

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 27 MEI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 27 MAI 2008

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.24 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.
La séance est ouverte à 14.24 heures et présidée par M. Luc Goutry.

01 Questions jointes de

- Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de matières plastiques et autres composés chimiques pour la santé" (n° 5119)

- M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du BPA dans le conditionnement alimentaire" (n° 5162)

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gevaar van plastic en andere chemische verbindingen voor de gezondheid" (nr. 5119)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van bisfenol A in voedingsverpakkingsmaterialen" (nr. 5162)

01.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, je tiens tout d'abord à remercier M. Flahaux d'avoir accepté, la semaine dernière, de reporter ces questions. Il y a eu un malentendu, sinon je serais restée en commission en attendant mon tour.

Monsieur le président, madame la ministre, à la mi-avril, le gouvernement canadien a interdit la commercialisation de biberons constitués de plastique contenant du bisphénol A, une substance considérée désormais comme toxique dans ce pays. Aux États-Unis, plusieurs parlementaires demandent que la Food and Drug Administration réévalue les niveaux d'exposition pouvant être considérés comme acceptables d'un point de vue sanitaire.

Interrogés par le quotidien "Le Monde", les responsables de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) ont indiqué qu'ils allaient également procéder à une réévaluation des risques sanitaires inhérents à ce composé organique présent dans de très nombreuses matières plastiques utilisées dans le secteur alimentaire et dont on retrouve des traces dans les organismes des personnes vivant dans les pays industriels.

Le bisphénol A est un produit chimique appartenant à la famille des composés organiques aromatiques, comme les phtalates, et est connu pour être un perturbateur endocrinien. Longtemps, sur la base d'études scientifiques qu'elle avait le plus souvent financées, l'industrie des matières plastiques a affirmé que le bisphénol A ne présentait aucun danger par voie alimentaire pour l'homme. Mais d'autres études, indépendantes, menées récemment sur la souris et sur l'homme, sont arrivées à d'autres conclusions.

Quant aux phtalates, aussi présents dans les plastiques et pouvant avoir une action négative sur les fonctions endocriniennes, ils font déjà l'objet d'interdictions dans les jouets et articles de puériculture par l'Union européenne. La publication d'une étude américaine dans la revue "Environmental Health Perspectives", en 2007, a corroboré l'existence chez l'homme d'une corrélation entre les taux de phtalates

présents dans les urines et l'obésité abdominale.

En ce qui concerne le bisphénol A, le dernier avis émis par l'Autorité européenne de sécurité des aliments, à la demande de la Commission européenne, est daté du 29 novembre 2006. Il était plutôt rassurant. Le groupe scientifique de l'EFSA concluait que la dose sans effet nocif observé pouvait être située à 0,05 milligramme par kilogramme de poids corporel et par jour alors que le taux fixé en 2002 était de 0,01 milligramme.

Madame la ministre, devant la contradiction des informations existantes, envisagez-vous d'alerter vos collègues européens de la Santé afin de réaliser une étude épidémiologique et toxicologique de grande ampleur qui fournirait des résultats indiscutables en ce qui concerne la réalité des effets imputés au bisphénol A et aux phtalates?

Ne serait-il pas nécessaire également d'élargir le champ de cette étude aux xénobiotiques obésogènes, qui sont des composés chimiques présents dans l'environnement et dont on peut raisonnablement soupçonner qu'ils sont impliqués dans l'épidémie d'obésité que connaît notre société?

01.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Monsieur le président, madame la ministre, ma question est similaire à celle de Mme Burgeon. Sur la base d'études scientifiques qu'elle avait le plus souvent financés, l'industrie des matières plastiques a longtemps soutenu que le bisphénol A ne présentait aucun danger pour l'espèce humaine.

C'était aussi l'avis de l'Autorité européenne de sécurité des aliments, qui estimait que les résultats obtenus chez la souris ne pouvaient être extrapolés à l'homme du fait de la plus grande sensibilité du rongeur aux oestrogènes et proposait même de relever les niveaux d'exposition acceptables.

Or, à la mi-avril, retournement complet: l'intention du gouvernement canadien d'interdire la commercialisation de biberons constitués de plastique contenant du bisphénol A (BPA), substance désormais considérée comme toxique dans ce pays, a aussitôt relancé, tant aux États-Unis qu'en Europe où l'EFSA a indiqué, vendredi 2 mai, qu'elle allait procéder à cette réévaluation, mais aussi à l'échelon international, la controverse concernant les risques sanitaires inhérents à ce composé organique présent dans de très nombreuses matières plastiques et que l'on retrouve dans les fluides corporels de toutes les personnes ou presque, vivant dans les pays industriels.

En effet, ainsi que l'a évoqué Mme Burgeon, des études indépendantes menées sont récemment arrivées à des conclusions différentes concernant tant le BPA que les phtalates. Ces derniers, aussi présents dans les plastiques, pouvant avoir une action négative sur les fonctions endocriniennes et favoriser l'obésité abdominale en plein développement dans les pays industriels, ont fait l'objet d'interdictions – dans les jouets et articles de puériculture – dans l'Union européenne.

Madame la ministre, à la lumière de ces derniers éléments, quelle position comptez-vous adopter concernant l'utilisation ou l'interdiction de ces produits, dans les conditionnements alimentaires, en tout cas, sur le territoire belge?

01.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chers collègues, en réalité, la question de l'utilisation du bisphénol A dans la fabrication de matériaux en polycarbonate destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires est effectivement importante et bien connue.

Vous savez que cette matière est réglementée en Belgique par l'arrêté royal du 3 juillet 2005 relatif aux matériaux et objets en matière plastique destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires. Cet arrêté transpose une directive européenne; il fixe une limite de migration spécifique pour le bisphénol A. Cette limite, nous ne l'avons pas inventée. Elle a été déterminée sur base de l'avis de l'autorité européenne de sécurité des aliments.

La question de l'interdiction envisagée par le Canada a été abordée lors de la réunion des 5 et 6 mai du Comité d'experts pour les matériaux destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires, comité qui existe auprès de la Commission européenne. Un représentant de l'EFSA, l'autorité européenne de sécurité des aliments, participe à ces réunions.

L'EFSA a décidé de procéder à la réévaluation du bisphénol A à la lumière des nouvelles données

disponibles, notamment des données canadiennes et américaines, réévaluation qui se fera, d'après nos informations, dans les meilleurs délais, autrement dit dans les délais les plus brefs.

En attendant les résultats de cette réévaluation, il n'est pas envisagé, au stade actuel, au niveau européen, de modifier la situation réglementaire existante, ni de réaliser une étude épidémiologique et toxicologique de grande ampleur.

Je tiens cependant à vous préciser que, dans le cadre de la recherche contractuelle financée par le service public fédéral de la Santé publique, un projet de recherche relatif aux phtalates dans les denrées alimentaires est mis en place. Ce projet démarrera début 2009 et ce pour une durée de trois ans.

Le projet a deux objectifs: d'une part, obtenir des données de mesures fiables et sensibles pour une série de phtalates présents dans les denrées alimentaires telles que disponibles sur le marché belge. L'objectif est donc d'obtenir un aperçu global de la contamination dans les denrées alimentaires, y compris dans les boissons présentes sur le marché belge et, par ailleurs, d'acquérir une bonne compréhension de la contamination.

À cette fin, il est important d'avoir une vue globale de l'impact de voies telles que les matériaux d'emballage, les autres matériaux, la contamination environnementale et d'autres causes de contamination. Nous évaluerons la nécessité de revoir les restrictions actuelles en fonction du résultat de la nouvelle évaluation EFSA, mais aussi de l'étude qui a été mise en place de manière autonome par les autorités belges.

01.04 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, merci pour vos réponses. Je prends acte du fait que l'EFSA va réévaluer le bisphénol A. Pourriez-vous nous informer des résultats de cette nouvelle évaluation? Quant aux phtalates, nous vous interrogerons en 2012, si nous sommes encore là!

01.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je corrobore les demandes de Mme Burgeon. Pourriez-vous également m'indiquer si nous disposerons des études du gouvernement canadien?

01.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je vous les transmettrai si je les reçois. Interrogez-moi dans un délai raisonnable à ce sujet.

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

De **voorzitter:** Het derde punt van de agenda wordt eventjes uitgesteld. Mevrouw De Block en de heer Bultinck hebben samengevoegde vragen en dat punt wordt aldus even in beraad gehouden.

02 Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les chiens recueillis par la SPA" (n° 5130)

02 Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door verenigingen voor dierenbescherming opgevangen honden" (nr. 5130)

02.01 Olivier Destrebecq (MR): Monsieur le président, madame la ministre, j'ai été sollicité par des citoyens qui ont lancé une pétition qui a recueilli un nombre impressionnant de signatures.

L'objet de cette pétition serait d'obtenir un projet de loi pour que les éleveurs puissent récupérer les chiens recueillis par la SPA, mais provenant initialement de leur élevage, afin de pouvoir les replacer gratuitement chez d'autres particuliers.

La SPA recueille souvent des chiens de race, provenant d'élevages reconnus par la Société royale Saint-Hubert, dont la SPA possède les coordonnées.

À l'heure actuelle, malgré le contrat établi lors de la vente du chiot, les éleveurs ne peuvent pas récupérer leurs chiens abandonnés par l'acheteur, car le chien est devenu chien appartenant à la SPA. En effet, les chiens de race identifiés et répertoriés à l'Association Belge d'Identification et d'Enregistrement Canins (ABIEC) ne peuvent être vendus une deuxième fois par l'éleveur, ce qui prouve que, dans ce cas, l'éleveur n'agit que pour le bien de l'animal.

De plus, la SPA aurait la possibilité d'accueillir les chiens non enregistrés dans de meilleures conditions.

Cette initiative m'a interpellé et, madame la ministre, j'aimerais connaître votre sentiment sur cette démarche des éleveurs et de la SPA, ainsi que sur la création d'un projet de loi lié à cette problématique. Pour ma part, je suis prêt à travailler sur la composition d'un texte; j'aurais auparavant voulu entendre votre avis sur le sujet.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: D'abord, soyons contents que certains éleveurs n'hésitent pas à prendre certaines initiatives en faveur du bien-être animal. Je note votre candidature au travail de législateur. J'apprécie grandement une telle volonté de travail.

Est-ce que cela est nécessaire? Je ne suis pas sûre. Les éleveurs sont déjà soumis à une réglementation très précise, à savoir l'agrément qui leur permet d'exercer leur activité. À cet égard, je vous renvoie à un arrêté royal relativement récent, celui du 27 avril 2007.

Notons d'abord, que la SPA, qui recueille un animal, n'obtient comme renseignements à l'ABIEC, que les coordonnées du dernier propriétaire. De ce fait, les coordonnées de l'éleveur ne peuvent être connues que si une enquête est demandée par le service Bien-être animal.

Ensuite, rien n'empêche le propriétaire d'un chien, qui souhaiterait s'en défaire, de le restituer à l'éleveur avec son consentement. Tout comme l'éleveur peut faire savoir lors de la vente d'un chien, qu'il est disposé à reprendre l'animal si un problème survenait. Cette solution vaut d'ailleurs mieux que de laisser se produire une situation problématique pour le bien-être animal.

Mes services sont donc à votre disposition, si vous avez des idées pour compléter l'arrêté royal. Vous pouvez également décider de légiférer par le biais d'une proposition de loi. N'hésitez pas à nous faire signe. Nous avons l'impression que les éléments existent déjà grâce à l'arrêté, mais nous restons néanmoins ouverts au dialogue.

02.03 Olivier Destrebecq (MR): Merci, madame la ministre. Je ne manquerai pas de suivre votre conseil en me plongeant dans l'analyse de cet arrêté. Et puisque vous me le proposez, je prendrai contact, le cas échéant, avec vos services afin d'avancer ensemble dans ce domaine.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03 Question de 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)

03 Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "methadon als vervangingsbehandeling" (nr. 5131)

03.01 Olivier Destrebecq (MR): Monsieur le président, madame la ministre, il s'agit d'un tout autre sujet. La presse de ces derniers jours met l'accent sur la facilité et la rapidité des prescriptions médicales de la méthadone. Près de 250.000 ordonnances sont délivrées pour obtenir de la méthadone (substitution) ou de la buprénorphine (désintoxication).

Il existe une différence entre le Nord et le Sud du pays en termes de traitement. En effet, la durée est plus longue au Sud, d'après les analyses qui m'ont été transmises.

Selon plusieurs médecins toxicologues belges, nous devrions prendre exemple sur la France en termes d'utilisation de traitement alternatif à la méthadone. En effet, plusieurs études cliniques démontrent que la méthadone est une substance qui induit une dépendance physique et qui nécessite un plus long accompagnement du toxicomane. Alors qu'avec l'utilisation de la buprénorphine, la dépendance physique est beaucoup moins significative, voire inexistante. De plus, ce traitement nécessite une durée d'administration moins longue et bénéficie de résultats plus rapides.

En Belgique, aucun outil, hormis le conseil bien évidemment, ne permet à l'accompagnateur du toxicomane de l'influencer dans la diminution de ses doses de méthadone. Par exemple, il n'appartient ni au médecin et encore moins au pharmacien d'inciter le patient à diminuer les doses quotidiennes de méthadone. Le patient est le seul à décider de la diminution de ses doses. Il découle de ce qui précède que ce n'est pas non plus au médecin de déterminer la durée du traitement. La demande d'interrompre le traitement doit venir du

patient. Une approche thérapeutique n'a de sens que si elle apporte une amélioration à l'état physique et/ou psychologique d'un patient.

L'exemple ci-dessus provient du rapport de l'ordre des médecins. Je pense qu'il était important de le préciser.

Dans ce cadre, la méthadone est utilisée uniquement dans le traitement de substitution.

Madame la ministre, au terme de cette introduction, je souhaiterais vous poser quelques questions. Qu'en est-il des outils donnés au corps médical afin de pouvoir réduire la prise de méthadone par le patient, s'il l'estime nécessaire? Qu'en est-il de la réalisation d'une étude prouvant l'efficacité, c'est-à-dire le décrochage complet après arrêt du traitement, de cette thérapie? Enfin, qu'en est-il des moyens de contrôle de cette thérapie permettant une orientation du patient vers une désintoxication totale?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, l'amélioration de l'état de santé général et de l'intégration sociale du patient constituent les critères essentiels d'évaluation des traitements de substitution comme la méthadone ou la buprénorphine. La qualité du traitement du patient ne va donc pas être évaluée exclusivement en termes d'abstinence totale. On sait d'ailleurs que pour certains patients, même si l'abstinence totale reste un objectif très important, celui-ci n'est pas réalisable.

La diminution des doses se fait en étroite relation avec le patient. C'est un élément très important pour la réussite du traitement. Le Conseil supérieur de la Santé précise, dans son avis de 2006 sur les traitements de substitution, "qu'il reste opportun de se baser sur l'évolution clinique du patient pour adapter les doses". Je souligne aussi qu'un traitement de substitution est plus que pharmacologique: un suivi psychologique est important, il est d'ailleurs inscrit au cœur de l'arrêté royal du 19 mars 2004.

C'est dans le cadre de ce traitement que le dispensateur de soins juge des doses à donner et en discute avec le patient. Les mécanismes de contrôle éventuels doivent s'inscrire dans ce cadre. En ce qui concerne la disponibilité des instruments pour les dispensateurs de soins, le monde scientifique international montre le caractère évident de ces traitements et formule une série de recommandations indispensables.

Les conférences de consensus organisées par le Conseil supérieur de la Santé et l'administration de la Santé publique donnent les éléments clés de cette sorte de traitement. Les conclusions en ont été communiquées au secteur. Je rappelle que ces conférences de consensus sont arrivées à la conclusion que la durée d'un traitement peut être indéterminée et que donc une totale abstinence immédiate n'est pas nécessaire.

Les centres et réseaux spécialisés organisent aussi des formations sur cette sorte de traitement. Ces contacts entre les médecins et les organisations spécialisées sont importants pour l'amélioration de la qualité de ce dernier. À titre personnel, je continuerai à insister sur ce point.

03.03 Olivier Destrebecq (MR): Je ne vous cacherai pas que je vais continuer à approfondir ce sujet, que je trouve fort prenant. On connaît l'accompagnement psychologique qu'il faut prodiguer à ces cas problématiques. Je vous interrogerai certainement à nouveau sur ce sujet et son évolution.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

04 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique du coût des nouveaux médicaments" (n° 5189)

04 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van de kostprijs van de nieuwe geneesmiddelen" (nr. 5189)

04.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je voulais lancer un débat à la frontière de l'éthique et de l'économique. Face à l'émergence de nouvelles maladies, de nouveaux cancers, l'industrie pharmaceutique s'est livrée à de nombreuses recherches permettant de développer de nouveaux médicaments dont le coût est souvent élevé. On cite des chiffres de 250.000 à 300.000 euros par patient et par an. Si on peut se réjouir du point de vue de la santé publique de ces possibilités de se soigner, le coût de ces traitements pose un problème à la fois économique et éthique qu'il faut prendre au sérieux.

Il convient notamment de s'interroger sur la légitimité des prix fixés pour ces médicaments, en tout cas dans la durée, une fois que les frais de recherche ont été amortis. L'usage de ces médicaments pèse de plus en plus lourd sur les budgets de soins de santé. S'il n'est pas illégitime que les entreprises se remboursent de leurs frais en matière de recherche et de développement, il faut éviter qu'elles réalisent des bénéfices démesurés sur le dos des patients et du système de solidarité et de remboursement des soins de santé.

Madame la ministre, quelle a été l'évolution ces cinq dernières années du coût de la prescription du remboursement et du coût pour l'assurance maladie de ce type de médicaments pour des formes rares de cancer, comme l'Elaprased et la Myosine? Que comptez-vous entreprendre vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique en vue d'un meilleur contrôle du prix de vente de ces médicaments et de sa diminution rapide?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Gilikinet, les médicaments dont il est question ne sont remboursables que depuis peu: la Myosine en mai 2007 et l'Elaprased en janvier 2008. Nous n'avons dès lors pas encore de données réelles sur les remboursements pour ces produits. Nous disposons d'une estimation budgétaire effectuée lors de l'examen des demandes de remboursement de ces médicaments.

En ce qui concerne l'Elaprased, nous avons un coût total pour le budget de l'assurance de 1,4 million d'euros la première année qui évoluerait vers 2,3 millions d'euros la troisième année. Le coût moyen du traitement par patient se situe entre 290.000 et 350.000 euros par an.

Le coût total du budget pour la Myosine devrait être de 7,8 millions d'euros la première année évoluant à 9 millions la troisième année. Le coût moyen du traitement par patient se situe entre 180.000 euros pour un patient enfant et 410.000 euros pour un patient adulte par an.

Je tiens à préciser que ces médicaments ne sont pas utilisés en cas de forme rare de cancer mais en cas de déficit enzymatique (maladie orpheline).

Je peux donner les chiffres de l'évolution des dépenses pour les années où des chiffres sont disponibles. Je les remettrai au président de la commission. Par exemple, pour les médicaments de classe 1, tous ceux qui ont été considérés comme innovants par la CRM, en 2003, en hôpital, cela représentait un peu plus de 3 millions et en 2006 un peu plus de 45 millions. Dans les officines publiques, on est passé de 941.000 euros en 2003 à 128 millions en 2007. Pour les médicaments dédiés au traitement des maladies orphelines, en officines publiques, on est passé de 144.000 en 2004 à 1.212.000 environ en 2007.

S'agissant du cancer, je ne peux pas vous communiquer de chiffres pour les officines publiques. En revanche, en hôpital, nous sommes passés de 225.000 en 2004 à 14.500.000 en 2006; de 49.000 en 2005 à 1.176.000 en 2006. Vous voyez qu'il s'agit d'une évolution importante.

Je peux aussi vous assurer que la bonne gestion des moyens financiers limités de l'assurance soins de santé – en particulier, pour le budget des médicaments - retient toute mon attention, et il en ira encore ainsi à l'avenir. Je souhaite que les soins de qualité, y compris les médicaments, restent financièrement acceptables pour tous les patients. Dans cette perspective, le coût élevé des médicaments constitue une question prioritaire permanente.

En outre, lors de l'inscription de nouveaux médicaments dont le prix est élevé, la valeur thérapeutique et la plus-value sont estimés en premier lieu. Autrement dit, nous ne nous écartons pas du principe de base suivant lequel les coûts des nouvelles thérapies ne peuvent être plus élevés que des autres traitements existants si une plus-value fondamentale n'a pas été démontrée.

De nouveaux médicaments peuvent coûter plus cher si leur apport à la qualité des soins est clairement démontré. Pour ces médicaments onéreux, dits de classe 1, nous exigeons des analyses pharmaco-économiques étendues. De plus, leur rapport coût-efficacité est évalué en profondeur. À cet effet, des directives pour les analyses pharmaco-économiques ont été récemment publiées en collaboration avec le Centre fédéral d'expertise.

Je tiens à souligner que je n'ai nullement l'intention de déroger à ce critère qui représente, bien évidemment, un principe de bonne gestion du budget des médicaments dans l'intérêt de l'assurance soins de santé, mais surtout en premier lieu dans celui des patients.

Par ailleurs, lors d'une récente rencontre au niveau européen, nous avons entamé des échanges intéressants avec des ministres qui étaient confrontés de tels problèmes. Nous avons discuté de la transparence du prix des médicaments, qui peut varier sensiblement d'un pays à l'autre sans aucune justification. Dans certains systèmes, par exemple en Angleterre, une évaluation transparente du prix est opérée. En revanche, d'autres systèmes, comme en Allemagne, se rapprochent du nôtre et connaissent donc les mêmes problèmes que nous. Nous essayons de faire évoluer les débats européens en ce domaine.

En tout cas, lors du premier conseil informel auquel j'ai participé, j'ai évoqué immédiatement ce dossier, puisque j'avais été confrontée au problème de l'Avastin, relatif au traitement du cancer. Ce médicament risque de peser très lourd dans le budget de l'assurance maladie invalidité. Nous devons donc poursuivre notre travail pour essayer de contenir l'explosion budgétaire.

04.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je voudrais vous remercier pour votre réponse précise. Je lirai bien entendu avec intérêt votre note écrite.

Cela dit, vous confirmez que la part relative de ces médicaments innovants dans le budget évolue de façon exponentielle. Mais il est évident que si on accepte de les rembourser, c'est qu'ils présentent une plus-value thérapeutique. Or, il est important de permettre à nos concitoyens de se soigner. Cependant, on peut craindre que leur remboursement pèse de plus en plus lourd sur le budget de la sécurité sociale.

Comme je l'ai dit, il n'est pas anormal que les entreprises, qui ont pris des risques en matière de recherche et qui ont engagé des fonds importants, "se remboursent", si je puis m'exprimer ainsi. Mais il faut également tenir compte du facteur de rentabilité. Ainsi, lorsque le médicament est amorti, son prix devrait diminuer. Dans cette perspective, un dialogue doit évidemment être entamé. En effet, une régulation doit être mise en place en collaboration avec les entreprises concernées. Car on ne peut pas non plus faire peser indéfiniment le coût de ces médicaments sur le budget, d'autant qu'il s'agit d'entreprises qui bénéficient d'aides économiques dans le cadre de l'application du Plan Marshall en Région wallonne. À partir de là, une transparence en matière de prix doit être de rigueur. Une fois que les molécules ont prouvé leur efficacité et que le coût de la recherche a été amorti, le prix des médicaments concernés doit – je le répète – pouvoir être diminué.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...) En effet, outre le caractère innovant, vu l'explosion, certains commencent à se demander s'il ne serait pas opportun d'examiner l'intérêt numérique ou l'intérêt en fonction de l'âge, débat dans lequel je ne veux pas être entraînée. En effet, je ne conçois pas que l'on puisse supprimer le remboursement d'un médicament sous le prétexte du nombre restreint de personnes concernées. Je ne suis pas non plus d'accord pour que l'on invoque l'âge pour refuser la prescription d'un médicament à une personne dont on pourrait, par exemple, prolonger la vie de six mois. Ce genre de raisonnement n'est pas possible, selon moi, en termes de santé publique. Bien évidemment, il n'est pas question d'acharnement thérapeutique que ce soit au niveau chirurgical ou médicamenteux. En effet, l'acharnement thérapeutique ne sert pas le bien-être du patient. Ce genre de calcul blesse mon éthique.

Il faudra donc trouver un système pour contenir cette explosion sans être entraîné dans une forme de dérive. Mais ce sera une discussion que nous aurons sans doute un jour ou l'autre.

04.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): L'aspect éthique est évidemment délicat.

Selon moi, la solution passe par un contrôle accru du prix du médicament et une totale transparence en la matière. Je répète que, dès que le coût de la recherche est amorti, le prix de vente doit être diminué.

04.06 Maggie De Block (Open Vld): (...)

04.07 Minister **Laurette Onkelinx**: U hebt gelijk. Ik heb dat ook gezegd in mijn antwoord.

De **voorzitter**: Mevrouw De Block, uw micro stond niet aan, dat was dus off the record. Over deze en andere kiwi's zullen wij zeker nog discussiëren. Het is een belangrijk thema.

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

05 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid over "de prijsvorming van tandkronen" (nr. 5093)

05 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation des prix des couronnes dentaires" (n° 5093)

05.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik verontschuldig mij voor mijn laattijdige aankomst maar ik was verhinderd in de commissie voor de Sociale Zaken. U weet dat men bij het punt regeling van de werkzaamheden meer dan ooit aanwezig moet zijn of men is gerold.

Mevrouw de minister, mijn vraag betreft de prijsvorming van de tandkronen. U weet dat de mensen ouder worden en dat ze hun gebit terecht zeer goed verzorgen omdat ze op hogere leeftijd nog over een zeker aantal tanden willen beschikken. Meer en meer worden wij geconfronteerd met het feit dat tandkronen geplaatst worden.

Dat is geen probleem maar meer en meer tandkronen worden gefabriceerd in andere landen. Dat brengt met zich mee dat ook die prijzen in een dynamiek verwickeld zijn geraakt. Er is een concurrentieslag en de markt speelt. Ondanks het feit dat die prijzen gedaald zouden zijn, kan de patiënt er niet altijd van meegenieten. Blijkbaar maakt dit ook een stuk van de winstmarge van sommige tandartsen uit.

De patiënt krijgt natuurlijk informatie over wat hem dat gaat kosten op een moment waarop hij in een zeer weinig benijdenswaardige positie zit om te onderhandelen. Het voorstel wordt hem dus gedaan op het moment waarop hij daar met zijn mond open zit met het aanzuigtoestelletje erin en met een gat dat moet gevuld worden. De meeste mensen zeggen dus "doet u maar". Dan blijkt echter dat de factuur niet gering is. Blijkbaar is dat ook binnen het RIZIV al ter sprake gekomen. Daar is immers al een voorstel geformuleerd om te werken met gescheiden facturen, enerzijds een factuur voor het plaatsen en het voorbereidend werk voor de prothese, de honoraria dus en anderzijds de factuur voor het eigenlijke prothesemateriaal.

Mevrouw de minister, ik heb twee vragen voor u.

Ten eerste, is het niet wenselijk om ook voor de patiënten hier te komen tot een grotere transparantie van de prijszetting van de tandprothesen zodat de patiënt duidelijk geïnformeerd wordt over de prijs van de prothese?

Ten tweede, is de minister bereid om stappen te ondernemen met betrekking tot het reeds geformuleerde voorstel inzake gescheiden facturatie?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: Het federaal kenniscentrum heeft twee jaar geleden conclusies ingediend die inderdaad in de richting gaan van een splitsing van de erelonen en de facturatie van tandprothesen. Men moet echter weten dat dit voorstel bijzonder moeilijk in werking gebracht kan worden en dat er zeker geen unanimité is bij de betrokken beroepsgroepen.

Dit gezegd zijnde, kan het door u aangehaalde probleem op het niveau van de ontwikkeling van het distributiecircuit voor de invoer van buitenlandse producten in ons land niet opgelost worden door het instellen van deze aparte facturatie. Een deel van deze prestaties wordt immers niet terugbetaald. Dat wil echter niet zeggen dat men niet continu aandacht moet hebben voor de kwaliteit van de geleverde producten.

De betrokken diensten van het geneesmiddelenagentschap doen dat trouwens. In het kader van het ontwerp van akkoord tandartsen-ziekenfondsen zal ik echter de sector ondervragen, met het oog op het verkrijgen van een betere transparantie bij de samenstelling van het globale tarief dat uiteindelijk aan de patiënten wordt aangerekend in het kader van de prestaties die terugbetaald worden door de ziekteverzekering.

05.03 Maggie De Block (Open Vld): Tegen wanneer moet het volgende akkoord tandartsen-ziekenfondsen rond zijn?

De **voorzitter**: Tegen het einde van dit jaar.

05.04 Maggie De Block (Open Vld): Ik meen dat dit een actueel gegeven is dat u kunt meenemen naar het einde van het jaar. Mevrouw de minister, ik dank u voor de aandacht die u aan dit dossier wil schenken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Maggie De Block** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontwerpbesluit inzake Impulseo II" (nr. 5123)

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontwerpbesluit inzake Impulseo II" (nr. 5632)

06 **Questions jointes de**

- **Mme Maggie De Block** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet d'arrêté relatif à Impulseo II" (n° 5123)

- **M. Koen Bultinck** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet d'arrêté relatif à Impulseo II" (n° 5632)

06.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, zoals u weet, voorziet Impulseo II in 6,6 miljoen euro voor de aanwerving van een administratieve kracht voor artsen die met twee of meer samenwerken. In duopraktijken moet men minstens 500 globale medische dossiers hebben om een halftijdse kracht te werk te stellen en daarvoor aanspraak te kunnen maken op 8.250 euro. De groepspraktijken met minstens 1.000 globale medische dossiers kunnen op een voltijdse praktijkhulp rekenen en daarvoor een tegemoetkoming van 16.500 euro genieten. Ook groeperingen van huisartsen komen in aanmerking op voorwaarde dat ze in dezelfde wachtzone werken en in real time kunnen beschikken over de dossiers van alle patiënten. Nochtans worden daarmee toch nog een aantal solowerkende artsen uitgesloten.

In het verleden hebben wij er altijd voor geijverd, mevrouw de minister, om niet een of andere werkvorm van de huisartsen te begunstigen. We weten wel dat er een trend is van samenwerken en meer groepspraktijken, maar er zijn toch nog een groot aantal solowerkende artsen. Daarenboven heb ik de bemerking dat 500 globale medische dossiers voor een duopraktijk en 1.000 globale medische dossiers voor een groepspraktijk eigenlijk niet zoveel is. Dat hangt van de praktijk af. Zo beschikt een aantal mensen wel over een globaal medisch dossier terwijl zij slechts enkele keren per jaar op consultatie komen. Bovendien kunnen er ook solopraktijken zijn die 500 globale medische dossiers hebben en is de werklast voor die solowerkende arts misschien nog veel groter dan voor diegenen die het werk met twee doen.

Ik zou graag hebben dat de toelage onafhankelijk is van de praktijkvorm en dat men kijkt naar de werklast voor de arts en niet alleen naar het aantal medische dossiers, 500 voor een praktijk met twee of 1.000 voor een met drie artsen. Kortom, ik verkies dat men de structuren subsidieert en niet de zorg voor de patiënt. De zorg voor de patiënt moet immers primordiaal zijn, wat afhankelijk is van het feit of de arts al dan niet genoeg tijd voor hem kan vrijmaken.

Op basis van welk argument in de onderhandelingen, mevrouw de minister – ik weet dat u daar niet alleen aan tafel zat – is ervoor geopteerd om die 500 globale medische dossiers bij de solowerkende artsen niet in aanmerking te laten komen voor een financiële ondersteuning? Denkt men dat het een meerwaarde heeft dat de 500 globale medische dossiers in een duo- of groepspraktijk worden beheerd en moet er daarom alleen daar een tegemoetkoming voor een administratieve hulp komen? Was het niet logischer geweest om artsen financieel te ondersteunen op basis van het aantal globale medische dossiers op jaarbasis, ongeacht de praktijkvorm?

Is het globaal aantal medische dossiers dat is vereist om in aanmerking te komen voor een financiële ondersteuning niet aan de lage kant vermits daar eigenlijk al lang van sprake is, dat die cijfers altijd zijn meegenomen en er ondertussen toch een grondigere implementatie van de globale medische dossiers is?

06.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, een parlementslid uit de oppositie en een uit de meerderheid willen u ondervragen over hetzelfde onderwerp. Dit moet ongetwijfeld enig belang hebben.

Mijn invalshoek is enigszins anders. Het gaat uiteraard over hetzelfde ontwerp van KB, Impulseo II. Mijn vraag gaat over het fameuze advies van de Raad van State over dit ontwerp van KB. Ik denk dat de problematiek door mevrouw De Block voldoende geschetst is, namelijk de mogelijkheden voor groepspraktijken van huisartsen om personeelskosten in te brengen door tegemoetkomingen vanuit het impulsplan voor huisartsen.

Mevrouw de minister, het advies is vrij duidelijk en vrij scherp, als u het mij vraagt. Volgens de Raad van State is er sprake van een ongelijkheid die niet gerechtvaardigd is omdat de solopraktijk niet langs de fameuze kassa in het kader van Impulseo kunnen passeren. Voorts wordt volgens de Raad van State de ongelijkheid onvoldoende gemotiveerd. De Raad van State zegt bovendien, dat is vrij vergaand, dat er wel eens een probleem zou kunnen zijn met betrekking tot bepaalde vrijheden van handel. De vaststelling is dat de arts zelf moet kunnen kiezen voor een solo- of een groepspraktijk.

Mevrouw de minister, hoe reageert u op de inhoud van het advies van de Raad van State? Hebt u ondertussen laten onderzoeken of bijsturing van het ontwerp van KB nodig is? Zult u rekening houden met het advies van de Raad van State? Iedereen weet dat die adviezen niet bindend zijn en u ze dus niet moet opvolgen. Binnen welk tijds kader zal al dan niet een aangepast ontwerp van KB kunnen worden gepubliceerd?

06.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Het Impulseo II-fonds voorziet inderdaad in een bedrag van 6,6 miljoen euro voor een administratieve kracht bij de huisartsen. Die jaarlijkse premies die tot 16.500 euro kunnen oplopen, zullen het mogelijk maken om administratieve assistenten in dienst te nemen. Het is de bedoeling van dat fonds om de huisartsen te helpen bij hun administratieve taken, maar tegelijk ook de informatisering en de samenwerking tussen de eerstelijnsactoren te stimuleren.

Het fonds voorziet inderdaad in een minimum aan globale medische dossiers, namelijk vijfhonderd voor een samenwerking met twee en duizend voor een samenwerking met drie.

Voor de artsen die samenwerken is het niet verplicht een kabinet te delen. Ze moeten gewoon deel uitmaken van dezelfde huisartsenkring of in aangrenzende zones werken en hun geïnformateerde gegevens delen. Het fonds sluit dus geen alleenwerkende artsen uit die beantwoorden aan die samenwerkingscriteria.

Netwerking ontwikkelt zich in belangrijke mate binnen onze eerste lijn. We moeten alle initiatieven aanmoedigen die deze diverse samenwerkingsvormen optimaliseren. Netwerking kan diverse vormen aannemen, van een eenvoudige organisatie van de wachtdiensten tot de instelling van geïntegreerde geneeskunde binnen hetzelfde kabinet of binnen een polikliniek.

In België leven de verschillende vormen harmonieus naast elkaar. Het is niet mijn bedoeling te interveniëren in dat natuurlijke evenwicht.

Ik zal daarentegen alle initiatieven steunen die een verbetering beogen van de efficiëntie en de continuïteit van de zorgverstrekking van de eerste lijn. Meer artsen ertoe aanzetten hun medische gegevens te delen zodat zij aan hun patiënten doorlopend kwalitatieve zorg kunnen garanderen, zou een van onze doelstellingen moeten zijn om de organisatie van de gezondheidszorgen te optimaliseren. De jonge confraters kiezen de jongste jaren trouwens in overgrote meerderheid voor die weg. Het lijkt dus logisch dat we voor alles die netwerking administratief ondersteunen, want de logistieke inspanning is a priori belangrijker.

Ik ontving vorige week donderdag het advies van de Raad van State. Ik heb mijn juristen en het RIZIV gevraagd om de verschillende opmerkingen te bestuderen. Zodra ik over hun antwoorden beschik, zal ik een eventuele aanpassing van de huidige tekst bestuderen en voorstellen. Het spreekt voor zich dat het ingestelde systeem in de loop van de komende jaren geëvalueerd moet worden en dat aan de hand van de resultaten een verfijning van de criteria kan worden overwogen om iets van dat fonds te ontvangen, inclusief het minimum aantal dossiers, en van de uitbreiding tot andere soorten van samenwerking.

De ondersteuning van de praktijk, alleen of in groep, is nu reeds verzekerd door de betaling van het globaal medisch dossier dat recentelijk geherwaardeerd werd, hetgeen in de volgende jaren wordt voortgezet. Het is dus wachten op de analyse van onze juristen.

06.04 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, het is waar dat soloartsen niet volledig zijn uitgesloten, indien ze in dezelfde of een aanpalende wachtkring werken. Belangrijker is echter dat ze de computergegevens van hun patiëntenbestand moeten kunnen delen. Daarin ligt net de moeilijkheid bij soloartsen, ook wanneer in wachtdienst samenwerken. Zij kunnen elkaars dossiers niet consulteren. Vandaag de dag hoeven huisartsen elkaar geen patiënten meer af te snoepen. Hopelijk zullen de wachtdiensten in de toekomst dus kunnen werken met een groot patiëntenbestand, dat door elke arts kan worden geconsulteerd. Dat is nu nog een probleem. Ik hoop dat dit in de toekomst wordt opgelost.

Betreffende de adviezen van de Raad van State, heb ik de vraag pas op 6 mei ingediend, lang voor dit advies werd verwacht. Ik begrijp dus dat u zich eerst moet beraden over de eventuele aanpassingen eraan.

06.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, bedankt voor het antwoord, maar ik blijf een beetje op mijn honger zitten. Voor een goed begrip, ook voor onze fractie is er geen probleem met samenwerking tussen artsen. Het enige dat we moeten verhinderen is dat er een soort discriminatie van de soloartsen ontstaat. Ik neem akte van het feit dat uw juristen het advies van de Raad van State nog aan het onderzoeken zijn. Om het dossier toch nog enigszins te kunnen opvolgen zou ik u willen vragen binnen welke tijdslimiet u het advies van uw juristen verwacht. In het raam van onze controletaak als parlementsleden, zou ik graag weten of en wanneer ik u nog eens met een gelijkaardige vraag moet lastigvallen.

06.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik weet niet wanneer ik de analyse van de juristen zal hebben en wanneer ik ze aan u zal kunnen meedelen.

06.07 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Dit wordt ongetwijfeld vervolgd.

06.08 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik sta ter beschikking van de commissie.

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

07 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation d'aide soignant" (n° 5146)

07 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opleiding zorgkundige" (nr. 5146)

07.01 Katrin Jadin (MR): Monsieur le président, je vous remercie d'avoir été indulgent à mon égard quant à mon retard.

Madame la ministre, depuis 2006, les critères relatifs à la formation d'aide soignant ont été revus et réformés. Les arrêtés royaux du 12 janvier 2006 déterminent les modalités nécessaires pour la reconnaissance de la qualification d'aide soignant et les tâches pouvant être accomplies par ces derniers en fonction de leur diplôme ou de leur expérience acquise dans ce domaine au sein d'une institution accréditée.

Une reconnaissance "provisoire" de la qualification – j'ignore si c'est le terme utilisé dans l'arrêté royal – reste possible en vertu des dispositions transitoires applicables jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. L'intéressé doit, pour ce faire, avoir une occupation dans un établissement accrédité mais lesdits arrêtés ne prévoient rien quant à la durée de cette occupation, de sorte que celle-ci pourrait très bien être fixée à 24 heures, par exemple. C'est fort peu probablement mais c'est pour donner un ordre de grandeur de l'éventuelle lacune existante.

La reconnaissance provisoire de la qualification d'aide soignant sera alors valable jusqu'au 13 février 2011. L'intéressé devra avoir suivi une formation complémentaire de 120 heures dans un établissement accrédité.

Madame la ministre, je peux comprendre le besoin d'une clarification de ce statut. Pourtant, il me semble que ces dispositions mettent quelque peu en péril certaines institutions n'ayant pas bénéficié d'une accréditation et mettent également à mal certaines formations proposées au sein d'établissements scolaires secondaires. Ainsi, certains établissements scolaires proposaient – et proposent toujours pour certains – des formations de type 7^{ème} année spécialisée, menant à un diplôme secondaire qualifié pour accomplir des tâches similaires à celles attribuées jadis aux aides soignants.

Jusqu'à présent, ces jeunes diplômés pouvaient directement accomplir certaines tâches au sein des maisons de retraite, par exemple, sans devoir accomplir des formations complémentaires. Beaucoup de ces jeunes voyaient, dans ce système, une solution idéale pour accéder directement au marché du travail. Leur incompréhension fut donc grande lorsqu'ils ont appris l'obligation d'accomplir une formation complémentaire de 120 heures, ce, en dépit de la spécificité de leur formation.

Madame la ministre, ce que je vous dis, je ne l'invente pas. Ce sont en effet des jeunes étudiants de ma

région, qui suivaient cette formation, qui ont quelque peu protesté contre cela auprès du ministre compétent en la matière au sein de la Communauté germanophone. Celui-ci a souhaité renvoyer la balle au fédéral et j'ai tout simplement décidé de vous interroger sur la question.

Par ailleurs, il semblerait aussi que certaines personnes s'attellant déjà depuis de nombreuses années à des tâches d'aide soignant ne pourraient plus exercer celles-ci car leur institution n'a pas eu l'accréditation nécessaire.

Mon questionnement est donc le suivant. Madame la ministre, avez-vous connaissance des problématiques exposées, qui sont directement liées à la mise en application desdits arrêtés royaux? Si tel est le cas, quelles mesures pourriez-vous envisager de prendre pour pallier au mieux ces situations. Je vous remercie déjà pour les réponses que vous m'apporterez.

Le **président**: Madame la ministre, on vous remercie d'avance!

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je ne suis pas directement au courant de situations problématiques, mais je suis consciente que les dispositions peuvent induire des problèmes lors de l'exécution de cette réforme relative à l'exercice de la fonction d'aide soignant.

Comme vous l'avez rappelé, la réforme avait pour objet de clarifier une situation très hétérogène en évitant la multiplication de formations et de qualifications, tout en veillant à assurer une qualité de soins plus uniforme et afin que les personnes concernées puissent travailler en toute légalité.

Il est dans mon intention de veiller à ce que l'enregistrement des personnes concernées se déroule avec le maximum de souplesse, tout en visant à respecter l'objectif qualitatif; il s'agit de patients. À ce jour, 43.492 personnes sont d'ores et déjà enregistrées, dont seulement 1.357 en enregistrement provisoire; 5.932 demandes individuelles sont encore en cours de traitement.

En ce qui concerne les établissements d'enseignement, les formations qu'ils proposent sont accréditées si elles rencontrent les conditions requises, à savoir un contenu de formation en rapport avec les soins qui peuvent être accomplis.

Je demanderai à mon administration, en cas de problèmes, de me faire rapport afin que je puisse apporter des solutions, mais je n'ai pas été interpellée directement sur de quelconques difficultés.

07.03 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, il s'agissait en effet de deux situations différentes. Dans le cas de l'école, il est vrai que cette formation de 120 heures n'était pas insérée dans le programme d'étude. La solution envisagée ensuite par le ministre consistait à proposer une formation complémentaire. On peut comprendre la nécessité d'une formation claire et uniforme quant aux exigences de la profession.

J'aimerais cependant insister sur le cas de ceux et celles qui pratiqueraient des soins, même si l'on ne peut pas les qualifier d'aides soignants à ce titre, dans des institutions qui ne seraient pas accréditées. Ils prodiguent parfois ces soins depuis de nombreuses années. Quelles mesures sont-elles envisagées dans leur cas?

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je vais examiner ce problème. Je ne peux rien vous répondre pour l'instant.

07.05 Kattrin Jadin (MR): Pas de problème! Je vous écrirai peut-être une lettre afin de clarifier ma question.

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

08 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een elektronische scooter" (nr. 5181)

08 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'un scooter électronique" (n° 5181)

08.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, voor de terugbetaling van hulpmiddelen om zich

te kunnen verplaatsen is een aanvraag nodig. Personen met een beperkte mobiliteit die op een elektronische scooter recht hebben, kunnen daartoe pas een aanvraag indienen, nadat de hernieuwingstermijn van hun vorige hulpmiddel is verstreken. Dat is normaal. Op de formulieren moet de betrokkene aangeven over welk hulpmiddel het gaat: een rolwagentje, een manuele rolstoel of een elektronische rolstoel. Voor het gebruik ervan is er steeds een termijn.

Blijkbaar houdt het College van geneesheren-directeurs, zich baserend op de nomenclatuur, geen rekening met het feit dat de gezondheidstoestand van de patiënt in een termijn van drie of vijf jaar, kan wijzigen, waardoor de patiënt zich bijvoorbeeld niet langer met de manuele rolstoel kan verplaatsen, doordat een sterke achteruitgang in zijn gezondheidstoestand is opgetreden. Het is voldoende dat een patiënt minder kracht in de bovenste ledematen heeft om zich niet meer met een manuele rolstoel te kunnen verplaatsen.

De aanvraag voor een elektronische scooter is op de gewijzigde gezondheidstoestand gebaseerd. Voor de geneesheren-directeurs is dat niet voldoende. Het feit dat een patiënt binnen de lopende termijn opnieuw een aanvraag doet, is al genoeg om ze te weigeren, ook al voegt de patiënt de nodige documentatie bij die bewijst dat hij met het vorige hulpmiddel niet langer iets kan aanvangen.

Dat is natuurlijk een gevaarlijke toestand. Indien de aanvragen van dergelijke patiënten worden afgewezen, zijn de betrokkenen voor een aantal jaar volledig immobiel en gaan er dus op achteruit.

Ik kaartte tijdens de besprekingen van de beleidsnota de problematiek ook bij uw collega van Gehandicaptenbeleid aan.

Vindt u het aanvaardbaar dat mensen, doordat hun een hulpmiddel dat zij wegens hun verslechterende gezondheidstoestand nodig hebben, wordt geweigerd, hun mobiliteit totaal verliezen, enkel omdat de hernieuwingstermijn niet verstreken is?

Is het niet wenselijk dat bij een aanvraag voor de terugbetaling van een hulpmiddel bij de verplichte verzekering niet alleen wordt gekeken naar de termijn die eroverheen is gegaan, maar ook naar de impact van de verslechterende gezondheidstoestand van de patiënt, teneinde de patiënt in de hem nog resterende jaren toch nog enige mobiliteit te gunnen?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De reglementering voorziet voor alle mobiliteitshulpmiddelen, onder andere elektronische scooters, in de mogelijkheid van een voortijdige hernieuwing, dus een nieuwe tussenkomst van de ziekteverzekering vóór het verstrijken van de hernieuwingstermijn. Er kan een beroep worden gedaan op voortijdige hernieuwing indien zich onvoorziene en belangrijke functionele wijzigingen voordoen bij de gebruiker van het mobiliteitshulpmiddel op het vlak van de functies van het bewegingssysteem of de anatomische eigenschappen en het mobiliteitshulpmiddel dus onbruikbaar is geworden. De aanvragen tot voortijdige hernieuwing worden behandeld door de adviserend geneesheer.

08.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik weet dat wij geen individuele gevallen mogen aankaarten, maar het gaat over een zwaar gedocumenteerd dossier van een patiënte die op het moment waarop zij de gewone rolwagen aangevraagd had, nog wel over kracht in de beide armen beschikte, maar van wie kort daarna de kracht in de bovenste ledematen is weggevallen. Ondanks dat de feiten goed waren gedocumenteerd, is de aanvraag twee keer geweigerd. Hierdoor zegt het ziekenfonds nu dat het geen zin meer heeft om in beroep te gaan en dat de patiënte nog drie jaar moet wachten. De betrokken mevrouw kan zich helemaal niet meer verplaatsen. Ik vond dat zo schrijnend. Dat kan toch niet mogelijk zijn. Ik zal echter misschien met uw antwoord op de vraag zelf de nodige stappen zetten bij het ziekenfonds en de adviserend geneesheer. Ik vind het een schrijnende toestand dat men in onze maatschappij mensen totaal isoleert.

De **voorzitter**: Het is natuurlijk een beetje een probleem. Het gaat hier inderdaad om een casus, maar die illustreert een bepaald feit. Dat de minister de casus niet kent, is wellicht ook de reden waarom het antwoord wat algemeen is. Waarvan akte.

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

09 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de functie van coördinerend en raadgevend arts" (nr. 5257)**

09 **Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la**

Santé publique sur "la fonction du médecin conseil et coordinateur" (n° 5257)

09.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, in uw beleidsnota werd met betrekking tot de coördinerende en raadgevende arts gesteld dat de invoering van een coördinatiehonorarium een van de maatregelen is waarvoor er geld uitgetrokken is op de begroting van 2008.

Tijdens de bespreking heeft mijn collega Muylle erop gewezen dat er zeker ook een debat moet komen over de functie van de zogenaamde coördinerende en raadgevende arts, aangezien de taakverdeling met de huisartsen van rusthuisbewoners in de praktijk moeilijk ligt. De rusthuisbewoners hebben zelf een huisarts die hen behandelt. Daarnaast is er een zogenaamde overkoepelende, coördinerende arts. Die relaties liggen niet altijd gemakkelijk. Als er geen uitklaring komt, heeft het ook weinig zin om verder te werken aan dat honorarium. Wij weten namelijk niet waarvoor wij betalen. Het koninklijk besluit van 24 juni 1999 bepaalt dat de coördinerende en raadgevende arts een medische vormings- en bijscholingsfunctie heeft, maar er staan geen duidelijke of afdwingbare maatregelen in die de samenwerking met de huisartsen van de bewoners duidelijk vastleggen. Daar knelt het schoentje. Er is een soort algemene bepaling van de taken van zo'n arts, maar zijn bevoegdheden en de taakverdeling met de huisartsen die de patiënten behandelen, zijn niet duidelijk.

In mijn vraag in verband met de farmaceutische zorg in de rust- en verzorgingstehuizen hebt u in februari trouwens al aangehaald dat u de rol anders wil invullen en beter wil definiëren. U zou dat doen op basis van een verslag van het RIZIV. De commissie artsen-ziekenfondsen zou dit verder uitwerken. Zo werd mij toen geantwoord.

Mevrouw de minister, ik wil u opnieuw de volgende vragen stellen. Hoever staat de commissie artsen-ziekenfondsen, de Medicomut, in de oplossing van het probleem van het fameuze coördinatiehonorarium voor de coördinerende en raadgevende artsen? Welke specifieke taken ziet u weggelegd voor deze artsen? Welke aanvullingen ziet u bij de reeds bepaalde taken in het bestaande KB? Tegen wanneer hoopt u een nieuwe invulling te kunnen geven aan de functie? Op basis van welke criteria zal een coördinatiehonorarium gegeven worden? Aan welk bedrag denkt u? Hoe groot is het totale budget dat hiervoor ter beschikking is?

09.02 Minister Laurette Onkelinx: Ik kan u meedelen dat die problematiek zeer binnenkort op de agenda zal worden geplaatst van de volgende vergadering van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. Eerst moet worden opgemerkt dat het activiteitenverslag van de werkgroep die belast is met de problematiek van de coördinerende en raadgevende arts, dat zal worden voorgesteld in de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, interessante voorstellen bevat over de relaties met de geneesheren, de continuïteit van de medische verzorging, de opstelling van een liaisondossier, de aandoeningen die een bedreiging vormen voor de bewoners en de personeelsleden van de verblijfsinstellingen, de opleiding van het personeel inzake deze domeinen enzovoort.

De FOD Volksgezondheid is belast met de opstelling van een document met een grotere draagwijdte, waarvan de inhoud ook in het debat moet worden besproken. De timing is moeilijk te preciseren, omdat de discussie naast de belangrijke rol die wordt ingenomen door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen betreffende de wijziging van de nomenclatuur op het vlak van het specifieke honorarium, ook moet worden uitgebreid zoals bepaald in punt 19, 1 van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008 naar de overeenkomstencommissie voor de rustoorden voor bejaarden, rekening houdend met het deel financiering.

Het mag niet worden ontkend dat het nuttig is de hele problematiek op te nemen in de liaisondimensie met de normen die moeten worden vastgesteld voor die instellingen, wetende dat het overleg, zoals ook wordt benadrukt in de inhoud van dat punt van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2008, moet gebeuren met andere partners, rekening houdend met het feit dat de normen voor de rust- en verzorgingstehuizen tot de bevoegdheid behoren van de FOD Volksgezondheid, terwijl de normen betreffende de rustoorden voor bejaarden tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen en de Gewesten. Daarom is het noodzakelijk een debat op het niveau van de interministeriële conferentie Volksgezondheid te plaatsen.

09.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, niettemin, als ik goed heb geluisterd, is uw verhaal affirmatief in die zin dat er een werkgroep is die interessante voorstellen formuleert.

09.04 Minister Laurette Onkelinx: Ja.

09.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Ik veronderstel dat die voorstellen nu spoedig op de Medicomut voort zullen worden bekeken. Dat is een liaisonfunctie. Er zal daarna dus nog een overleg moeten gebeuren met de Gemeenschappen en de Gewesten, om de toepassing te doen op heel de sector van de rusthuizen, zowel ROB als RVT, dus zowel de rusthuizen voor bejaarden als de rust- en verzorgingstehuizen.

In dezen, als er vooruitgang geboekt wordt, dan is dat op zich al heel belangrijk. Daar neem ik alvast goed akte van. Lange tijd is dat namelijk blijven hangen, was de functie niet goed gedefinieerd en vroeg men zich soms af of het wel verantwoord was om op die manier de zaak in stand te houden. Als er evolutie in dat dossier is, dan ben ik uiteraard tevreden. Ik zal dat dan ook op de voet blijven volgen.

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

10 **Samengevoegde vragen van**

- **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 Vanovermeire" (nr. 5269)**
- **de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doctoraatstudie van de heer Jan Vanovermeire met betrekking tot druggebruik" (nr. 5571)**

10 **Questions jointes de**

- **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 Vanovermeire consacrée à la consommation de drogue" (n° 5269)**
- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude de doctorat consacrée par M. Jan Vanovermeire à la consommation de drogues" (n° 5571)**

De **voorzitter**: Ik heb daarover een en ander gelezen in de krant van vandaag of gisteren.

10.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik wil toch nog even terugkomen op de fameuze doctoraatstudie van Jan Vanovermeire, die als antropoloog zeer recent met een studie uitpakte over heel de problematiek van het druggebruik. De voorzitter heeft overschot van gelijk wanneer hij zegt dat hij daarmee heel wat media-aandacht heeft gekregen.

Ik zou u een aantal citaten kunnen geven, mevrouw de minister, die voor een stuk ons andermaal de ernst van de situatie in de drugproblematiek onder ogen brengen. Een citaat uit Knack van vorige week: "Als er zoveel druggebruikers zijn, is er iets mis met ons volk." Citaat uit De Morgen: "Druggebruik op afterparty's wordt zwaar onderschat." Uit Het Nieuwsblad: "Bijna helft verslaafden is zwaar depressief."

Wanneer ik u vanuit onze fractie die vraag stel, mevrouw de minister, dan borduur ik uiteraard voort op wat onze fractie altijd heeft gezegd, namelijk dat de huidige drugswetgeving veel te soepel is en dat er een verkeerde communicatie is van de beleidsvoerders naar de betrokkenen, die in feite zieke mensen zijn.

Ik haal u een tweetal citaten uit de doctoraatstudie aan. Bij mij hebben die een pertinente indruk nagelaten. Ik citeer letterlijk, mevrouw de minister: "We leven in de illusie dat druggebruik onder controle is en dat de razzia's effect hebben gehad." Een tweede citaat: "Verkeerde communicatie over de wet en verwarring over het gedoogbeleid tegenover cannabis hebben een vergaande normvervaging in de hand gewerkt. Veel gebruikers weten niet dat ook voor XTC een gebruikershoeveelheid bestaat, dat dezelfde regels gelden als voor cannabis. Ik heb heel wat jonge mensen van 14 à 15 jaar gezien met een zwaar, gecombineerd drugprobleem. Zij denken dat XTC niet langer illegaal is."

Ik heb een drietal zeer concrete vragen, mevrouw de minister. Bent u op de hoogte van de resultaten van die doctoraatsstudie?

Een tweede vraag is van politieke aard. Wat is uw politieke reactie, als bevoegd minister, op wat in de doctoraatsstudie vermeld staat?

Derde en slotvraag, hebt u uw administratie de opdracht gegeven om na te gaan waar we de fameuze drugwet van 2003 moeten bijsturen of herzien?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb ook kennisgenomen van de berichtgeving over het doctoraatsonderzoek van doctor Vanovermeire. Ik heb echter nog geen kennis kunnen nemen van de

volledige thesis. Mijn diensten hebben contact genomen met de promotor en de onderzoeker. Het volledige onderzoeksrapport zal ons nog bezorgd worden. De promotor heeft ons in elk geval bevestigd dat het onderzoek beschrijvend van aard is en dus geen rechtstreekse beleidsaanbevelingen formuleert. Het onderzoek geeft dus waardevolle informatie waarover evenwel verdere reflectie en onderzoek nodig zijn met het oog op het uitwerken van een beleid.

Ik wil ter zake reeds drie elementen aanhalen. Ten eerste moet een drugsbeleid zich richten op alle psychoactieve stoffen met een verslavend karakter. Het gecombineerde gebruik van legale en illegale middelen, dat de studie vaststelt, bevestigt de nood aan een globale aanpak.

Ten tweede is het essentieel dat het gebruik van psychoactieve stoffen prioritair als een gezondheidsprobleem wordt gezien en de gebruiker niet gestigmatiseerd wordt. Het gebruik van psychoactieve stoffen wordt immers niet alleen bepaald door de persoon, maar eveneens door het middel en het milieu waarin de gebruiker vertoeft. Ik begrijp dat de onderzoeker dat punt ook onderstreept, vermits hij stelt dat het beleid zich dient te richten op de normale mens. Het beleid mag de gebruiker dus niet benaderen als een marginaal.

Een derde belangrijke taak voor de overheid is het verstrekken van objectieve en niet-veroordelende informatie op maat van de doelgroep. Indien nodig moet doorverwijzing naar de hulpverlening georganiseerd worden. Bij de informatieverstrekking moet dus correct gewezen worden op de gezondheidsrisico's van het gebruik van psychoactieve stoffen. Men mag dat gebruik dus inderdaad in geen geval banaliseren. Anderzijds toont de realiteit dat afschrikwekkende en veroordelende boodschappen hun doel voorbijschieten. Een goed evenwicht in de communicatie is dus essentieel. Samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen ter zake is heel belangrijk. Ik herinner eraan dat de cel Gezondheidsbeleid Drugs, waarin de ministers die de volksgezondheid onder hun bevoegdheden hebben, zitting hebben, die moeilijke taak sinds 2002 behartigt.

Het is ook duidelijk dat een coherent juridisch kader voor het bezit en het gebruik van verdovende middelen essentieel is. Voor het bezit en het gebruik van cannabis door minderjarigen is de wetgeving in elk geval duidelijk: dat is verboden en wordt vervolgd.

Een onderzoek in welke mate een herziening van de wet van 2003 noodzakelijk is, is een bevoegdheid van de minister van Justitie.

Samengevat, de problematiek van het gebruik van legale en illegale drugs vraagt een globale en geïntegreerde aanpak. In het federale regeerakkoord hebben wij ons ertoe geëngageerd om het geïntegreerde drugsbeleid te versterken.

Heel concreet zal dat kunnen gebeuren in de algemene cel Drugs, waarin alle bevoegde overheden inzake drugsbeleid, zowel op federaal als op gemeenschapsniveau en gewestelijk niveau, vertegenwoordigd zijn.

Als minister van Volksgezondheid ben ik bevoegd voor het aansturen van voornoemde, algemene cel. Gelet op het belang van de thematiek zal ik voormelde verantwoordelijkheid ook ten volle nemen.

Ik nam inderdaad reeds enkele weken geleden een initiatief om een voorbereidende vergadering met de beleidscellen van de regeringsleiders te organiseren. Bedoelde vergadering vond op 16 mei 2008 plaats. In de komende weken en maanden zullen verdere stappen worden gezet om de algemene cel op te richten en te operationaliseren.

Een stand van zaken en een analyse van het beleid inzake legale drugs, zoals tabak en alcohol, en illegale drugs kan op voornoemde manier en in samenwerking met alle, relevante actoren op een grondige en globale manier gebeuren.

10.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord.

Ik ben tevreden, omdat uw antwoord ten minste een toonverschil inhoudt met hetgeen wij destijds van een van uw voorgangers op het departement Volksgezondheid hoorden. Ik maak allusie op mevrouw Aelvoet, een van uw illustere voorgangers, die volgens mijn fractie gedeeltelijk mee verantwoordelijk is voor de problemen waarmee wij worden geconfronteerd.

Iedereen is het erover eens dat men jonge mensen met een drugsprobleem niet in een hoekje mag duwen en van hen criminelen maken. Iedereen zou het nu echter stilaan - en ik merk aan uw antwoord dat daarover een consensus groeit - ermee eens moeten zijn dat we het drugsprobleem en het ziek zijn niet mogen afdoen als geen ernstig probleem.

Ik behoor tot degenen die blijven zeggen dat men in het verleden het gebruik van onder andere cannabis veel te veel als vrij onschuldig en niet zo ernstig heeft afgedaan. Ik ben tevreden dat u nu zegt dat de informatieverstrekking correct moet zijn en wij moeten durven te zeggen dat er wel degelijk ernstige gezondheidsproblemen mee gemoeid zijn.

Het gaat op dat vlak toch een iets betere richting uit dan in het verleden onder een van uw groene voorgangers.

Ik neem met tevredenheid akte dat eindelijk werk wordt gemaakt van het opstarten van de algemene cel Drugs, die ons de mogelijkheid moet bieden het beleid inzake drugs, dat een zeer ernstig probleem waarmee veel jonge mensen jammer genoeg worden geconfronteerd, te coördineren, zodat het op een ernstige manier zal worden aangepakt.

Wij moeten het dossier regelmatig opvolgen. U maakt mij attent op het feit dat ik best eens de minister van Justitie zou interpellieren of hij al of niet overweegt de drugswet van 2003 te herzien. Ik zal uw suggestie ter harte nemen en uw collega daarmee lastigvallen.

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

11 **Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la législation sur les médicaments" (n° 5349)**

11 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelenwetgeving" (nr. 5349)**

11.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, ma question s'articule autour de la législation sur les médicaments. Notre pays est doté d'un réseau étendu d'officines, ce qui garantit une grande accessibilité, au plus grand bénéfice des patients. Je me permets d'ailleurs de souligner le rôle professionnel du pharmacien, qui est primordial en termes de santé publique.

Selon la presse spécialisée, une association de pharmaciens aurait déposé plainte contre une chaîne de magasins classée dans le secteur des drogueries, parapharmacies, santé et bien-être, pour infraction à la législation sur les médicaments. Il semblerait que l'on trouve en vente libre des gouttes d'Otalgan, qui contiennent de la lidocaïne. De plus, en Belgique, toutes les gouttes otologiques qui contiennent un actif pharmacologique se vendent sous prescription.

Ce n'est malheureusement pas la première fois que de telles pratiques sont constatées. Nous pouvons ainsi nous interroger sur les risques que ferait courir à la population ce type de produit ou tout autre produit proposé en vente libre, échappant ainsi à tout contrôle.

Madame la ministre, quel est votre avis sur cette situation? Quelles mesures concrètes et/ou sanctions envisagez-vous de prendre? Comment de tels produits peuvent-ils être vendus librement dans notre pays?

11.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, à l'occasion de votre question, vous avez souligné le rôle professionnel des pharmaciens.

Je souhaite d'ores et déjà dire que je suis parfaitement d'accord sur ce point avec vous. J'ai d'ailleurs déjà été interpellée à plusieurs reprises à ce sujet, et j'ai toujours dit qu'il n'était nullement dans mes intentions de permettre que les médicaments soient vendus en dehors des pharmacies, notamment dans les grands magasins. En termes de gestion de santé publique, de gestion responsable de la santé, cela poserait de gros problèmes. Le pharmacien a un rôle de conseiller spécialisé qu'on ne peut lui retirer.

Cela étant dit, je reviens à vos questions.

Selon les dispositions de l'article 4 de l'arrêté de 1978 relatif à l'exercice des professions de soins de santé,

nul ne peut exercer l'art pharmaceutique s'il n'est porteur du diplôme légal de pharmacien. Vous savez que l'exercice illégal de l'art pharmaceutique constitue l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas les conditions ainsi requises de tout acte ayant pour objet la préparation, l'offre en vente, la vente en détail, la délivrance, même à titre gratuit de médicaments.

La délivrance des médicaments ne peut avoir lieu que dans une officine. Et les officines ouvertes au public sont soumises à autorisation sur base du même arrêté.

La définition d'un médicament est, quant à elle, précisée à l'article 1^{er} de la loi sur les médicaments du 25 mars 1964. Il s'agit de toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou de toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou pouvant lui être administrée en vue, soit de restaurer, de corriger ou de modifier les fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique, soit d'élargir un diagnostic médical.

Enfin, il est exact que, selon les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du Régent de 1946, portant réglementation de la conservation et du débit des substances vénéneuses et toxiques, la délivrance des médicaments à usage otique contenant des anesthésiques locaux comme, par exemple, la lidocaïne, est soumise à une prescription médicale.

Sur base de ces différents éléments, une enquête a donc été entamée par les services d'Inspection de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, plus spécialement par l'USE (Unité spéciale d'enquête), à propos de la plainte que vous avez évoquée contre une chaîne de magasins.

Comme je viens de le rappeler, les préparations qui tombent sous l'application des dispositions de la loi sur les médicaments ne peuvent pas être délivrées en dehors des officines autorisées.

Par conséquent, en fonction des conclusions de l'enquête, nous verrons comment agir dans le respect des lois, des intérêts de la santé publique et des pharmaciens dans leur rôle de conseiller.

11.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je vous rejoins puisque dans votre note de politique générale, vous aviez déjà insisté sur l'implication du pharmacien, et surtout sur son rôle d'expert en médicaments. En l'occurrence, il s'agit d'une vente libre de produits et, malheureusement, je pense que vous n'avez aucun pouvoir de sanction. Une fois connus les résultats de l'enquête, nous aurons sans doute des possibilités de sanctions à l'égard de ce type de pratique. Si j'ai bien compris, tant que les résultats ne seront pas disponibles, votre département n'a aucune possibilité de sanctions? Nous devons attendre.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: Si un fait délictueux est constaté, des sanctions seront prises, bien entendu. Il y a une procédure à suivre par les enquêteurs.

11.05 Josée Lejeune (MR): Il suffit de se rendre dans ce magasin. Mais ceci n'est pas de ma compétence. Je ne suis pas enquêtrice.

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

12 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "la détention par les particuliers d'oiseaux de proie" (n° 5375)

12 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van KMO, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "het houden van roofvogels door particulieren" (nr. 5375)

12.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Pour vous tenir éveillés, je vais vous parler de Harry Potter!

12.02 Josée Lejeune (MR): Vous aurez peut-être plus de chance que moi!

12.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Mon premier problème, c'est que j'avais adressé ma question à Mme Laruelle alors qu'apparemment, c'est vous qui êtes compétente pour la détention d'oiseaux de proie.

Au mois de janvier dernier, un communiqué du SPF et de la DG 4 en l'occurrence faisait état de la saisie de trois chouettes effraies chez un particulier peu scrupuleux. Les animaux étaient négligés, une quatrième chouette a même été retrouvée morte.

Le service d'inspection du bien-être animal a placé les chouettes dans un refuge et a dressé procès-verbal. Ce qui est inquiétant, c'est cette précision apportée par le communiqué du SPF selon laquelle la popularité des chouettes a brusquement augmenté en raison de l'engouement pour l'univers fantastique de Harry Potter et que tout le monde veut avoir une chouette à la maison, une chouette effraie ou un autre de ces charmants rapaces nocturnes.

Le nombre de certificats pour détention de ces animaux a été multiplié par sept au cours de ces dernières années mais le problème, c'est que les propriétaires n'ont pas toujours les connaissances voulues pour l'entretien de ces oiseaux et qu'on soupçonne fortement que ces oiseaux ne proviennent pas d'élevages mais qu'ils sont prélevés dans la nature. Les associations de protection de la nature et de défense du bien-être animal s'inquiètent et viennent placer des cadenas sur les nichoirs pour empêcher la capture de jeunes chouettes effraies.

Madame la ministre, quel est l'état de la législation en la matière? Normalement, on ne peut pas détenir de tels oiseaux, bien que ce soit possible en demandant une dérogation ou un certificat de détention. Combien de ces certificats ont-ils été délivrés? Combien de saisies vos services ont-ils dû opérer? Quelles mesures votre administration prend-elle pour endiguer cet engouement faisant courir un certain danger à la vie sauvage?

12.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les oiseaux de proie qui sont naturellement présents sur le territoire de l'Union européenne, sont évidemment protégés par la directive Oiseaux, qui est appliquée à travers les différentes législations régionales. Ces législations, en général, interdisent la capture des oiseaux dans la nature. Toutes les espèces d'oiseaux de proie sont également inscrites aux annexes du règlement 338/97 du Conseil, relatives à la protection des espèces de faune et de flore sauvage, par le contrôle de leur commerce qu'applique la CITES à la Communauté européenne.

Les espèces d'oiseaux de proie qui sont naturellement présentes sur le territoire de l'Union figurent à l'annexe A du règlement, ce qui signifie qu'elles sont soumises à une interdiction d'exploitation commerciale.

Cependant, l'obtention d'un certificat permettant de contourner l'interdiction est possible, auprès de l'autorité compétente de l'État membre dans lequel le spécimen se trouve. Celui-ci est délivré au cas par cas et ne peut être obtenu que si d'une part, le spécimen est pourvu d'une marque d'identification individuelle (en principe il s'agit d'une bague fermée) et si, d'autre part, le régime légal de ses parents est avéré. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'un certificat de détention, mais d'un certificat dérogeant à l'interdiction d'activité commerciale générale, pour les espèces figurant à l'annexe A. Ce certificat est individuel, il doit être impérativement transmis à l'acheteur lors de la vente du spécimen. La délivrance de ce certificat ne met pas en péril la survie de l'espèce, mais garantit l'origine légale du spécimen auquel il est destiné.

Pour contrer le commerce illégal d'oiseaux de proie dans notre pays, le service Bien-être animal et CITES compte renforcer dans un proche avenir, les contrôles auprès des éleveurs d'oiseaux de proie, contrôles au cours desquels des échantillons d'ADN seront prélevés, ceci afin de vérifier avec certitude les liens de parenté, entre jeunes et parents supposés.

Au cours des années 2005-2007 le Service Bien-être animal et CITES a délivré annuellement quelque 1.500 certificats, pour des spécimens élevés en captivité, notamment une cinquantaine d'espèces de rapaces.

Et le service d'inspection du service Bien-être animal et CITES a saisi, depuis le début de l'année 2008, quatre chouettes effraies, une chouette hulotte, un grand duc, un faucon et deux buses pour des raisons liées au bien-être des animaux.

12.05 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie de vos précisions sur les références légales. À vous entendre, il me semble que la législation est conçue pour qu'une telle

détention soit relativement exceptionnelle. Je me demande d'ailleurs à partir de quels critères on accorde ces certificats de détention. Je ne pense pas qu'il suffise d'être un fan de Harry Potter pour en obtenir un. Ne conviendrait-il pas de fixer les limites de ces dérogations par une circulaire supplémentaire?

12.06 Laurette Onkelinx, ministre: Les normes européennes comportent de telles limitations.

12.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Si l'on délivre beaucoup de dérogations, c'est la porte ouverte à des abus, que vos services ne pourront pas maîtriser malgré toute leur bonne volonté et leur efficacité. De plus, ce serait porter atteinte à la faune sauvage, à l'évidence.

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

13 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des moyens de contraception" (n° 5415)

13 Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van anticonceptiemiddelen" (nr. 5415)

13.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, depuis 2004, les jeunes femmes de moins de 21 ans disposent d'un droit de remboursement des moyens de contraception.

Il s'agissait d'une mesure expérimentale mise en œuvre par un arrêté royal qui fixait les conditions dans lesquelles le comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'un financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes. C'est en application de l'article 56 de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire des soins de santé du 14 juillet 1994.

Le but en était de lutter contre les grossesses non désirées chez les jeunes grâce à un meilleur accès aux moyens contraceptifs et d'améliorer la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Outre une intervention dans le coût d'achat des moyens contraceptifs, l'arrêté royal prévoyait aussi des campagnes d'information. Depuis le 6 mai 2008, le site internet du SPF Sécurité sociale annonce que la mesure sera prolongée jusqu'au 30 juin. Après quoi, elle devrait subsister sous une autre forme.

Comme nous sommes à un mois du délai, madame la ministre, pouvez-vous nous dire si ces mesures de remboursement et ces campagnes d'information ont donné lieu à des évaluations?

Dans l'affirmative, quelles étaient les conclusions de ces évaluations quant à l'efficacité de ces mesures?

La prolongation jusqu'au 30 juin implique-t-elle la prolongation des campagnes ou ne concerne-t-elle que les remboursements?

Sous quelles formes ce financement devrait-il se poursuivre après le 30 juin?

Enfin, il avait été également question d'étendre cette mesure aux tranches d'âge supérieures. Qu'en sera-t-il?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Schyns, en mai 2007, l'Agence intermutualiste a publié un rapport d'évaluation intermédiaire, portant sur les années 2004 et 2005, du remboursement expérimental des moyens de contraception pour les jeunes. Ce rapport intermédiaire évalue la mesure sur la base des données de la première année et décrit les campagnes de communication réalisées de 2004 à 2006. On observe que si 144.838 jeunes filles (26%) ont bénéficié de la mesure "contraception jeunes" en Belgique, la mesure semble avoir autant de succès chez les jeunes femmes socialement défavorisées bénéficiaires de l'intervention que chez les bénéficiaires ordinaires.

Je tiens simplement à rappeler que les jeunes femmes socialement défavorisées ont, d'après plusieurs enquêtes, une activité sexuelle plus précoce et constituent donc un groupe dont les particularités sont à prendre en considération.

Malgré le remboursement octroyé par la mesure, il reste en moyenne 39% du coût des contraceptifs à charge des jeunes filles. Les pilules oestroprogestatives représentent 96% des contraceptifs remboursés et parmi celles-ci 87% de pilules de troisième génération, plus coûteuses que celles de deuxième génération

qui sont tout aussi efficaces et présentent moins de risques vasculaires. Avec une consommation médiane de trois boîtes par an (neuf mois de contraception), la majorité des jeunes filles n'était pas sous contraception toute l'année.

La comparaison entre les données de la première année de la mesure et celle de la période précédente semble indiquer une augmentation de 10% de la consommation. La période étudiée étant restreinte, ceci est à confirmer lors du rapport final qui étudiera l'impact de la mesure sur une plus longue période.

Je veux aussi souligner que les nombreux rapports et articles consultés insistent sur l'importance de développer des initiatives conjointes, notamment dans le secteur de l'éducation. Une mesure d'amélioration de l'accès financier aura plus d'impact lorsqu'elle est accompagnée d'autres actions d'éducation des enfants et des adolescents.

L'Agence intermutualiste constate ainsi l'incidence positive de la mesure et recommande de l'instaurer en une mesure récurrente. Aujourd'hui, dans l'attente du rapport final de l'agence précitée et de son évaluation par le Comité de l'assurance, un projet d'arrêté royal est engagé dans la procédure de publication en vue de prolonger le financement expérimental des contraceptifs pour les jeunes une dernière fois pour le second semestre 2008.

Cela donnera un délai suffisant pour mener à bien l'évaluation finale de l'expérience et permettra la continuité de cette forme d'intervention en attendant une éventuelle réglementation définitive de ce remboursement.

Sur les modalités d'un éventuel remboursement structurel des contraceptifs oraux pour les jeunes filles, en l'absence de rapport final de l'AIM et de l'évaluation du Comité de l'assurance, je ne sais pas vous répondre aujourd'hui mais on le fera ultérieurement.

13.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la ministre, je vous remercie.

Je suis heureuse d'apprendre qu'un arrêté royal accordera un délai jusqu'au mois de décembre. Nous serons attentifs à ce que donnera le rapport final et aux mesures qui suivront.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 5423 de M. Flahaut est reportée.

14 Question de M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système de soins de santé belge" (n° 5452)

14 Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Belgische stelsel van de gezondheidszorg" (nr. 5452)

14.01 Georges Dallemagne (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, je vous interroge aujourd'hui sur les résultats d'un rapport qui est sorti récemment de l'Institut Itinera, rapport assez volumineux intitulé "Quel est l'état de santé du système de santé en Belgique?". Les résultats de ce rapport sont assez intéressants.

D'après les chercheurs qui ont rédigé ce rapport, le pays se prépare mal aux défis qu'il faudra relever à l'avenir en matière de système de santé. Les besoins en santé sont en pleine explosion: nouveaux médicaments, nouvelles technologies, nouveaux traitements, moins de standardisation, plus de traitements personnalisés, notamment les traitements moléculaires et génétiques. Il y a aussi toute la question du vieillissement, qui nécessitera de se préoccuper tant du fait de soigner les gens, ce que les Anglais appellent le "care", que de les guérir, ce que les Anglais appellent le "cure".

Des éléments fondent actuellement le bon niveau de qualité et d'accessibilité de soins de santé en Belgique, qui a souvent été considérée comme un modèle à l'étranger. Ces éléments sont le niveau élevé de qualification de nos professionnels de la santé, la décentralisation de ce système, une part importante de financement public et une liberté d'exercice pour les prestataires.

Ces fondements, d'après cette étude, seraient mis en péril par différents constats, notamment une

croissance constante de la part des dépenses imputées au patient, très nette dans les quinze dernières années. On en est aujourd'hui à près d'un tiers du coût total des soins de santé qui est financé par les patients eux-mêmes, contrairement à d'autres pays européens qui ont réussi à inverser la tendance, comme l'Italie, le Royaume-Uni ou la France. L'étude pointe encore une insuffisance d'objectifs qualitatifs en matière de soins de santé, un manque d'information au patient, les effets du numerus clausus et le fait que la gestion des soins de santé est aujourd'hui prioritairement budgétaire. L'ensemble de ces évolutions constitue une menace pour les fondements du système de soins de santé belge.

Madame la ministre, j'aurais aimé connaître votre position à propos de ces constats. Quelles sont les réformes envisagées pour essayer de conserver un bon niveau de qualité et d'accessibilité des soins en Belgique?

14.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, cher collègue, je voudrais tout d'abord dire quelques mots au sujet de l'Ininera Institute.

Je me pose énormément de questions au sujet de cet institut indépendant. Mais vous savez que l'indépendance ne veut pas dire grand-chose. Quand on considère les résultats de leurs analyses, on constate qu'ils ont une vision extrêmement libérale en matière de santé publique, d'emploi, etc. Quand je dis "libérale", c'est dans le mauvais sens du terme.

J'ai entendu dire que beaucoup de problèmes internes se posaient pour le moment dans cet institut en raison de l'orientation générale de leurs travaux.

Je signale d'ailleurs que le "steering committee" de cette institution n'était pas au courant des conclusions proposées par l'institut et que des membres du conseil d'administration commencent à s'interroger quant à l'orientation de cette institution. Toutefois, il ne m'appartient pas de prendre position en la matière. Mais avant de répondre à votre question, il faut tout d'abord que vous sachiez que l'on ne peut considérer cet institut comme étant neutre, indépendant, scientifiquement incontestable, etc.

Cela dit, le rapport est basé sur des chiffres officiels de notre administration. Il ne s'agit donc aucunement de chiffres de l'institut. Ce sont les conclusions qui posent évidemment un certain nombre de problèmes.

Ainsi, les chiffres doivent être nuancés. Les indicateurs de qualité ne sont pas très nombreux et impliquent, pour la plupart, des données provenant des chiffres de mortalité (taux de survie du cancer, taux de mortalité infantile, etc.). Je passe sur le fait que ces indicateurs de mortalité ne sont pas des plus judicieux pour évaluer la qualité des soins de santé.

Comme vous l'avez souligné, il conviendra de revoir la situation quand nous disposerons, sans doute très prochainement, des données mises à jour. Ce problème du retard des données est en effet en passe d'être résolu, comme je l'ai déjà dit lors d'une réponse à l'un de vos collègues, grâce à la réforme du registre du cancer et à l'accélération du recueil de données en Communauté française.

Par ailleurs, un indicateur plus critique est représenté par les infections nosocomiales. Il s'agit d'un aspect qui fait l'objet d'une politique spécifique et d'un recueil systématique de données performant depuis quelques années grâce à la "Plate-forme antibiotiques".

Dans ce cas, nous sommes sans doute pénalisés par la complétude de nos banques de données dans les comparaisons internationales. Quoiqu'il en soit, la politique que nous menons à ce sujet dans les hôpitaux et le grand public est performante. Mais il faut évidemment poursuivre les efforts, en particulier dans le cadre des maisons de repos et de soins.

En ce qui concerne les chiffres cités sur la part des dépenses privées évaluée à 27%, j'aimerais souligner que les dépenses totales comptabilisées ne sont pas nécessairement des dépenses qu'un système de santé comme le nôtre doit rembourser. Sont par exemple comptées dans ces chiffres, les dépenses cosmétiques en officine privée. Il serait peut-être judicieux de rapporter la part privée aux dépenses justifiées, c'est-à-dire acceptées dans le cadre de l'assurance soins de santé, comme nous le montrera peut-être le rapport. Ces questions de méthodologie et l'absence de justification du choix des données – pourquoi n'avoir pris que des indicateurs dans lesquels la Belgique sous-performe? – m'incitent à relativiser la portée de ce rapport.

Enfin, la tendance générale et les conclusions de ce rapport me semblent fondées sur une approche très

elliptique de certains problèmes. Sur le plan des besoins de financement du système notamment, les auteurs du rapport prennent finalement très peu en considération les éléments objectifs qui permettent de penser qu'une norme de croissance élevée n'est pas seulement un objectif politique mais avant tout une réponse à des besoins sans cesse croissants en matière d'accès et d'offre de soins. Je ne nie pas l'importance de l'apport de contributions, comme celle de l'institut, dans le débat, mais je suis convaincue de la nécessité de disposer à court terme d'un système objectif et public d'indicateurs mesurant la qualité de notre système, ce à quoi je m'emploie pour l'instant avec mes services.

14.03 Georges Dallemagne (cdH): J'entends bien vos appréciations sur cet institut que je découvre, vu qu'il est plutôt récent. Certaines des données de ce rapport, au-delà des conclusions et des propositions, proviennent de votre département ou sont des données de l'OCDE, notamment la part consacrée par chaque Belge à ses dépenses de santé. On peut s'interroger sur la manière dont l'OCDE intègre certaines dépenses et n'en intègre pas d'autres mais cela permet de voir les évolutions et la situation des pays voisins.

Cela mérite qu'on s'inquiète d'une telle évolution, même si on peut se demander quels produits, quels actes techniques, quels services de santé sont intégrés dans ces calculs. Personne ne contredira que cette tendance existe: malgré la norme de croissance de 4,5%, les Belges consacrent de plus en plus d'argent à leurs soins de santé, alors même que la qualité des soins en Belgique n'est peut-être pas aussi élevée qu'on voudrait le croire. Il faudrait se livrer à un examen des prestations en comparant domaine par domaine.

La question fondamentale est la suivante: pourra-t-on préserver notre modèle de soins de santé sans une réforme globale de l'approche du système de santé? C'est une bonne question et il faut lui apporter d'autres réponses que la préservation de la norme de croissance. Le pilotage budgétaire des soins de santé ne résout pas seul les problèmes d'accès, de financement, de qualité des soins de santé. C'est le constat posé.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: On se pose sans cesse cette question avec l'ensemble des acteurs concernés.

Vous savez qu'il s'agit d'un système de concertation où l'on essaie d'aboutir à un consensus sur la qualité des soins de santé, l'accès aux soins et sur la viabilité financière. Ces sujets nous tiennent à cœur. Nous n'attendons pas qu'un donneur de leçons orienté nous interpelle!

Par ailleurs, l'INAMI a évoqué la volonté – je les soutiens – de travailler sur des systèmes d'évaluation de la qualité de notre système de soins de santé. Je préfère que ce soit fait de cette manière. Il faut toujours se remettre en question mais je préfère que ce soit fait ainsi.

14.05 Georges Dallemagne (cdH): Quelle est la proposition de l'INAMI?

14.06 Laurette Onkelinx, ministre: On en a déjà parlé ici mais je vous transmettrai les informations. Rappelez-le moi.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: Monsieur Dallemagne, je vous demande un peu de patience car votre question n° 5618 est jointe à la question n° 5463 de Mme Lejeune qui reviendra plus tard.

14.07 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je dois partir à 16.45 heures car je dois être à La Louvière pour 17.30 heures.

14.08 Georges Dallemagne (cdH): Savez-vous quand Mme Lejeune revient car je dois partir aussi.

Le **président**: Aussi vite que possible.

15 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opportunité de prévoir un moratoire relatif à la commercialisation et aux essais d'OGM" (n° 5468)

15 Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wenselijkheid van een moratorium op de verkoop van en de

proeven met ggo's" (nr. 5468)

15.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la ministre, une plante de colza comportant la substance CT73 a été identifiée dans le Hainaut occidental. La presse a dernièrement beaucoup parlé des OGM. Cette substance particulière n'a pas fait l'objet d'expérimentations dans les années 1990. Sa présence pourrait donc provenir d'une perte liée au transport de graines contenant des substances OGM.

Le ministre wallon de l'Agriculture et de l'Environnement, Benoît Lutgen, a réagi vivement à cette nouvelle. Il souhaite qu'un moratoire relatif à la commercialisation et aux essais d'OGM soit fixé aussi longtemps qu'on ne dispose pas de toutes les certitudes pour éviter tout risque de dissémination.

Dans ma question, qui a été déposée il y a une semaine et demie, je vous demandais votre avis et vos intentions à ce propos. Depuis lors, une décision importante concernant les peupliers transgéniques devait aussi être prise.

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cette décision est tombée hier.

Nous étudions le cas auquel vous faites référence avec la plus grande attention, afin de comprendre l'origine de cette plante de colza génétiquement modifiée GT73, et non CT, et de vérifier si sa présence est compatible avec les obligations réglementaires. Pour ce faire, nous avons adressé une demande de renseignements complémentaires à l'administration wallonne.

En ce qui concerne le statut de ce colza de la firme Monsanto, il est autorisé pour l'import, la transformation et l'alimentation animale, mais pas la culture, au sein de l'Union européenne. La présence accidentelle de cet OGM dans l'environnement ne présente pas de risque pour la santé humaine et animale, ni pour l'environnement.

Néanmoins, il convient de comprendre la ou les causes de sa présence afin d'éviter une répétition de ce phénomène. Mon administration étudie donc actuellement les différentes possibilités pouvant expliquer la présence de cette plante.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur le fait que le "Printemps de l'environnement", mis sur pied par mon collègue Magnette, aborde justement cette thématique des OGM et des risques de dissémination dans l'un de ses ateliers consacré à la biodiversité. Concernant le bien-fondé ou non d'un moratoire relatif à la commercialisation et aux essais d'OGM, je suis d'avis qu'il vaut mieux attendre les conclusions de cet atelier avant de prendre une décision.

15.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Merci beaucoup, madame la ministre. Nous attendrons ces conclusions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de M. David Lavaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 'statut social' des logopèdes au sein de l'INAMI" (n° 5478)

16 Vraag van de heer David Lavaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het 'sociaal statuut' van de logopedisten bij het RIZIV" (nr. 5478)

16.01 David Lavaux (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, vous n'êtes pas sans savoir que les médecins, pharmaciens, dentistes et kinésithérapeutes bénéficient au sein de l'INAMI d'un mécanisme de protection sociale appelé "statut social".

Celui-ci est la contrepartie offerte par l'INAMI à ceux de ces professionnels qui acceptent de se conventionner, garantissant par là un tarif des honoraires convenu par cette convention; cela protège le patient de mauvaises surprises: un de ces prestataires de soins conventionné ne pourra pas dépasser le montant arrêté par la convention.

Ce "statut social" est une somme ristournée par l'INAMI au prestataire de soins conventionné et qu'il doit convertir soit en assurance pension ou en assurance risques professionnels. Cela lui offre une sécurité existentielle certaine.

Depuis le transfert de la logopédie du Fonds national de reclassement social des handicapés vers l'INAMI par la volonté de votre prédécesseur M. Philippe Busquin, la problématique du "statut social" relative aux logopèdes n'a jamais été finalisée. Pire, ce transfert a vu une diminution de l'intervention des pouvoirs publics dans le remboursement des soins dispensés par logopèdes.

Ce faisant, les logopèdes sont généralement conventionnés et, par là, se sont engagés à respecter les tarifs négociés en convention logomut et ce, sans aucune contrepartie; tant et si bien que l'INAMI a tous ses apaisements en matière de respect des tarifs et les patients en matière de remboursements. Il s'agit là d'un déséquilibre flagrant des avantages, car une des parties – les logopèdes – n'obtient rien en retour au contraire de l'avantage que reçoivent les médecins, pharmaciens, dentistes et kinésithérapeutes.

Vous comprendrez que, depuis 1991, ces professionnels de la logopédie ont vieilli eux aussi et qu'ils appréhendent avec de plus en plus d'anxiété leur avenir, tant du point de vue de leur santé propre que des ressources résiduelles qu'ils auront lors de la cessation naturelle de leurs activités professionnelles.

Mme la ministre peut-elle m'apporter une réponse sur les projets éventuels pour régler définitivement le problème du "statut social" des logopèdes au sein de l'INAMI et m'indiquer si elle envisage d'accorder également aux logopèdes les avantages octroyés aux autres professionnels, comme les médecins, les pharmaciens, les dentistes et les kinésithérapeutes?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Lavaux, il est vrai qu'un système d'avantages sociaux est institué pour les médecins, les pharmaciens, les dentistes et les kinés en vue de la constitution contractuelle d'une rente ou d'une pension en cas de retraite et/ou de décès et/ou d'invalidité.

Si toutes les conditions fixées par la réglementation sont remplies, les services des soins de santé de l'INAMI paient une cotisation annuelle pour ces prestataires. Pour le moment, tous les autres dispensateurs de soins ne bénéficient pas de ces avantages.

J'ai la ferme intention de mettre la problématique du statut social des logopèdes à l'ordre du jour, dans un travail qui concerne tous les statuts sociaux. Il faudra aussi agir en fonction des possibilités budgétaires de 2009, comme on le dit depuis le début de cette séance. Je veux effectivement avancer dans ce cadre-là et mettre au diapason l'ensemble des professionnels de la santé.

16.03 David Lavaux (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse encourageante. J'espère que nous pourrons dégager les moyens budgétaires nécessaires pour arriver à rectifier cette iniquité.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Questions jointes de

- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les patients hépatiques" (n° 5463)

- M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les progrès à réaliser dans la lutte contre les hépatites" (n° 5618)

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "leverpatiënten" (nr. 5463)

- de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vooruitgang die nog moet worden geboekt in de strijd tegen hepatitis" (nr. 5618)

17.01 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, je tiens préalablement à remercier mon collègue M. Dallemagne d'avoir attendu que j'arrive en commission.

Madame la ministre, à l'occasion de la Journée mondiale des hépatites virales, le CHAC – Carrefour Hépatites-Aide et Contact – a attiré l'attention de tout un chacun sur l'absence de plan national de dépistage, de prévention et d'information en Belgique. Il affirme également que 30 à 40% des malades dans notre pays n'ont pas accès aux traitements.

Les hépatites virales B et C concerneraient en Belgique deux personnes sur cent; au niveau mondial, une personne sur douze. En Europe, il est relevé que près de 86.000 personnes décèderaient des suites de cette maladie.

Le professeur Driss Jamil, spécialiste des hépatites B et C et membre du groupe de santé publique, souligne le fait que si nous ne nous attaquons pas à cette maladie aujourd'hui, elle deviendra un énorme fardeau au cours des vingt prochaines années, étant donné que les patients actuels risquent de développer un cancer du foie.

Madame la ministre, comptez-vous prendre des mesures à ce propos? Si oui, lesquelles?

Pourriez-vous me confirmer la difficulté d'accès aux traitements pour ces patients? Quelles en sont les causes?

Quelles solutions envisagez-vous à ces problèmes? Enfin, pourriez-vous nous dire quel en serait le planning?

17.02 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, le 19 mai dernier, le parlement organisait un colloque à l'occasion de la Journée mondiale des hépatites. Cette réunion permet de faire le point sur l'évolution de cette maladie en Belgique et dans le monde ainsi que sur les méthodes de prévention et de guérison.

Malgré les progrès enregistrés dans la lutte contre les hépatites B et C, il reste beaucoup à faire. La Belgique est parfois pointée du doigt par des professionnels de la santé pour son manque d'énergie dans plusieurs domaines, notamment le combat contre l'hépatite C. Les médecins et les associations de patients dénoncent ainsi l'absence de remboursement d'actes médicaux qui sont pourtant, de l'avis général, indispensables à une prise en charge plus efficace et la moins coûteuse possible de cette maladie, dont le traitement est – il est vrai – onéreux.

Madame la ministre, j'aimerais connaître votre position et les décisions que vous pourriez prendre concernant ces différents problèmes. J'en ai cité six qui ont été relevés lors de cette Journée mondiale sur les hépatites.

1. Premièrement, il s'agit du traitement de la forme aiguë de l'hépatite qui n'est pas remboursé en Belgique.

Or il semble bien que le traitement de l'hépatite C en phase aiguë diminue sensiblement le risque de chronicité et donc le coût total de la prise en charge de l'infection hépatique. Dans certains pays voisins, ce traitement est remboursé non seulement pour des raisons d'efficacité mais aussi parce qu'il permet au final de diminuer le coût total de la prise en charge de l'hépatite.

2. Le deuxième problème pointé du doigt est le traitement de l'hépatite chronique lorsque le taux de transaminases n'est pas anormalement élevé.

Dans 20 à 25% des cas des hépatites chroniques, le taux de transaminases est normal. En revanche, certaines de ces hépatites chroniques risquent également d'évoluer vers la fibrose puis vers la cirrhose alors même que le taux de transaminases est normal. Il faudrait donc pouvoir les traiter. Pour ce faire, le taux de transaminases ne devrait plus être l'élément déterminant dans le remboursement du traitement des hépatites chroniques.

3. Parmi les patients, on distingue ce qu'on appelle les répondeurs rapides au traitement et les répondeurs lents. Aujourd'hui, le protocole de traitement ne s'adapte pas à ces deux types de patients. Il faudrait, semble-t-il, qu'à l'avenir on puisse mieux moduler la durée du traitement en fonction de la réponse du patient. Cela permettrait d'être plus efficace pour les patients qui nécessitent un traitement long et de faire des économies au niveau des patients qui répondent beaucoup plus rapidement et pour lesquels la durée du traitement pourrait être raccourcie.

4. En cas de co-infection avec le virus du sida – puisque 10 à 30% des patients qui ont le sida souffrent également de l'hépatite C –, l'évolution vers la cirrhose est plus rapide. La réponse au traitement est donc moins bonne. Il semble qu'il faudrait dans ces cas pouvoir traiter plus longuement.

5. Il s'agit de la question du fibroscan. Vous savez qu'aujourd'hui la meilleure manière de voir l'évolution de l'hépatite est la biopsie hépatique. Ces biopsies sont chères et parfois mal tolérées par le patient. Elles sont invasives. Le fibroscan – cette nouvelle machine qui permet d'avoir une bonne appréciation de l'état de fibrose du foie – devrait pouvoir être utilisé plus fréquemment. Or cet examen n'est pas remboursé en Belgique.

6. Enfin, certains examens de laboratoires permettent de mieux connaître la réponse virologique au traitement.

Là aussi, certains de ces examens en cours de traitement ne sont pas remboursés. Il y a donc des difficultés à bien apprécier la réponse au traitement.

D'une manière générale, les associations et les médecins déploraient l'absence d'un plan qui permettrait de tenir compte de ces éléments et d'un plan de lutte contre les hépatites. Ils souhaitent également la possibilité d'adapter des traitements et des prises en charge à chacun des cas – car il existe des différences importantes entre les patients dans la réponse au traitement, dans les effets secondaires – et un remboursement qui en tienne compte, pour le confort des malades mais aussi pour essayer de diminuer le coût des traitements.

17.03 Laurette Onkelinx, ministre: Le colloque du 19 mai était particulièrement intéressant. Ces dernières années, des progrès réalisés dans le traitement de l'hépatite virale se sont traduits par des extensions de remboursement de plusieurs médicaments. Je vous rappelle le remboursement des interférons pégylés aussi bien dans le traitement de l'hépatite B que dans celui de l'hépatite C, le remboursement de trois analogues nucléosidiques (Zerit, Hepsera, Baraclude) dans la prise en charge de l'hépatite B ainsi que celui des produits d'albumine chez trois types de malades hépatiques.

En réponse aux quatre premières questions précises de M. Dallemagne, premièrement, le traitement de l'hépatite aiguë virale B ou C est une indication hors notice qui a servi de base à l'octroi du remboursement. Il n'est pas permis de rembourser des indications ou des médicaments qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché pour lesdites indications. Ceci explique l'absence de remboursement pour les hépatites aiguës virales.

Deuxièmement, le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients avec un taux anormal de transaminase est une indication remboursée. Dans le passé, la Commission de remboursement des médicaments a évalué ce type de traitement. Le problème-clé dans cette procédure me semble le coût d'une bi-thérapie évalué par les fabricants à 21.000 euros environ pour un seul patient infecté par le génotype 1, le génotype le plus fréquent. Lors de cette procédure CRM, on a pu constater que le taux de progression faible de la maladie implique que la majorité des patients ne mourront pas de l'hépatite C. Le taux d'abandon en cours de traitement de cette bi-thérapie et le fait que tous les patients ne guérissent pas après traitement (réponse de 40% pour le génotype 1) rendent l'appréciation financière plus aiguë pour l'assurance soins de santé.

Troisièmement, seule une période de 24 semaines ou de 48 semaines de bi-thérapie contre le virus de l'hépatite est autorisée (Pegintron et Pegasys). D'autres durées sont hors notice. Je comprends que la science avance et propose de nouveaux termes de durée de traitement.

Les producteurs respectifs peuvent alors demander une modification de la notice qui correspond à l'état de la science, notamment pour introduire les notions de répondeur rapide et de répondeur lent.

Quatrièmement, le traitement antiviral chez les coinfectés hépatite C et virus du sida est une indication autorisée dont la demande de remboursement est actuellement à l'examen à la CRM. J'attends une proposition de remboursement en octobre prochain ou plus tard en cas de suspension de la procédure à l'initiative du producteur.

Pour répondre aux questions que vous avez posées en commun sur le souhait de voir améliorer la prise en charge du traitement des différentes formes d'hépatite, je voudrais rappeler qu'au moins 100.000 personnes souffrent d'hépatite C et 80.000 d'hépatite B en Belgique. L'enjeu d'une prise en charge optimale est essentiel en matière de santé publique. Des solutions existent pour améliorer la prévention, le dépistage et le traitement de ces pathologies. Une collaboration étroite devra d'ailleurs être mise en place entre tous les

acteurs de la santé aux niveaux fédéral, communautaire et régional.

Sur le terrain, les généralistes, les spécialistes, les paramédicaux et, bien entendu, les patients, qui doivent rester au centre du système de soins, seront amenés à participer à cette prise en charge. Les associations de patients sont actuellement consultées, à mon initiative, afin de réaliser un inventaire de tous les frais qui sont à charge de ces patients chroniques, à savoir les médicaments thérapeutiques primaires, les médicaments chargés de lutter contre les effets secondaires, les hospitalisations ou encore l'accompagnement psychologique. L'ensemble des informations collectées me permettra de présenter au gouvernement un projet qui tentera d'apporter une solution la plus proche possible des besoins réels des patients et de leurs familles.

En matière de prévention primaire, la Belgique se situe dans le peloton de tête européen puisque le vaccin contre l'hépatite B est gratuit et intégré dans le schéma de vaccination du nourrisson, avec un rattrapage dans le cadre de la médecine scolaire vers l'âge de 12 ans. Il n'existe malheureusement pas encore de vaccin contre l'hépatite C. Un dépistage systématique ciblé sur les patients à risque devrait dès lors être envisagé, par exemple dans le cadre de la consultation préventive gratuite que je compte mettre en place tous les trois ans à partir de 25 ans. Ce dépistage devra s'accompagner de campagnes d'information auprès des médecins et du grand public. Nous devons également étudier, sur base des études scientifiques les plus récentes, la possibilité d'élargir les critères de remboursement des médicaments de l'hépatite B et de l'hépatite C. Après consultation des associations, je demanderai à la CRM de réétudier certains critères relatifs aux conditions et aux temps de traitement.

En concertation avec les Communautés, nous devons également envisager le remboursement du vaccin contre l'hépatite B au-delà de 12 ans afin de favoriser la vaccination de rattrapage et celle des nouveaux arrivants non encore vaccinés.

Comme vous le voyez, ce dossier est très important, voire prioritaire, à nos yeux.

17.04 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je suis très heureuse de votre réponse. Vous avez notamment fait allusion à une collaboration étroite entre tous les acteurs de terrain. Vous avez également souligné une consultation des patients qui serait destinée à mieux connaître leurs difficultés. Nous ne pouvons évidemment que vous soutenir dans cette tâche.

17.05 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, je tiens également à vous remercier d'accorder toute votre attention à ce dossier et d'envisager une évolution dans les remboursements en fonction des avancées scientifiques. Toutefois, il me semble ne pas vous avoir entendue au sujet du fibroscan.

17.06 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le député, vous avez raison. Je vais demander que l'on vous envoie ma réponse par écrit.

17.07 Georges Dallemagne (cdH): À titre de test, des associations m'ont fait passer cet examen, qui est parfaitement indolore et très rapide. De plus, il est probablement moins coûteux qu'une biopsie hépatique. Cet examen est remboursé en France, par exemple. Il serait donc intéressant de connaître l'état de la réflexion à ce propos.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van mevrouw Mia De Schamphelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ongrondwettelijkheid van de KB's 78 en 79" (nr. 5482)

18 Question de Mme Mia De Schamphelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la non-constitutionnalité des arrêtés royaux 78 et 79" (n° 5482)

18.01 Mia De Schamphelaere (CD&V - N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, zoals u weet zijn de genummerde KB's 78 en 79 van cruciaal belang voor het systeem van onze gezondheidszorg. Zij hebben kracht van wet. Ze zijn van essentieel belang voor de opbouw van onze gezondheidszorg, want zij leggen eigenlijk de basis voor de erkenning van de gezondheidsberoepen en dus ook de basis voor de onwettelijke uitoefening van de geneeskunde. Zij regelen ook de oprichting van de Orde van geneesheren.

Reeds lange tijd duiken in de media af en toe geruchten op over een mogelijke vervalsing van deze KB's, of

minstens toch een toevoeging eraan, nadat de KB's besproken werden in de Ministerraad en na de bekrachtiging door het Parlement. De tekst die door het Parlement gegaan is, zou dus een andere tekst zijn dan de tekst die nu wordt toegepast. Dat zijn geruchten die af en toe opduiken. Onlangs doken er foto's van bepaalde fotokopieën op. De bewijzen van een mogelijke vervalsing werden onder meer gepubliceerd in de Artsenkrant. De vraag is natuurlijk essentieel. Wat is uw reactie? Zijn deze vervalsingen een realiteit? Als het maar geruchten zijn, hoe kunnen deze geruchten dan gestopt worden en hoe kan het tegendeel bewezen worden?

Misschien is er ook een definitieve oplossing mogelijk door gewoon de inhoud van de KB's, zoals ze nu worden toegepast, opnieuw te bekrachtigen, zodat er geen onoverkomelijke juridische disputen ontstaan of zouden ontstaan in de toekomst.

18.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik kan u bevestigen dat er voor de KB's nummer 78 en 79 verschillen bestaan tussen de versies die blijkbaar goedgekeurd werden in de Ministerraad en de versies die ter bekendmaking werden gegeven.

Ik gebruik de term blijkbaar, want er moet aan herinnerd worden dat de documenten bestemd voor de Ministerraad, zoals trouwens ook alle andere, destijds getypt waren en met de hand van aantekeningen waren voorzien. Het is niet onmogelijk dat het beheer van de versies niet optimaal gebeurde. Mijn administratie heeft bovendien contact opgenomen met het secretariaat van de Ministerraad, maar de retranscriptie van de besprekingen van de Ministerraden van toen is niet beschikbaar. In beide gevallen lijkt de term vervalsing mij toch wat overdreven.

Een fout tussen twee documenten houdt niet noodzakelijk in dat het om een vrijwillig gepleegde en kwaadwillige daad gaat. Ik vestig er tevens de aandacht op dat deze KB's en de opeenvolgende wijzigingen eraan verschillende malen het voorwerp waren van een beroep ertegen bij het Grondwettelijk Hof, toen nog het Arbitragehof, en bij het Hof van Cassatie, zonder dat deze problematiek aan de basis van een sanctie lag.

In de huidige stand van zaken komt het mij voor dat er geen reden is de rechtsgeldigheid van deze twee koninklijke besluiten op losse schroeven te zetten.

18.03 **Mia De Schamphelaere** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, eigenlijk bevestigt u het bestaan van verschillende versies en de slordigheid of onzorgvuldigheid – niet kwaadwillend bedoeld, wellicht – van het beheer van de verschillende teksten, maar ook dat er eigenlijk geen officiële notificatie is van de desbetreffende Ministerraad.

De vraag is alleen, voor de rechtszekerheid in de toekomst, hoe wij de tekst die nu veelal wordt toegepast een meer rechtszekere vorm kunnen geven? In tal van juridische geschillen zullen die betwistingen natuurlijk blijven komen als er een voordeel wordt gezien door de andere versie te kunnen toepassen.

Ik stel voor dat wordt onderzocht hoe die juridische zekerheid verstevigd kan worden. U hebt toegegeven, mevrouw de minister, dat er verschillende versies bestaan en uw antwoord zal natuurlijk in de toekomst meespelen in de verschillende geschillen.

18.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Ce dossier est délicat. Je ne vais donc pas aller au-delà dans mes appréciations.

J'ai essayé d'être la plus objective possible. J'ai confirmé l'existence de différentes versions. J'ai expliqué les raisons éventuelles. Pour le reste, ce n'est pas à moi de juger.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

19 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la discrimination injuste à l'endroit des homosexuels dans la législation sur le don du sang" (n° 5501)**

19 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onrechtvaardige discriminatie van homo's in de wetgeving op het bloedgeven" (nr. 5501)**

19.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Monsieur le président, je remercie Mme la ministre d'avoir encore attendu cette question avant de partir à l'hôpital de Tivoli de La Louvière.

Cette question est un peu la prolongation de ma question sur la Gay Pride qui a eu lieu voici quelques jours. De fait, aujourd'hui, en Belgique, les homosexuels masculins sont toujours considérés comme étant un groupe à risque. Dès lors, ils se voient interdits du don de sang. Je ne vais pas entrer dans les détails. Je signale simplement que même la France, dont on connaît la vigilance en matière de sécurité transfusionnelle depuis le scandale du sang contaminé, et le Canada ont modifié leur législation afin que les critères de sélection ne portent plus sur les populations à risque mais sur les comportements ou rapports à risque.

Le professeur Clumeck semble également se positionner dans ce sens. De même, plusieurs partis politiques se sont aussi exprimés dans ce sens.

Madame la ministre, quelle attitude comptez-vous adopter pour réformer les critères en application aujourd'hui dans notre législation?

Le **président**: Madame la ministre, vous avez la parole pour votre réponse finale.

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, monsieur Flahaux, j'ai beaucoup travaillé contre les discriminations envers les homosexuels. Je pense avoir fait évoluer plusieurs législations en la matière. C'est donc un sujet qui me tient à cœur.

Pour rappel, la loi du 5 juillet 1994 concernant le sang et les dérivés sanguins d'origine humaine prévoit effectivement l'exclusion des donneurs qui présenteraient des comportements à risque. Ces comportements doivent être décrits dans un dépliant présenté préalablement aux donneurs. Or, d'après le dépliant d'information sur le sida et les comportements à risque, un homme qui a eu des relations sexuelles avec un autre homme est considéré comme un risque.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le préciser, compte tenu du caractère éventuellement discriminatoire de cette pratique, mon prédécesseur a sollicité un avis auprès du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. À la suite de cette demande, une brochure explicative sur l'exclusion des hommes homosexuels a été rédigée. Elle est le résultat d'une concertation avec le Centre mais également avec la Plate-Forme Prévention Sida et la "Holebi-federatie".

Le débat sur cette exclusion a lieu dans de nombreux pays avec de récents revirements significatifs de positions. Notamment, la ministre de la Santé française a décidé, le 27 novembre dernier, de lever l'interdiction du don de sang pour les homosexuels. Cette décision ne fait cependant pas l'unanimité, notamment auprès des professionnels de la santé. C'est pourquoi il serait intéressant de rouvrir le débat également chez nous. Pour ce faire, les conclusions qui seront rendues par la commission chargée par la ministre française de la mise en place de la levée de l'interdiction semblent être une bonne base de travail pour le groupe qui aura à évaluer cette question.

En effet, nous devons absolument nous assurer que cette exclusion est bel et bien justifiée scientifiquement et il faut la mettre en balance avec le principe selon lequel toute personne doit avoir la possibilité de vivre son orientation sexuelle de manière épanouie, en toute liberté et sans vivre de discrimination, quelle qu'elle soit. Nous devons donc continuer à veiller à la poursuite de la lutte contre l'homophobie, sous toutes ses formes.

Je suis donc d'accord d'ouvrir à nouveau le débat. Attendons cependant les conclusions du groupe de travail français, de manière à ne pas devoir recommencer à zéro le même travail qu'en France.

19.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Monsieur le président, je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

Je n'ai aucune inquiétude sur son ouverture d'esprit. Elle l'a montrée en tant que ministre de la Justice précédemment. J'observerai avec attention le suivi nécessairement positif en fonction des conclusions de la ministre française de la Santé.

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

*La réunion publique de commission est levée à 16.52 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.52 uur.*