de sa question. Pour ce qui concerne M. Bultinck, je constate son absence, sa question est donc supprimée.

04.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la cocaïne qui était auparavant – dit-on – réservée à des milieux assez ciblés semble connaître une certaine popularité auprès d'autres consommateurs. Ce phénomène est, en soi, bien triste.

Le week-end dernier, je lisais dans "Le Vif/L'Express" que l'Institut scientifique de santé publique s'inquiétait de cette situation, ce qui est légitime.

Si l'extasy et le cannabis semblent plus fréquemment consommés, il semble que l'usage de la cocaïne soit en augmentation, notamment en raison du fait que les prix sont cassés. En tout cas, si l'on en croit les informations données par les gens de terrain, en l'occurrence les policiers, la sonnette d'alarme devrait être tirée.

Ce qui m'a interpellé, c'est que, suivant l'article de l'hebdomadaire, s'il existe des éléments indicatifs permettant de dire qu'il existe bel et bien une hausse du phénomène de consommation de la cocaïne, il n'y aurait pas, à ce jour, d'étude d'envergure qui permettrait d'apprécier ou d'appréhender la question.

Si tel est bien le cas, ne faudrait-il pas, madame la ministre, engager une initiative en la matière? Je pense savoir qu'en France, un rapport sur le phénomène des drogues, leur consommation et le développement de certains produits est remis chaque année.

Si vous êtes en faveur d'une telle initiative, pensez-vous que cela pourrait se faire rapidement? Et selon quelles modalités?

Enfin, existe-il un traitement susceptible de répondre de manière précise à cette augmentation de la consommation de cocaïne?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne pourrai être suffisamment précise, mais ce sujet mérite que nous nous y investissions plus encore que par le passé.

Comme l'indique le rapport annuel 2007 de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, nous assistons, partout en Europe, à une augmentation de la consommation de cocaïne. Il s'agit d'une des drogues les plus couramment consommées, même si nous ne disposons pas de chiffres nationaux récents susceptibles de nous procurer une image précise de ce phénomène au sein de la population.

Néanmoins, une étude financée par la Politique scientifique fédérale est conçue par deux équipes de recherche, à savoir l'ISD (Instituut voor sociaal Drugsonderzoek) et CELLO (Centrum voor Longitudinaal en Levensloop Onderzoek). Cette étude a débuté en octobre 2007 et sera terminée en novembre 2008. Son objectif est d'établir la faisabilité d'enquêtes régulières auprès de la population générale au sujet de l'utilisation de stupéfiants. Elle comporte, d'une part, une comparaison détaillée des méthodes et conceptions de la prévalence générale dans d'autres pays européens et, de l'autre, une évaluation des points forts des restrictions des conditions indispensables et du coût des différentes options.

Nous essayons par ce biais de rattraper notre retard. Grâce à cette étude, nous aurons une idée de la méthodologie la plus appropriée. De même, nous obtiendrons ainsi un aperçu global de la nature et de l'ampleur du phénomène de la drogue en Belgique. Sur cette base, nous pourrions non seulement mener des enquêtes statistiques, mais aussi discuter avec tous les services et niveaux de pouvoir pour en tirer des conclusions dans la lutte contre l'usage de drogues.

S'agissant du traitement, les patients souffrant d'un problème de consommation de cocaïne peuvent, bien

entendu, être pris en charge dans les hôpitaux et les centres spécialisés ayant conclu une convention INAMI. Cependant, il est clair que nous devons rester vigilants devant cette demande croissante pour y répondre au mieux. Grâce aux données issues du RPM (Résumé minimum psychiatrique) enregistrées dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux, nous nous sommes formé une idée partielle des demandes de traitement. Toutefois, nous devrions disposer de chiffres plus complets. À ce sujet, je travaille actuellement en collaboration avec les autres ministres de la Santé à un système d'enregistrement national TDI (Treatment Demand Indicator).

Concrètement, le TDI est un questionnaire composé d'une vingtaine de variables communes pour toute l'Europe et destiné à être rempli lorsqu'une personne commence un traitement pour un problème de drogues illégales ou d'alcool.

À la suite d'un engagement européen, un protocole d'accord a été signé en 2005 par tous les ministres de la Santé. Actuellement, il existe différents systèmes d'enregistrement ayant chacun ses particularités et son choix de variables. Il s'agit donc d'essayer de standardiser tous ces systèmes afin qu'ils puissent fournir des données uniformes.

C'est l'Institut de Santé publique qui, en Belgique, va se charger de rassembler et d'analyser les tendances nationales en la matière.

En ce qui concerne la prévention, c'est de la compétence des ministres communautaires de la Santé. Même si on en parle fréquemment dans les dossiers assuétudes, ce sujet est porté régulièrement à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle Santé publique.

La prévention mais aussi la sensibilisation et l'information, ainsi que la répression et les études scientifiques forment un tout dans la lutte contre l'usage de stupéfiants.

Le travail est en cours et j'espère que, dans les mois à venir, nous pourrions avoir des données beaucoup plus précises qui nous permettront de mieux résoudre ce problème du point de vue de la santé ou de celui de la justice.

04.03 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous avez objectivement reconnu la carence en statistiques et constats. Je ne puis donc qu'attendre les chiffres annoncés, qui seront dévoilés en novembre 2008. Je puis comprendre qu'un délai soit indispensable pour obtenir une étude à la fois précise et apte à déterminer des pistes concrètes de solutions.

Analyser le phénomène à travers le spectre de la police nous laisse encore loin de la vérité: il s'agit d'un monde "underground". Sans pouvoir le répertorier par des statistiques policières, il convient alors de se tourner vers le secteur de la santé pour analyser jusqu'au bout ce phénomène. En effet, il implique beaucoup plus de gens qu'on ne le pense, malheureusement.

La **présidente**: Personne n'a encore trouvé la manière adéquate d'affronter ces problèmes de drogues, de consommation, de marchés.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 5119 de Mme Burgeon est reportée. M. Flahaux a accepté le report de sa question jointe n° 5162.

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van schade als gevolg van medische verzorging" (nr. 5308)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medische fouten" (nr. 5312)

05 Questions jointes de

- Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des dommages résultant de soins de santé" (n° 5308)

- M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les erreurs médicales" (n° 5312)

Mme Becq n'est pas présente, sa question est donc supprimée.

05.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, les progrès de la médecine sont chaque jour plus impressionnants. Il n'en est pas moins vrai qu'on estime annuellement entre 10.000 et 20.000 le nombre de victimes d'erreurs médicales en Belgique, causant près de 2.000 décès.

Les réponses face ces problèmes sont souvent d'éloigner les médecins dont les activités soulèvent des doutes en termes de professionnalisme voire en termes de statistiques de morbidité ou qui font preuve d'incompétence. Les mesures prises peuvent aller jusqu'à l'exclusion de l'hôpital mais cette exclusion n'empêche pas le médecin d'exercer dans un autre lieu de soins. Cela ne protège donc en rien les patients.

Il semblerait que le Conseil de l'Ordre des médecins n'ait pas les moyens de neutraliser des praticiens qui n'exercent pas leur métier dans les règles de l'art.

Madame la ministre, pouvez-vous nous éclairer sur la réalité des problèmes d'erreurs médicales en nous communiquant les chiffres en votre possession concernant: le nombre d'erreurs médicales, leurs natures, leurs causes, les suites données en cas de faute avérée de la part de praticiens?

Quelles actions correctives en concertation avec les milieux médicaux envisagez-vous de mettre en place en termes de prophylaxie et de veille de la qualité des soins dispensés par le personnel de la santé?

En effet, 2.000 morts, ce sont autant de drames qui plaident pour une action rapide.

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, selon les chiffres du Centre fédéral d'expertise des soins de santé concernant l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, il ressort que les compagnies d'assurance enregistrent environ 2.000 déclarations de "sinistres" par an dans la branche responsabilité civile médicale. Cependant, dans la mesure où tous les accidents ne font pas l'objet d'une déclaration, on peut raisonnablement estimer qu'il y a chaque année 4.000 accidents liés aux prestations de soins.

Il importe de préciser qu'il n'y a pas systématiquement une faute d'un prestataire de soins à l'origine de ces 4.000 sinistres. En effet, les aléas thérapeutiques génèrent une partie de ces sinistres.

Lorsqu'un médecin commet une faute médicale, les conseils provinciaux de l'Ordre des médecins, chargés de veiller au respect des règles de déontologie médicale, peuvent prendre des sanctions disciplinaires à l'égard du médecin pouvant aller jusqu'à la radiation du tableau de l'Ordre. Par ailleurs, les commissions médicales provinciales peuvent, dans leur circonscription, retirer le visa ou subordonner son maintien à l'acceptation de limitations par l'intéressé lorsqu'il est établi que ce dernier ne réunit plus les aptitudes physiques et psychiques pour poursuivre sans risque l'exercice de sa profession.

À cet égard, des dispositions ont été insérées dans le projet de loi portant des dispositions diverses urgentes qui est actuellement examiné au Sénat, afin notamment de supprimer le caractère suspensif des recours contre les décisions prises par les commissions en cette matière.

L'effet suspensif du recours ne se justifie pas dès lors qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique et de protection des citoyens.

Enfin, la responsabilité civile ou pénale du médecin peut actuellement être mise en cause devant les tribunaux judiciaires. La loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2009 constitue par ailleurs une réponse globale à la question de l'indemnisation des erreurs médicales et des aléas thérapeutiques en général. En effet, en vertu de cette loi, seul le dommage doit être prouvé sans devoir établir en outre une faute dans le chef du professionnel de la santé ou le lien causal. La victime de tels dommages peut en outre s'adresser à un fonds qui joue alors le rôle de guichet unique à l'égard de la victime. De nombreuses mesures d'exécution sont nécessaires mais tout est mis en œuvre pour que la loi puisse entrer en vigueur à la date prévue. J'espère que cela sera possible mais je reste très prudente.

Pour le surplus, la sécurité des patients dans les établissements de soins fait partie intégrante de la politique de soins menée en Belgique. Des initiatives sont prises au sein du SPF Santé publique dans la perspective

de sensibiliser tous les acteurs de soins de santé concernés et de soutenir la mise en œuvre de soins sûrs dans les établissements de soins. À titre d'exemple, je citerai l'organisation d'une Semaine pour la sécurité des patients en octobre 2007, l'édition de brochures "indicateurs de sécurité" consultables dans les hôpitaux, la rédaction d'une note politique concernant la sécurité des patients, l'élaboration d'un cadre légal ou encore la mise en place d'une campagne de sensibilisation.

De plus, 170 hôpitaux ont signé un contrat avec la Direction générale "Organisation établissements de soins" du SPF Santé publique qui les engage à mettre en place des dispositifs relatifs à la qualité et la sécurité du patient. Comme vous le voyez, c'est une action permanente de l'administration en accord avec les établissements de soins et les professionnels de la santé.

05.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse complète. Vous vous souviendrez que j'avais posé la question sur les erreurs médicales envers des patients belges allant se faire opérer à l'étranger.

La formation des médecins durant le cursus universitaire et par après est un élément très important. Il faut aussi évoquer la problématique des médecins étrangers ou formés à l'étranger qui n'ont peut-être pas reçu une formation répondant aux mêmes normes qu'en Belgique de ce point de vue. C'est également important puisque les chiffres signalés récemment en commission et en plénière sont éloquentes à ce propos.

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

La **présidente**: Mme De Block a demandé le report de ses questions. Je crois que c'est le deuxième. Nous allons donc vérifier.

M. Destrebecq a également demandé le report de sa question n° 5130.

Je donne donc la parole à M. Crucke.

06 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact de l'éolien sur la santé" (n° 5135)

06 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de impact van windenergie op de gezondheid" (nr. 5135)

06.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la ministre, j'ai récemment questionné votre collègue du gouvernement, le ministre Magnette, sur la stratégie globale de l'implantation des éoliennes à la suite d'un débat que j'ai vécu dans trois communes du Tournaisis. Contrairement à tout ce qui semble être dit pour l'instant, à ce qu'on répète du matin au soir – selon moi à raison –, à savoir le nécessaire recours aux énergies alternatives, le besoin de diversifier l'approvisionnement énergétique, trois communes rurales, sous la pression de la population – il faut le dire –, ont refusé l'implantation des éoliennes.

Le phénomène NIMBY a manifestement encore de beaux jours devant lui mais ce qui m'a interpellé, ce sont les arguments qui étaient développés. Pour autant qu'il soit exact, l'un des arguments vous concerne. C'est la raison pour laquelle je voulais vous questionner.

Les anti-éoliens invoquaient une étude de l'Académie nationale française de médecine qui notait un risque réel de traumatisme chronique lié au bruit des éoliennes. Plus précisément, il n'y aurait pas de problème d'oreille mais des perturbations du sommeil, de stress, d'angoisse, pour autant que les éoliennes ne soient pas à moins de 1.500 mètres de toute habitation. Puisque je préfère m'adresser au bon dieu plutôt qu'à ses saints, je me suis dit que j'allais vous interroger à ce sujet.

Avez-vous connaissance de cette étude? Existe-t-il une étude sérieuse sur les risques pour la santé? Dans la négative, ce phénomène ne devrait-il pas être analysé car je pense qu'il n'y a rien de pire dans un débat que d'avoir sur la table des éléments potentiels de dangers incitant à une attitude de prudence. Si cela n'est pas le cas, il faut aussi clairement pouvoir empêcher d'utiliser abusivement les critères santé dans un débat.

Madame la ministre, vous aurez compris que je n'ai pas l'intention d'intervenir en tant qu'arbitre mais je voudrais simplement obtenir les renseignements utiles que vous détenez sachant que la santé n'a pas de prix.

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, si on me le demande, je suis tout à fait disposée à commander une étude particulière sur le sujet, mais, ainsi qu'a dû vous le dire M. Magnette, comme la planification des parcs à éoliennes est mise en œuvre par les Régions, ce sont elles qui fixent les règles et les procédures relatives à l'installation des éoliennes individuelles, notamment la recommandation pour limiter les nuisances sonores.

En Flandre par exemple, lors de l'installation d'éoliennes, il convient de chercher à limiter le bruit spécifique de la turbine éolienne au niveau sonore du bruit ambiant initial moins 5 décibels. Ce sont des conditions imposées par les Régions. Le respect de cette recommandation garantit, dans une certaine mesure, que l'impact du bruit généré par les éoliennes sur la santé des riverains reste limité.

Cela dit, pour information, la mesure dans laquelle les éoliennes produisent des nuisances dépend de différents facteurs, comme l'intensité de la source des turbines, le schéma selon lequel elles sont disposées ainsi que leur nombre.

Dans le passé, le bruit des éoliennes de première génération pouvait être dérangeant. En revanche, la conception des turbines de dernière génération est telle, sur le plan aérodynamique et mécanique, que le bruit émis reste minime. Il existe d'ailleurs des programmes permettant de calculer les niveaux sonores à une distance déterminée.

Si on veut favoriser le développement des énergies durables en Belgique, il faut non seulement que les conditions soient réunies en termes d'espace, mais il importe également de disposer du soutien de la société. Donc, il est nécessaire d'élaborer des mécanismes et des outils permettant de renforcer ce soutien, entre autres par le biais de la participation aux projets, qui mettent en œuvre l'énergie éolienne et d'une communication claire sur les progrès technologiques qui permettent de réduire les nuisances sonores. Si l'administration de la Santé peut y aider, on le fera. Si vous me demandez de solliciter l'administration pour une étude - il suffit parfois de collecter ce qui existe dans d'autres pays pour ne pas réinventer le fil à couper le beurre - je le ferais bien volontiers.

06.03 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, je dois dire à Mme la ministre que, pour une fois, sa réponse ne me satisfait pas!

Que la Région décide une série de choses, c'est son problème, et là je peux comprendre l'installation des éoliennes. Mais ici, il s'agit d'un problème de santé. En effet, il y aurait un risque réel de traumatisme chronique lié au bruit des éoliennes. J'ajoute que le problème est d'autant plus insidieux que le bruit n'est pas perceptible par l'oreille mais se traduit souvent par des perturbations du sommeil, du stress et des angoisses.

Madame la ministre, c'est vous qui êtes compétente en cette matière!

Je prends acte du fait qu'une étude sera effectivement mise sur pied et je suis persuadé que vous me la communiquerez dans les plus brefs délais.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: En tout cas, je prendrai contact avec mon administration dès cette semaine et je lui demanderai de faire son possible en ce sens!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Jadin a demandé le report de sa question n° 5146. Mmes Van Broeckhoven et Becq étant absentes, leurs questions n° 5180 et n° 5246 sont transformées en questions écrites. Mme De Block a demandé le report de sa question n° 5181. La question n° 5189 de M. Gilkinet est transformée en question écrite ainsi que la question n° 5237 de Mme Van Daele, ces derniers étant absents. Mme Lejeune a demandé le report de sa question n° 5239. Mme Muylle étant absente, sa question n° 5255 est transformée en question écrite. M. Goutry a demandé le report de sa question n° 5257.

07 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Stichting Kankerregistratie" (nr. 5263)

07 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la

Santé publique sur "la Fondation Registre du Cancer" (n° 5263)

07.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik ben nog even hier gebleven.

Mevrouw de minister, in het kielzog van het nationaal kankerplan wordt er niet alleen gepraat over rookverbod, maar onder andere ook over de kankerregistratie. Vanmorgen stond er nog een wetsvoorstel aan de agenda tot oprichting van een federale commissie voor de analyse en de evaluatie van kanker in België.

De kankerregistratie in Vlaanderen, die was geïntegreerd in de Vlaamse Liga Tegen Kanker, genoot internationaal wel erkenning en werd zelfs opgenomen in de publicaties van het International Agency for Research on Cancer.

De inspanning van de Gemeenschappen wordt niet altijd naar waarde geschat. Op 17 augustus 2005 werd dat Vlaams netwerk afgeschaft en vervangen door de Belgische stichting Kankerregistratie, wat als een federale recuperatie van een goedwerkend Vlaams initiatief kan worden beschouwd.

Onder het initiatief nummer 31 in het nationaal kankerplan dat u vorige week samen met de Senaat hebt besproken, staat dat er juridische, materiële en financiële hindernissen in de weg staan voor een optimale werking van de Stichting kankerpreventie.

Mevrouw de minister, vandaar zou ik toch een paar bijkomende vragen willen stellen.

Welke zijn die hindernissen eigenlijk concreet?

Werd de Belgische stichting Kankerregistratie ook al opgenomen in de publicaties van het IARC?

Waaraan zal de enveloppe van 1 miljoen euro die u uittrekt voor dat punt 31, concreet worden besteed?

Wat is de meerwaarde van die Belgische Stichting ten opzichte van de Vlaamse kankerregistratie?

07.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mijn antwoord op de eerste vraag luidt als volgt. Tijdens een werkvergadering van mijn cel Kankerplan met de Stichting Kankerregister, identificeerden wij vijf obstakels die uit de weg moeten worden geruimd.

Ten eerste, een juridisch obstakel voor de omzetting van de private Stichting Kankerregister in een stichting van openbaar nut Kankerregister. Om dit obstakel weg te werken, wordt de laatste hand gelegd aan een ontwerp van KB bij het directoraat-generaal 2 van de FOD Volksgezondheid.

Ten tweede, het is momenteel wettelijk onmogelijk om een raadgevend comité van de gebruikers van het Kankerregister op te richten. Dit vereist een wijziging van artikel 45 quinquies van het KB van 1978. De gewijzigde tekst is klaar en zal in de volgende gezondheidswet worden ingevoegd.

Ten derde, een voldoende structurele financiering van de Stichting Kankerregister. De cel Kankerplan heeft hierover op dinsdag 27 mei 2008 een nieuwe werkvergadering met de stichting.

Ten vierde, er moet met de Gemeenschappen over een samenwerkingsakkoord worden onderhandeld om aan de stichting toegang te verlenen tot de statistieken inzake de sterftcijfers met betrekking tot de Gemeenschappen, zodat men die kan vergelijken met de statistieken over kanker. De stichting heeft in die zin contacten gelegd met de Gemeenschappen.

Ten vijfde, er moet een samenwerking komen met de laboratoria voor pathologische anatomie voor het doorgeven van bepaalde gegevens betreffende de testen van opsporing en diagnose van kanker. Een nieuw KB inzake de erkenningsnormen voor deze laboratoria is in voorbereiding. Het zal een bepaling bevatten in verband met deze samenwerking.

Ziehier mijn antwoord op de tweede vraag. Met de recente publicatie van de uitvoerige en volledige gegevens voor het hele Belgische grondgebied en die waarin tegen de herfst is voorzien, is de Stichting Kankerregister opnieuw een geloofwaardige en erkende gesprekspartner voor het IARC.

Op de derde vraag kan ik u meedelen dat de verhoging van de budgettaire subsidie is voorzien in het kader van de begroting van 2009. Volgens het dossier dat de Stichting voorbereidt om haar behoeften te rechtvaardigen, rekening houdend met haar opdrachten en projecten, zou het aangekondigde supplementaire bedrag van 1 miljoen euro kunnen worden aangepast.

In dit stadium moet het worden gezien als een maximum plafond van bijkomende middelen die haar zouden kunnen worden toegekend.

Tot slot situeert de toegevoegde waarde van een federaal orgaan, ten aanzien van het naast elkaar bestaan van twee of drie organen van de regionale entiteiten, zich op verschillende vlakken.

Ten eerste, methodologische samenhang waardoor de regionale gegevens perfect onder elkaar te vergelijken zijn.

Ten tweede, voor internationale organisaties zoals het IARC is een unieke gesprekspartner voor België een must.

Ten derde, er kunnen schaalvergrotingen worden gerealiseerd en de competenties die beschikbaar zijn in dit verregaand gespecialiseerd activiteitendomein, kunnen worden gebundeld.

Ten vierde, het maakt het structureel mogelijk om de dialoog te organiseren tussen de federale overheid en de regionale entiteiten inzake de behandeling en het gebruiken van de gegevens inzake kanker.

07.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb helemaal niets tegen uitwisseling van informatie.

Ik hoor dat er toch nog heel wat werk aan de winkel is en ik betwijfel dat de Vlaamse Kankerregistratie geen gesprekspartner kon zijn voor het IARC. Het zal u niet verwonderen dat wij voorstander zijn van een kankerregistratieorgaan op niveau van de Gemeenschappen dat dan de nodige informatie kan uitwisselen met de andere Gemeenschappen. Hierin verschillen wij echter wellicht van mening.

Ik dank u in elk geval voor uw antwoord.

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

08 Question de Mme Valérie Déom à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le partenariat entre le centre IAD du CHR de Namur et la firme Cryos International" (n° 5299)

08 Vraag van mevrouw Valérie Déom aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het partnerschap tussen het KID-centrum van het CHR van Namen en de firma Cryos International" (nr. 5299)

08.01 Valérie Déom (PS): Madame la ministre, j'ai été fort interpellée lorsque j'ai lu dans la presse qu'il existait une collaboration entre le Centre d'insémination artificielle avec donneur du CHR de Namur et la firme danoise Cryos, notamment pour l'achat de paillettes de sperme. En effet, cette importante banque de sperme a depuis un certain nombre d'années une épouvantable réputation. Elle est ainsi l'objet de nombreux articles de presse, notamment dans "Le Nouvel Observateur" en 2007 et dans "L'Humanité" en 2004. Ces derniers mettent en cause sa pratique de sélection des donneurs visant les seuls et purs "caucasien" et "scandinavian". Aussi, le fondateur de cette entreprise ne se cache pas de défendre une pratique qu'il qualifie lui-même d'eugénisme libéral.

Est-il acceptable qu'un hôpital public belge souscrive, de manière détournée évidemment, à cette idéologie proclamée par le fondateur de la firme? Cette pratique n'est-elle pas contraire à la philosophie même de notre législation en la matière? Est-il possible, d'un point de vue juridique, d'exercer un contrôle sur ces banques de sperme qui sélectionnent leurs donneurs sur base de principes tels que la couleur des cheveux ou des yeux?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: (*Intervention inaudible, hors micro*).

(...) pour un programme de soins de médecine reproductive de type B. Il s'agit d'une autorisation pour les prélèvements de gamètes et leur utilisation pour la procréation médicalement assistée. Dans ce contexte, le CHR de Namur est évidemment tenu de respecter les dispositions de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes.

Des infractions à la loi sont-elles possibles? Je peux, en tout cas, vous dire qu'actuellement, les personnes compétentes pour le contrôle de l'exécution de la loi n'ont pas encore été désignées par le législateur. C'est pourtant une urgence.

Le projet de loi de dispositions spéciales non urgentes pour lequel le Conseil d'État a déjà rendu son avis et qui sera déposé d'ici peu prévoit que ce contrôle soit exercé par les inspecteurs de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. J'ai voulu tout de suite combler ce vide. Dès l'entrée en vigueur de cette loi, les inspecteurs pourront intervenir. Mais, dans l'intervalle, je charge mon administration de préparer un dossier qui sera transmis sans délai à M. le procureur du Roi de Namur pour suite utile.

Pour l'avenir, la transposition de la directive européenne 2004/23 sur les tissus et cellules et de ses directives annexes en droit belge permettra une action plus efficace, en ce sens que le texte couvrira tous les tissus et cellules, y compris les gamètes.

Ce projet a été soumis au Conseil d'État. Dans l'intermède, nous en discutons avec les sénateurs pour, éventuellement, soutenir des propositions de loi avec des amendements du gouvernement. En tout cas, cela devrait être réglé à court terme, de sorte que se dessine un cadre beaucoup plus sécurisant pour éviter les dérives que vous avez très justement dénoncées.

08.03 Valérie Déom (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. Il est en effet important que le contrôle de la loi de 2007 entre rapidement en vigueur: ce n'est pas la première dérive. Épinglons aussi le problème du don commercial d'ovocytes à Leuven, il y a quelques mois.

Ce qui est aussi étonnant, c'est que, par la suite, le directeur du CHR de Namur s'est exprimé dans la presse en réponse à une interpellation d'un citoyen. Il disait lui-même qu'en fait, la sélection était opérée sur base de quatre critères qui dépendaient des caractéristiques de l'homme du couple demandeur, à savoir la race, la couleur des yeux, la couleur des cheveux et ... j'ai oublié le quatrième critère.

On peut comprendre cette démarche pour éviter le risque de donner des spermatozoïdes provenant, par exemple, d'une personne à la couleur de peau ne correspondant pas à celle du couple demandeur. De là à en arriver à une sorte de présélection, cela m'a interpellée. Les inspecteurs de l'Agence belge des médicaments auront sans doute du travail et devront se mettre rapidement à l'œuvre pour étudier comment les hôpitaux appliquent réellement cette loi du 6 juillet 2007.

La **présidente**: En guise de complément d'information, le fait de charger l'inspection des médicaments de ce contrôle implique-t-il ipso facto que les gamètes et les tissus sont considérés comme des médicaments ou non?

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...).

La **présidente**: Pas nécessairement? C'est donc une mesure transitoire.

08.05 Laurette Onkelinx, ministre: (...).

La **présidente**: Dans la transposition de la directive, le fait de les considérer ou non comme médicaments aura des conséquences.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

09 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies générées par le développement des médicaments génériques" (n° 5310)

- **M. Jean-Jacques Flahaux** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les freins au développement des médicaments génériques mis en oeuvre par les

sociétés de médicaments de marque" (n° 5315)

09 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door de ontwikkeling van generische geneesmiddelen gerealiseerde besparingen" (nr. 5310)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het afremmen van de ontwikkeling van generische geneesmiddelen door de merkgeneesmiddelenbedrijven" (nr. 5315)

Madame la ministre, j'ignore si votre réponse est commune aux deux questions.

09.01 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, effectivement, elles sont jointes.

La **présidente**: Monsieur Flahaux, je vous laisse dès lors formuler les deux questions en une.

09.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je comptais effectivement rassembler les deux.

Madame la ministre, la problématique des médicaments génériques nous passionne et nous intéresse tous. Certains éléments que j'ai appris ces derniers temps m'ont beaucoup interpellé. Il semblerait que l'arrivée de 50 nouveaux médicaments génériques sur le marché entre 2008 et 2010 soit susceptible de permettre une économie de 200 millions d'euros par an à notre politique de santé. Je sais que vous comptez beaucoup sur cette économie et que vous envisagez aussi de prévoir des réserves pour les générations futures. C'est important!

Il apparaîtrait aussi que ce chiffre d'une prudence extrême serait bien en deçà de ce qui sera effectivement économisé, la projection ne se faisant qu'à partir des 20 médicaments les plus consommés aujourd'hui.

L'objectif de l'accord de gouvernement du 18 mars stipulant que le gouvernement renforcera l'accès des patients aux médicaments génériques et aux médicaments originaux bon marché est donc en bonne voie d'être atteint. Des professionnels de la santé pensent quant à eux que ces excellents résultats seraient encore meilleurs si l'arrêté royal concernant les prescriptions bon marché était revu afin de motiver de manière positive les praticiens à prescrire les médicaments génériques en remplaçant les sanctions en cas d'objectif non atteint par une "incentive" positive en cas de chiffres atteints et dépassés.

Madame la ministre, quel est votre avis sur cette approche et quelles sont vos marges de manœuvre pour éventuellement orienter la politique d'incitation à l'usage préférentiel des médicaments génériques dans ce sens?

Par contre, il y a également des problèmes de dysfonctionnement qui constituent des freins au développement des médicaments génériques. La commissaire européenne à la Concurrence a pointé certains dysfonctionnements notamment quant à la mise sur le marché de médicaments génériques, liés au nombre de barrières érigées par les sociétés de médicaments de marque. En effet, ces dernières, voyant approcher l'échéance de leur brevet original, essaient de prolonger leur monopole en prenant des brevets supplémentaires concernant des indications, modes de préparation ou d'administration, ou bien encore de population de patients. Ces brevets s'avèrent souvent être des manœuvres dilatoires que les sociétés de médicaments génériques, moins bien épaulées juridiquement, ont bien du mal à faire juger à des fins de retrait de l'interdiction provisoire ou définitive qui les frappe.

Les observateurs notent par ailleurs que, dans ce domaine, les sociétés de médicaments de marque – elles ne vont pas bien me considérer! – se servent de la protection de la propriété intellectuelle européenne qui est l'une des plus fortes au monde pour bloquer le passage des brevets dans le domaine des génériques, se privant par là même de stimulants nécessaires à la recherche et au développement de nouveaux médicaments. Ils ont notamment souligné que ce problème de lancement lent, très lent, voire inexistant de médicaments génériques concernait particulièrement notre pays, la Belgique.

Aussi, madame la ministre, au nom de l'accord de gouvernement du 18 mars qui affirme la volonté d'encourager l'accès du patient aux médicaments génériques et aux médicaments originels bon marché, que pouvez-vous et comptez-vous faire pour faire disparaître les freins susnommés au nom d'un libéralisme bien compris et permettre une meilleure diffusion des médicaments génériques?

09.03 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, il faut préciser les choses: l'encouragement de la prescription des médicaments moins chers doit se faire sans discrimination; autrement dit, on ne peut pas parler d'incitants pour prescrire des médicaments génériques mais bien des médicaments moins chers, génériques ou originels ayant baissé leur prix au niveau de celui des génériques. Cela étant dit, il est évident que l'échéance de certains brevets est une opportunité à saisir. Je ne suis donc pas opposée par principe à l'idée d'un incitant positif. Je suis ouverte à toute proposition dont l'efficacité pourrait être démontrée.

Les brevets n'étant pas de ma compétence, je vous renvoie vers M. Van Quickenborne. Je peux cependant confirmer que les tribunaux sont souvent appelés à trancher dans les matières complexes des brevets et que ceux-ci ont déjà constaté certains abus en la matière. Je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour utiliser au maximum les économies générées par les fins de brevet au niveau de l'INAMI. Une amélioration de la réglementation en la matière sera proposée prochainement.

09.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, j'approuve totalement votre réponse. J'interrogerai également M. Van Quickenborne sur cette question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Pour toutes les autres questions, le report a été demandé. Mme della Faille a demandé la transformation de sa question (n° 4520) en question écrite.

La réunion publique de commission est levée à 18.21 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.21 uur.