

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 18 JUNI 2008

Namiddag

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

du

MERCREDI 18 JUIN 2008

Après-midi

La séance est ouverte à 14.28 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 14.28 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Interpellation de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures de prévention complémentaire au plan national contre le cancer" (n° 64)

01 Interpellatie van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers tot de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de preventiemaatregelen als aanvulling op het Nationaal Kankerplan" (nr. 64)

01.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, nous avons eu récemment à l'ordre du jour de la commission un ensemble de résolutions qui étaient complémentaires à votre plan cancer. Parmi celles-ci, il y avait une proposition de résolution que Mme Gerkens et moi-même avons déposée au sujet d'une politique globale de prévention et de traitement du cancer. Cette résolution n'a pas pu être maintenue à l'ordre du jour car les parlementaires de la majorité n'ont pas jugé nécessaire de l'ajouter à nos discussions sur le plan cancer. J'en ai été très étonnée puisque vous aviez dit que le plan cancer pouvait être complété. Vous avez reconnu certains manquements, notamment sur les risques professionnels. Il me semblait qu'il y avait, de votre part, une ouverture tout à fait évidente à compléter ce plan par des mesures qui concernent soit les entités fédérées, en matière de prévention, soit le gouvernement fédéral.

Pour remplacer cette proposition de résolution qui n'a pas pu être discutée, je vous adresse cette interpellation. Le cancer est une maladie particulièrement développée dans les pays riches occidentaux. Selon les scientifiques, 40% au moins des cancers pourraient être évités par la lutte préventive contre le tabac, par une bonne alimentation, par la lutte contre la pollution et la diminution de notre exposition aux substances chimiques toxiques. Il nous semble évident qu'un plan cancer doit absolument comporter un ensemble de mesures de prévention touchant à ces différents facteurs.

Or le plan que vous nous avez présenté ne comporte pas de dispositions de lutte contre ces facteurs déterminants. Il ne comporte que des actions de dépistage. C'est effectivement ce que vous pouvez maîtriser directement. Mais je me permets de vous rappeler que vous avez aussi des compétences en matière de réglementation sur l'alimentation, dans sa dimension santé.

Vous avez reconnu la nécessité d'une concertation gouvernementale pour intégrer les facteurs sociaux et environnementaux déterminants dans l'occurrence du cancer.

Vous avez également dit que votre plan cancer était évolutif et vous avez reconnu ne pas avoir intégré la prévention des risques dus à l'exposition professionnelle, qualifiant ceci de manquement.

Je vous demande aujourd'hui si vous avez déjà entrepris cette concertation, principalement avec le ministre Magnette qui est compétent pour la politique de l'environnement, des produits et de la protection des consommateurs et avec la ministre Laruelle qui est compétente pour la sécurité alimentaire.

Quelles garanties pouvez-vous nous donner que le plan cancer sera complété par des mesures de prévention, de diminution des risques environnementaux, de politiques visant la qualité alimentaire? Dans quel délai allez-vous mener cette concertation et compléter votre plan?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, tout le monde s'accorde à dire que la prévention est une dimension essentielle de toute politique de santé. C'est vrai pour la lutte contre le cancer mais aussi pour la lutte contre l'hépatite C, contre l'obésité, contre le sida, etc. La répartition des compétences entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées a fait qu'aujourd'hui, ce sont les entités fédérées qui disposent de l'essentiel des instruments de prévention des risques de santé.

Un groupe de travail permanent de la Conférence interministérielle Santé publique a été créé concernant la mise en œuvre du plan national cancer. Il s'est déjà réuni à deux reprises et l'état des lieux de ses travaux a d'ailleurs été présenté hier lors de la Conférence interministérielle.

Jusqu'ici, ce groupe s'est centré principalement sur la prévention et le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal.

D'autres groupes de travail communs aux différents niveaux de pouvoir existent également dans le domaine de la politique de vaccination ou pour le suivi des plans nationaux nutrition santé, santé environnement, lutte contre le tabagisme ou lutte contre l'alcoolisme. Ces plans ont chacun leur cohérence propre et s'attaquent plus globalement à l'ensemble des problèmes de santé liés à une mauvaise alimentation, à un environnement dégradé ou aux différentes formes d'assuétude. Parmi lesdits problèmes, on répertorie les risques de développer certaines formes de cancer.

Je suis d'avis qu'il ne convient pas de mener des initiatives parallèles dans les domaines pris en charge par ces plans dans le plan national cancer. Il me paraît plus cohérent de développer des actions spécifiques contre le risque de cancer au sein de ces différents plans si elles se justifient.

Si mes collaborateurs ont entamé intensivement la préparation de la mise en œuvre des différentes mesures du plan cancer, il est impossible de mener tout de front. L'éventualité des actions spécifiques que je viens d'évoquer sera cependant étudiée dans le cadre de la préparation du budget 2009 de l'assurance obligatoire soins de santé.

01.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, j'étais consciente de votre volonté de vous concerter avec les entités fédérées, mais j'entends moins dans votre réponse votre volonté de vous concerter avec vos propres collègues du gouvernement fédéral. Je maintiens donc la demande, car je pense que ce plan cancer aura beaucoup moins d'impact et de force s'il n'est porté que par vous au sein du gouvernement.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Des concertations s'imposent sur tout, mais on ne peut tout faire en même temps sous peine de ne rien faire. J'essaie de travailler par étapes, de mener mes concertations avec les Communautés, avec les Régions, avec mes collègues, mener ce qui concerne mon propre département en négociation avec l'INAMI, avec le SPF Santé publique, avec l'ISP, en collaboration avec les recherches, en collaboration avec l'Union européenne puisqu'il en est question aussi à ce niveau.

Donc, nous avançons sur tout, mais nous essayons aussi de parvenir à des décisions. J'espère d'ailleurs que, dans le courant de ce mois, nous aboutirons déjà aux premières exécutions. Ne me demandez cependant pas de faire tout en même temps, de front; dans ce cas, il n'y aura aucune exécution sur le plan cancer. Vous me le reprocheriez par la suite.

J'essaie modestement, avec mon équipe, d'être efficace, bien entendu avec l'ensemble de mes collègues. Vous en avez cité quelques-uns, mais vous en avez oublié d'autres: vous auriez pu citer, par exemple, Mme Milquet pour ce qui concerne le congé spécifique parents-enfants. Nous travaillons de cette manière, pas à pas; Rome ne s'est pas faite en un jour!

01.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Mais je pense qu'il aurait été intéressant de nous donner une programmation de ces complémentarités à venir. Nous constatons toujours que la prévention est le parent pauvre.

01.06 Laurette Onkelinx, ministre: Que la prévention est le parent pauvre, vous pourriez le dire à mes collègues des Communautés.

01.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Vous allez prendre des décisions sans travailler sur les causes. C'est ainsi, malheureusement, que la société travaille depuis trop longtemps et la décision politique aussi.

Je déposerai une motion de recommandation.

Motions

Moties

En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par Mmes Thérèse Snoy et d'Oppuers et Muriel Gerken et est libellée comme suit:

“La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers

et la réponse de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

demande au gouvernement

de présenter pour le 15 juillet un ensemble de mesures complémentaires au plan cancer, portant sur la lutte contre des facteurs déterminants de cette maladie tels que l'exposition professionnelle des travailleurs à des produits cancérigènes, l'exposition des consommateurs à des substances cancérigènes utilisées dans la vie quotidienne, la pollution atmosphérique par les particules fines, l'exposition intensive aux radiations non ionisantes et la présence excessive de certains composants de notre alimentation susceptibles de favoriser l'apparition ou la récurrence du cancer.”

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de dames Thérèse Snoy et d'Oppuers en Muriel Gerken en en luidt als volgt:

“De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers

en het antwoord van de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

vraagt de regering

tegen 15 juli het Kankerplan aan te vullen met een pakket maatregelen ter bestrijding van de belangrijkste oorzaken van die ziekte, zoals de beroepsmatige blootstelling van werknemers aan kankerverwekkende stoffen, de blootstelling van de consumenten aan kankerverwekkende stoffen die in het dagelijks leven worden gebruikt, de luchtverontreiniging door fijn stof, de intensieve blootstelling aan niet-ioniserende stralingen en de te hoge concentratie van bepaalde stoffen in onze voeding die het ontstaan of een terugkeer van kanker in de hand kunnen werken.”

Une motion pure et simple a été déposée par Mme Colette Burgeon.

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Colette Burgeon.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhoging van het zorgforfait voor chronisch zieken" (nr. 5180)

- mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling voor een verplaatsing naar het ziekenhuis voor kinderen met een chronische ziekte en voor hun ouders" (nr. 5246)

02 Questions jointes de

- Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le relèvement du forfait de soins pour les malades chroniques" (n° 5180)

- Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des frais de déplacement à l'hôpital des enfants atteints d'une maladie chronique et de leurs parents" (n° 5246)

02.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag is al een paar keer op de agenda gekomen en weer verdwenen. Dat ligt ook aan mij natuurlijk. Dat betekent ook dat het al een tijdje geleden is dat de vraag werd ingediend en dat een aantal zaken ondertussen al uitgevoerd of bekend zijn.

Mijn vragen van vandaag gaan vooral over de uitvoering van uw voorstel tot verhoging van de bijdragen voor de zorgkosten voor chronisch zieken. Zoals ik heb begrepen, was het uw voorstel om daarvoor op jaarbasis 26 miljoen euro te investeren, waarvan 16 miljoen euro zou gaan naar een verhoging van het zorgforfait zelf. Dat is ondertussen al goedgekeurd. De andere 10 miljoen zou worden besteed aan een verbetering van de maximumfactuur voor chronisch zieken.

Meteen hebt u ook aangegeven dat u ook aandacht zou hebben voor de haalbaarheid van de betaalbaarheid van de kosten. Er zou een vermindering van kosten zijn. Daarvoor wou u twee zaken doen. U zou een definitie maken van een chronisch zieke; dus de chronisch zieke terug in kaart brengen. U zou ook de niet-medische kosten in kaart brengen die voor eventuele terugbetaling in aanmerking zouden komen. U zou daarvoor externen en experts consulteren, zowel voor de definitie van de chronisch zieke als voor het definiëren van de niet-medische kosten, voor eventuele terugbetaling.

Ik meen te hebben begrepen dat wij in juni een antwoord zouden krijgen op deze twee specifieke aspecten. In dat verband zou ik graag een aantal vragen aan u stellen, mevrouw de minister.

Ten eerste, welke chronische ziekten zouden worden opgenomen in de officiële lijsten van chronisch zieken? Mijn aandacht gaat dan ook naar patiënten met dementie, bijvoorbeeld Alzheimer, naar psychiatrische patiënten of naar patiënten met andere neurodegeneratieve ziektes zoals de amyotrofe laterale sclerose, ALS. Worden deze patiënten ook in deze lijsten van chronische ziekten opgenomen? Welke criteria worden gebruikt om chronisch zieken al dan niet op te nemen in de lijst van de pathologieën?

Ten tweede, zal de betaling in tijd worden beperkt? Zal ze afhankelijk zijn van de ernst van de ziekte, of alleen van de zorgkosten van de patiënt?

Ten derde, vergt het consulteren van experts voor het opstellen van officiële lijsten van chronisch ziekten – u gebruikt daarvoor ook informatie van patiëntenverenigingen – niet veel tijd? Bestaat de mogelijkheid dat er daardoor geen wettelijke regeling zal zijn voor het einde van het jaar?

Ten vierde, is er voorzien in een afstemming met de Vlaamse zorgverzekering, die eveneens niet-medische zorgkosten dekt?

Ten vijfde, hoe zult u de maximumfactuur van de chronisch zieken verder uitbouwen. Welke concrete maatregelen plant u nog in 2008 en 2009, binnen de budgettaire mogelijkheden?

La **présidente**: Les questions étaient jointes mais Mme Becq n'est pas là. Je suppose donc que la réponse est une réponse jointe. Elle pourra ainsi la lire.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Elle posait des questions plus précises dans le prolongement de celle-ci. Mais il s'agit de la même problématique. Je me permettrai donc de répondre aux deux et de renvoyer Mme Becq à ma réponse.

De werkgroep voor de chronisch zieken kwam op woensdag 14 mei voor het eerst samen. De groep heeft een werkdocument ter beschikking met daarin de verschillende definities van de chronische ziekten en de zeldzame ziekten, afkomstig uit diverse bronnen. Men moet de groep dus zijn werk laten doen.

Binnen de groep werden ernstige en unanieme bezwaren geopperd inzake het idee van een namenlijst van chronische ziekten. Welke ook de definitie zal zijn die men uiteindelijk zal aanhouden, ik verbind me ertoe dat alle huidige genietters van de specifieke dekkingen in het kader van de verplichte ziekteverzekering voor een chronische ziekte hun huidige rechten minstens behouden. De doelstelling is duidelijk: de hulp nog verbeteren voor hen en voor anderen die thans van geen enkele tussenkomst genieten.

Mevrouw Becq, u komt nu pas de vergaderzaal binnen, maar ik zal straks ook op uw vragen antwoorden. Ik zal ze als gesteld beschouwen.

Mevrouw Van Broeckhoven, op uw tweede vraag kan ik u antwoorden dat de vragenlijst op 23 mei aan 350 verenigingen van chronisch zieke patiënten werd gestuurd. Ze zullen tot 30 juni de tijd krijgen om hierop te antwoorden. Tijdens de maanden juli en augustus zullen de ontvangen antwoorden op de vragenlijst worden bestudeerd en zal op basis van de analyse van de antwoorden de laatste hand worden gelegd aan het voorstel van het nieuwe dekkingsstelsel van de kosten voor de chronisch zieken. Ik kan in dit stadium dus niet preciezer zijn.

De planning, opgemaakt voor het raadplegen van de patiëntenverenigingen en voor de werkzaamheden van de stuurgroep, zal het mogelijk maken om tegen 15 september over concrete voorstellen te beschikken. Ze zullen worden ingelast in de discussie over de globale budgettaire doelstelling voor 2009 van de verplichte ziekteverzekering. Wettelijk moet deze globale budgettaire doelstelling voor 2009 vóór 18 oktober worden goedgekeurd in de algemene raad van het RIZIV.

Trouwens, wij vertrekken niet van niets. Enkele recente studies van de ziekenfondsen, van de Ligue des Usagers des Services de Santé, van het Vlaams Patiëntenforum en van de Koning Boudewijnstichting en de expertise die beschikbaar is bij het RIZIV leveren reeds een eerste werkbasis waarmee mijn medewerkers en de stuurgroep aan de slag kunnen gaan.

Voor dit beleid ten voordele van de chronisch zieken ben ik, zoals bij alles wat ik onderneem, zeer aandachtig om geen inbreuk te doen op de bevoegdheden van mijn collega's bij de Gewesten en de Gemeenschappen. Ik zal trouwens de interministeriële conferentie Volksgezondheid op de hoogte houden van de evolutie van mijn project voor de chronisch zieken.

Tot slot, wat het stelsel van de maximumfactuur voor chronisch zieken betreft, heeft de ad-hocwerkgroep van het RIZIV op donderdag 15 mei vergaderd en kennis genomen van de budgettaire simulatie van het kenniscentrum over verschillende mogelijke formules. Er zal voor allemaal een wetswijziging nodig zijn. Ik heb de dienst Gezondheidszorg van het RIZIV er duidelijk op gewezen dat ik wens dat het volgende ontwerp van gezondheidswet, dat binnen enkele weken aan de regering zal worden voorgelegd, de noodzakelijke wettelijke aanpassingen zou bevatten. Ik herinner eraan dat hiertoe in het budget voor 2008 in een bedrag van 10 miljoen euro is voorzien. In 2009 zal ik u informeren over mijn projecten en de manier waarop ik ze zal aanwenden.

Ik kom tot de vraag over de onvoldoende dekking van de verplaatsingskosten, vooral voor de chronisch zieken die zich vaak tussen het ziekenhuis en thuis moeten verplaatsen, met hier de bijzonderheid van de begeleider wanneer het kinderen betreft. Zoals ik bij aanvang van dit antwoord heb gezegd, zullen er in september eerstkomend een of meerdere maatregelen ten voordele van de chronisch zieken worden voorgesteld in het kader van de vastlegging en de toewijzing van de globale budgettaire doelstelling voor 2009 van de verplichte ziekteverzekering. Indien de verplaatsing tussen het ziekenhuis en het domicilie voor de chronische patiënten, kinderen zowel als volwassenen tot hun prioriteiten behoort zullen ze gehoord worden.

Naast dit initiatief baren de huidige lage tussenkomsten van de verplichte ziekteverzekering voor de verplaatsingskosten van de patiënten mij zorgen. Ik wens derhalve door te gaan met de verbeteringen van de laatste jaren, en die er tot heel recent waren voor welbepaalde gevallen, patiënten die ambulante chemo- en radiotherapie krijgen, nierdialysepatiënten, herstellende patiënten in het kader van de functionele revalidatie, vervoer per ziekenwagen met geneesheer van pasgeboren of te vroeg geboren baby's tussen de verschillende ziekenhuisdiensten, kinderen die aan kanker lijden en hun ouders enzovoort.

In het kader van het budget 2008 van de verplichte ziekteverzekering is in een aantal initiatieven voorzien voor de uitbreiding van de terugbetaling van de verplaatsingskosten. Allereerst zal 7 miljoen euro worden besteed aan de terugbetaling van het vervoer per ziekenwagen in het kader van de dringende, medische hulpverlening. Hetzelfde bedrag is eveneens voorzien voor een tussenkomst in de verplaatsingskosten van de patiënten van en naar een centrum voor dagverzorging.

Tot slot is er een maatregel voor een bedrag van 156.000 euro voor het uitbreiden van de tussenkomst van de verzekering voor de verplaatsingskosten van andere verzekerden dan degenen die er thans van genieten. Deze maatregelen zullen worden uitgevoerd in het ontwerp van gezondheidswet waarover ik het had.

02.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a+Vl.Pro): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoorden. Ik

noteer dat er voor het einde van de maand juni een werkdocument beschikbaar zou zijn met een lijst van pathologieën van chronische ziekten. Er zijn ook antwoorden op een uitgebreide vragenlijst van onder meer patiëntenorganisaties, die in juli en augustus verder zullen worden geanalyseerd. Op basis daarvan zal men in september tot concrete voorstellen komen. Het lijkt mij nu wat prematuur om over deze zaak verder te discussiëren.

Het is toch wel belangrijk dat men zich realiseert dat de kans bestaat dat een aantal chronisch zieken niet zullen worden bereikt als men gaat werken met een lijst van pathologieën. Het is dus heel belangrijk om die lijst niet exhaustief te maken en duidelijk te maken dat chronisch zieken niet per definitie aan één pathologie gekoppeld zijn.

Anderzijds denk ik dat het belangrijk is om eveneens in het oog te houden dat men eventueel ook de maximumfactuur kan uitbreiden zodat niet-medische kosten kunnen worden gedekt voor die looncategorieën die daaraan het meeste behoefte hebben vanwege de hoge kosten voor chronisch zieken.

02.04 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, bedankt dat u op mijn vraag hebt geantwoord. Het was inderdaad een vervolg op een vraag die ik u vroeger al had gesteld over de verplaatsingskosten. U hebt toen gezegd dat u hiervoor in een wetswijziging zou voorzien, alhoewel die ons inziens niet echt nodig was. U had via KB immers de volmacht om een aantal dingen uit te breiden. Ik begrijp dat u dit nu voor een stuk verschuift naar de gezondheidswet, zeker voor die groep.

U heeft ook al melding gemaakt van andere, extra middelen die er zullen komen voor andere vervoersmogelijkheden zoals in dagverzorging en voor het dringend vervoer met de ziekenwagens. Ik blijf beklemtonen dat in de kosten die mensen moeten dragen, zeker wanneer zij vaak heen en weer naar het ziekenhuis moeten omwille van een behandeling die losstaat van de verschillende pathologieën, meer moet worden gefocust op de frequentie en het feit dat mensen vaak naar een ziekenhuis moeten terugkeren. Ik begrijp overigens de vrees van mevrouw Van Broeckhoven heel goed dat bepaalde groepen zullen worden vergeten. De hoogte van de kosten wordt medebepaald door de frequentie en de duurtijd gedurende dewelke deze frequentie nodig is.

Ik zal dit blijven opvolgen op het moment dat de gezondheidswet hier zal worden ingediend en bij de verdere uitvoering want ik denk dat dit net zo belangrijk is.

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

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weesgeneesmiddelen" (nr. 5340)

03 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments orphelins" (n° 5340)

03.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn bezorgdheid inzake weesgeneesmiddelen en zeldzame aandoeningen is niet nieuw. Ik was dan ook heel blij dat in het regeerakkoord een paragraaf opgenomen werd over de orphan diseases en de zeldzame ziekten.

Om daar een beetje structuur in te krijgen, acht ik het toch wel nodig om nog eens mijn vraag te herhalen. Ik zal niet herhalen wat de definitie is van zeldzame aandoeningen. Alle leden in de commissie weten dat volgens mij nu wel.

Nu zijn er toch al zeventuizend zeldzame aandoeningen gekend, en er komen er dagelijks bij. Het is volgens mij dan ook de taak van de minister van Volksgezondheid om ook rond zeldzame aandoeningen een apart beleid te voeren, zoals in andere landen, onder meer Frankrijk en Nederland. Italië, Spanje en Zweden hebben nu ook een apart, specifiek beleid ontwikkeld. Ook op Europees niveau is men aangaande weesgeneesmiddelenbeleid, flink op weg om een apart beleid te voeren. In ons land kunnen we echter niet zeggen dat we reeds aparte maatregelen hebben, behoudens enkele fiscale incentives om de toegankelijkheid van weesgeneesmiddelen toch te garanderen.

Uiteraard is dat complex en heterogeen. Dat moet gebeuren in een internationale context zodat er ook uitwisseling kan gebeuren.

Europa heeft een verordening uitgevaardigd aangaande het beleid. De implementatie ter zake is, mijn inziens, nog niet gebeurd.

Toch gebeurt er al heel veel, hoewel het gesteund wordt door een privaat initiatief. De Koning Boudewijnstichting heeft een fonds en heeft binnen haar schoot een stuurgroep weesgeneesmiddelen waar onder meer ook de administratie maar, niet het minst, ook de patiëntenvereniging actief in zijn, uiteraard naast de wetenschappelijke wereld, en dat onder het voorzitterschap van professor Cassiman, die toch terecht gelauwerd is voor zijn wetenschappelijk onderzoek en voor zijn inzet aangaande zeldzame aandoeningen.

Ik heb een voorstel van resolutie ingediend. De voorzitter weet dat dit een van de speerpunten is die ik graag in alle consensus in de commissie zou willen behandelen zodra hiervoor tijd kan worden vrijgemaakt.

Ik herhaal nogmaals dat ook het recent regeerakkoord dit element heel duidelijk heeft opgenomen.

Op Europees niveau zijn 47 weesgeneesmiddelen geregistreerd. In ons land worden er momenteel 22 terugbetaald. U hoeft er de pers maar op na te lezen dat die groepen van patiënten en hun ouders – het zijn heel vaak kinderen – vaak de publieke opinie emotioneel raken, maar daarmee is het probleem natuurlijk niet opgelost. Dit is een mooi voorbeeld, mevrouw de minister, waarin we de knowhow waarover we in ons land beschikken en de research die we daarvoor kunnen ontwikkelen – waarvoor we de expertise reeds in huis hebben – ook op internationaal niveau kunnen versterken.

Dan is er het colloquium in de Senaat geweest, waar men een debat heeft gevoerd over innovatie en waar, jammer genoeg, een en ander in een tendentius daglicht werd gesteld, zodat weesgeneesmiddelen bijna werden beschuldigd van een aanslag op het budget van de ziekteverzekering, wat achteraf door professor Cassiman en de wetenschappelijke wereld werd ontkracht.

Wil dat zeggen dat er geen probleem is? Integendeel, uiteraard hebben de weesgeneesmiddelen slechts een kleine doelgroep maar die patiënten hebben ook recht op therapie en recht op gezondheid. Incentives zijn natuurlijk nodig om die geneesmiddelen te ontwikkelen en betaalbaar ter beschikking te stellen. Men moet zelf het slachtoffer van een weesziekte zijn om te weten hoe lang de weg kan zijn alvorens men toegang krijgt tot die geneesmiddelen.

Mevrouw de minister, ik heb drie vragen.

Ten eerste, zult u, conform het regeerakkoord, zelf het initiatief nemen om dat maatschappelijk debat te voeren met alle partners, over de innovatie en research inzake weesgeneesmiddelen, zoals men uiteindelijk doet in het plan dat daarvoor in Frankrijk werd ontwikkeld? Uiteraard is daarvoor een alternatieve financiering toch wel overweegbaar.

Mijn tweede punt heb ik daarjuist verschillende keren aangehaald. Hoe denkt u uitvoering te geven aan het artikel ter zake in het regeerakkoord?

Mijn derde vraag is misschien prioritair omdat u het in uw beleid zeker zou kunnen ondersteunen. Op welke manier zult u de stuurgroep Weesgeneesmiddelen die vandaag reeds werkt, met leden van alle universiteiten en van de patiëntenverenigingen uit de betrokken sectoren, onder leiding van professor Cassiman, aanspreken en ondersteunen om uw beleid ter zake gestalte te geven?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het ten laste nemen van de weesgeneesmiddelen voor zeldzame ziekten verdient inderdaad al onze aandacht. Hoewel in Europa gemiddeld 47 weesgeneesmiddelen worden terugbetaald tegenover slechts 22 in België, moet men vooraleer te beweren dat ons land achterloopt, weten dat de bedrijven over de toelating beschikken producten op de markt te brengen waarvoor de aanvragen voor terugbetaling bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, de CTG, worden ingediend.

De CTG ontving echter slechts 35 aanvragen voor terugbetaling, waarvan er 23 werden aanvaard door de opeenvolgende ministers van Sociale Zaken, soms zelfs tegen het advies van deze commissie in, en dat wegens sociale redenen en ondanks de zeer hoge kosten per patiënt en per jaar die de terugbetaling van deze geneesmiddelen met zich meebrengen. Voor 8 dossiers loopt de procedure nog. Voor de 3 weigeringen waren er voor de patiënt alternatieven beschikbaar.

Alvorens ons beslissingssysteem inzake de terugbetaling te veroordelen, moet men zich ook vragen stellen bij de pertinentie van beslissingen die in het buitenland worden genomen. De Belgische procedure duurt misschien langer en is minder soepel dan elders. Ja, maar dat komt ook doordat zij garandeert dat er een ernstige en volledige studie voorafgaat inzake de therapeutische waarde van een nieuw geneesmiddel dat voor de terugbetaling in aanmerking zou willen komen.

In dat opzicht zal het debat dat u voorstelt ook over de gezondheidsprioriteiten moeten gaan zodat de budgetten die ter beschikking van alle burgers worden gesteld, niet te sterk worden belast door de zeer hoge kosten die men voor enkelen moet maken. U zult het wel met mij eens zijn dat het, als minister van Sociale Zaken, mijn prioriteit is allereerst een zo groot mogelijk aantal personen toegang tot kwalitatieve zorg te garanderen. Dat houdt in dat men soms moeilijke keuzes moet maken.

Bovendien maakt het Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV het onder bepaalde voorwaarden mogelijk ook in een terugbetaling te voorzien van dure verrichtingen waarvoor de verplichte ziekteverzekering niet tussenbeide komt.

Ten slotte, elke keer wanneer een weesgeneesmiddel wordt aanvaard voor terugbetaling, wordt er een college van weesgeneesmiddelen opgericht specifiek voor elk van de betrokken ziektebeelden. Deze colleges zijn paritair samengesteld uit artsen die gespecialiseerd zijn in het ziektebeeld en uit artsen aangewezen door de verzekeringsorganismen.

Ze onderzoeken de individuele aanvragen voor toegang tot een terugbetaling. De colleges zijn de bevoorrechte plaats voor discussies tussen de betrokken partners teneinde de behoeften zo goed mogelijk te evalueren en de CTG te adviseren inzake eventuele aanpassingen van de terugbetalingmodaliteiten die werden vastgelegd bij de procedure voor toegang tot terugbetaling.

Par ailleurs, fin 2007, nous avons demandé au Kenniscentrum une étude spécifique pour prévoir l'évolution de ces médicaments et le niveau de preuve qu'il convient de demander pour pouvoir les évaluer valablement, étant donné le contexte difficile des études cliniques liées au petit nombre de patients qu'il est possible d'étudier, pour en tirer une analyse des implications économiques futures.

Je suis évidemment preneuse d'un large débat sociétal sur les efforts à fournir afin d'améliorer la couverture des frais spécifiques à charge des victimes de pathologies rares, les médicaments n'étant qu'une partie des coûts auxquels ils sont exposés.

Je viens encore de le rappeler, j'ai lancé l'étude auprès des 350 associations de patients chroniques afin de connaître leurs priorités en matière de soins de santé, notamment la couverture qui va au-delà de la couverture médicamenteuse. La plupart des maladies orphelines sont des maladies chroniques.

Je proposerai au gouvernement et à l'INAMI une ou plusieurs mesures en septembre. Nous pourrions évidemment en parler au Parlement. Le Parlement, avec le soutien du groupe de direction médicaments orphelins de la Fondation Roi Baudouin, est l'endroit idéal pour avoir ce débat avec l'ensemble des acteurs concernés. La piste d'un financement spécifique pour les médicaments orphelins pourrait y être débattue, j'y suis favorable.

La problématique des maladies rares est pour l'essentiel un sous-ensemble des maladies chroniques, elle fait donc partie intégrante de ma réflexion sur la prise en charge des malades chroniques et nous attendons le budget 2009 pour prendre de nouvelles initiatives.

Enfin, je n'ai reçu, à ce jour, aucune demande de soutien de la part du groupe de direction médicaments orphelins. Il me semble qu'il convient que l'État laisse se développer la capacité créatrice et les compétences du secteur associatif et celui du non-marchand là où ils souhaitent prendre l'initiative. S'ils souhaitent me rencontrer, je les accueillerai avec un grand plaisir.

03.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord en uw openheid tot dialoog.

Ten eerste, ik herhaal dat ik de procedure tot op vandaag niet heb veroordeeld. Ik heb dat niet gedaan. Ik heb alleen opgemerkt dat wij precies breder moeten gaan. Ik heb geen enkele vorm van kritiek op de

procedure geformuleerd. In uw antwoord staat "... alvorens te veroordelen dat ...". Ik heb dat niet gedaan. Ik heb integendeel gezegd dat het een aandachtspunt is dat een andere benadering moet kennen.

Ik weet ook dat er een College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen is dat paritair is samengesteld. De leden van voornoemd College doen ook ontzettend hun best. Ik zal de laatste zijn om te betwijfelen dat daarvoor tijd en reflectie nodig is. Niettemin is het niet door een kostefficiënte prijs naar voren te brengen dat bedoelde, zeldzame zieken kunnen worden geholpen. Dat kan nooit. Integendeel, heel vaak wordt de farmaceutische sector verweten dat de sector zich enkel door winstbejag laat leiden en dat zulks enkel met blockbusters gaat. De sector krijgt ook het verwijt enkel te investeren in geneesmiddelen waarvoor er veel klanten of een hele grote groep patiënten zijn.

Het is precies daardoor dat research mogelijk is. Ik weet dat ik het niet mag zeggen, maar het is precies door onderzoekers zoals professor Van Broeckhoven dat wij weten dat voor een bepaald gendefect of voor een bepaalde aandoening wel een oplossing kan worden gegeven. Het kan echter niet zijn dat zulks volledig wordt gefinancierd. Dat is onmogelijk.

De farmaceutische sector is net een sector waar de return on investment nooit kan zijn wat ze is, zoals dat in de andere sectoren wel het geval is. Dat is de reden waarom ik voor het dossier aandacht vraag.

Ik besluit met twee vragen.

Ten eerste, ik hoor dat mevrouw de minister bereid is om de betrokkenen te ontvangen. Mevrouw de voorzitter, ik weet dat het ook uw zorg is. Ik zou willen vragen om in het najaar 2008 de stuurgroep met de voorzitter uit te nodigen, zodat zij een en ander kan toelichten.

Het is geen schande. Ik wist enkele jaren geleden ook niet wat zeldzame aandoeningen waren.

Ten tweede, wij hebben gisteren even gediscussieerd over de vraag wie de patiënt vertegenwoordigt. Ik kan u één voorbeeld geven. De weeszieken worden door de mutualiteit niet vertegenwoordigd. Zij worden vertegenwoordigd door hun eigen organisatie, met name RaDiOrg. Net omdat zij met zo weinig zijn, proberen zij de expertise en dezelfde zorgen te delen en elkaar te steunen en te versterken.

Mevrouw de voorzitter, ik hoop dus dat u op onze oproep kunt ingaan en in het najaar 2008 ook mevrouw de minister mee wil betrekken bij een soort rondetafel.

La **présidente**: Nous inscrirons cette matière à l'agenda de la rentrée puisqu'elle anticipe sur les budgets 2009.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een verlaagd btw-tarief voor medische hulpmiddelen" (nr. 5422)

04 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un taux réduit de TVA applicable à des dispositifs médicaux" (n° 5422)

04.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag zal korter zijn.

Er is een voorbeeld dat mij heeft getroffen. Vroeger reeds werd een debat gevoerd rond de mogelijkheden tot verlaging van btw voor medische hulpmiddelen. Hier gaat het echter om een specifiek verhaal, vooral omdat het hier geen kleine groep patiënten betreft, maar om honderdduizenden Belgen gaat die een antistollingstherapie volgen. Zij moeten regelmatig worden opgevolgd, hun bloed moet worden nagekeken op de stollingsfactoren en de stollingstijd. Dat wordt uitgedrukt in INR. Er bestaan apparaten waarmee zij dat zelf kunnen registreren en meten. Het is goed dat patiënten die autonomie kunnen beleven.

Ik heb de vergelijking gemaakt met de eigen glucosemetingen voor diabetespatiënten en precies daar wringt het schoentje. Zij vormen ook een belangrijke groep en voor hen geldt wel een verlaagd btw-tarief van 6%.

Dit geldt niet voor de honderdduizenden Belgen die zelf hun stollingsfactor en stollingstijd kunnen meten.

Vandaar dat ik hier een lans wil breken voor die mensen die ook behoren tot de groep van chronisch zieken. Men geneest er immers niet van.

Wij hebben onderzoek gedaan en het kan. Heel vaak zegt men dat het niet mag van Europa. In dit geval mag het wel. De Europese regelgeving laat toe om een verlaagd tarief van 6% toe te passen voor bepaalde medische hulpmiddelen.

De goederen die krachtens die regelgeving momenteel in ons land een verlaagd btw-tarief kennen werden zelfs opgenomen in het koninklijk besluit nr. 20.

Op een vraag van collega Daems op 5 mei 2008 over een mogelijk verlaagd btw-tarief antwoordde de minister van Financiën dat zijn administratie een eerste lijst heeft samengesteld met betrekking tot een aantal medische hulpmiddelen en dat deze lijst werd overgemaakt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

De draagbare INR-toestellen werden nog niet opgenomen in de lijst. Vandaar dat wij alleen maar bij u terecht kunnen om oog te hebben voor de honderdduizenden patiënten die ook chronische patiënten zijn en u te vragen of ook hier geen verlaagd btw-tarief zou kunnen gelden.

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, on me communique que l'appareil INR est un dispositif médical qui n'est pas remboursé parce que non inscrit dans la nomenclature. Dès lors, je dois demander à mon collègue le ministre des Finances d'examiner si les appareils INR peuvent être ajoutés à la liste des dispositifs médicaux pour lesquels un taux de TVA diminué de 6% est d'application. C'est ce que je me propose de faire.

04.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Espérons que vous recevrez un oui au lieu du non reçu par le Parlement.

C'est de 100.000 patients qu'il s'agit, madame la ministre, ce qui prouve l'importance du problème. Et cela ne dépend pas de votre budget.

Mais j'ai déjà posé la question au ministre des Finances qui a répondu par la négative.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: S'il me répond non, je viendrai vous faire rapport ici. Avec plaisir.

04.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mais c'est formidable. Je le retiendrai. Mais pourquoi ne pas reprendre ce dispositif dans la nomenclature?

La **présidente**: Peut-être le fait qu'il ne soit pas remboursé? C'est ce qui doit poser problème, même au niveau européen.

04.06 Yolande Avontroodt (Open Vld): Madame la ministre, il faudra donc que je vous repose une question pour vous demander d'inclure ces appareils INR au sein de la nomenclature.

La **présidente**: Le problème doit être plus large que la simple détermination d'un taux de TVA.

04.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): En tout cas, je vous remercie pour votre réponse, madame la ministre.

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

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van geneesmiddelen" (nr. 5443)

- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van herhaalvoorschriften voor chronische patiënten door apothekers" (nr. 5772)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de herhaalvoorschriften voor chronische patiënten" (nr. 6029)

05 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription de médicaments" (n° 5443)

- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exécution par les pharmaciens des prescriptions avec renouvellement pour les patients chroniques" (n° 5772)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prescriptions avec renouvellement pour les patients chroniques" (n° 6029)

05.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is een heel geëmotioneerd debat gevoerd over de vereenvoudiging van het aantal voorschriften en de administratieve belasting, zowel van de patiënt als van de voorschrijver.

Ik ben er geen pleitbezorger van om te zeggen dat men ineens voor een heel jaar zou moeten kunnen voorschrijven, waardoor de patiënt nog maar één keer moet komen. Ik ben echter niet blind voor het feit, mevrouw de minister, dat het in bepaalde omstandigheden – ik heb het ooit zelf gedaan – wel een beetje gek is dat men op elk briefje hetzelfde woord moet schrijven. Men moet dan een stapel briefjes schrijven en men mag geen herhalingsvoorschrift gebruiken. Dat is de context waarin ik u deze vraag stel.

Ik moet u niet overtuigen van de administratieve overlast. Ik ben ooit op een vergadering geweest en de huisarts in kwestie had zijn rugzak bij. In die rugzak zaten honderden boekjes die hij moest meesleuren. Als teken van administratieve rompslomp kan dat wel tellen.

Ik kom hier weer uit bij die patiënten die levenslang dagelijks hetzelfde medicament moeten innemen. Men heeft daarvoor, bijvoorbeeld, dertig verpakkingen nodig. Dat komt erop neer dat die patiënten om de veertien dagen een nieuw voorschrift moeten halen om bij de apotheker hun medicatie te kopen. Dat is de realiteit op het terrein. De arts mag die voorschriften niet in één keer afleveren, maar dat gebeurt wel, uit respect voor de patiënt, zodat hij niet telkens moet terugkomen. Dat heeft natuurlijk ook een praktische consequentie, want de arts moet dan zelf x-aantal briefjes schrijven, zonder dat men een herhalingsvoorschrift mag gebruiken waarmee de patiënt zich een aantal keer bij de apotheker kan aanbieden. Uiteraard gaat het dan om de gevallen waarin de arts er zelf mee akkoord is en hij het nuttig en veilig vindt om die patiënt niet telkenmale op controle te roepen. Uiteraard geldt dat niet voor alles, want mensen moeten wel worden gevolgd en op controle komen als zij geneesmiddelen innemen.

In duidelijk omschreven gevallen, in overleg met arts en patiënt, zou het toch te overwegen zijn om het systeem eenvoudiger te maken en een aantal geneesmiddelen voor één jaar voor te schrijven.

Ik moet er niet bij vertellen dat de levenskwaliteit van de patiënt, maar ook van de arts, erop vooruit zou gaan indien dat mogelijk zou zijn. Als de apotheker dan die aankoop op één attest zou mogen bevestigen, realiseren ook de apothekers en de mutualiteiten een voordeel, want dan is ook hun administratieve belasting minder.

Mevrouw de minister, ik herhaal het, het is niet de bedoeling om te veralgemenen, maar wel om dit in bepaalde goedomkaderde diagnoses mogelijk te maken.

Hoe staat u daartegenover? Ik weet wat u daarover in de pers gezegd hebt. Ik zou het echter ook graag hier in het Parlement horen.

Mevrouw de minister, ik heb alweer de vraag of u in overleg met de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen en specialisten voor een aantal behandelingen de administratieve vereenvoudiging mogelijk zou willen maken om gelijktijdig op één voorschrift het voorschrijven van een aantal verpakkingen toe te laten. Het is de meest eenvoudige administratieve vereenvoudiging die men zich kan voorstellen.

05.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is de voorbije weken nogal wat onrust ontstaan bij het medisch korps over die fameuze herhaalvoorschriften voor chronische patiënten.

Een deel van de misvattingen is voor een deel ontstaan door een fameus interview van u in het fameuze apothekersblad. Daarop zijn een aantal reacties gekomen. Via de medische pers hebt u ook reeds een aantal correcties gedaan.

Bij het RIZIV en de Medicomut onderzoekt een werkgroep de mogelijkheden tot het veralgemenen van herhaalvoorschriften voor chronische patiënten, zodat niet telkenmale een nieuw voorschrift door de arts moet voorgeschreven worden.

De apothekers vrezen echter dat dit zou kunnen impliceren dat het fameuze KB nr. 78, dat de bevoegdheden tussen artsen en apothekers voor een stuk regelt, wordt bijgestuurd.

Mevrouw de minister, daarom heb ik een aantal zeer concrete vragen.

Is bij de Medicomut de discussie dienaangaande aan de gang? Het principe van de administratieve vereenvoudiging wordt door iedereen onderschreven. Iedereen kent de vrij gevoelige verhouding tussen een aantal medische beroepen. In dit concreet dossier gaat het over de verhouding tussen artsen en apothekers. Dit ligt zeer gevoelig en iedereen van ons moet rekening houden met een zeker evenwicht. Is deze discussie aan de gang?

Wat is de finaliteit van het debat? Het zou goed zijn dat u vandaag als minister eens blijk geeft van wat volgens u de finaliteit is van dit debat.

Er zijn echter restricties. In de medische pers wordt gemeld dat het alleen zou gaan over medicijnen voor chronische patiënten. Alleen de medicijnen van personen die onderworpen zouden zijn aan een a priori controle zouden onder de mogelijke nieuwe regeling vallen. Een bijkomende voorwaarde in dat geval zou zijn dat het alleen gaat over voorschriften op stofnaam. Iedereen weet, en ik verwijs naar een aantal vragen van onder anderen mijzelf, dat dit een heel beperkt element is. Medicijnen op stofnaam vormen inderdaad slechts een heel beperkt deel van de uitgeschreven voorschriften. Het zou dus over een klein element gaan.

Een slotvraag betreft de fameuze verhouding apothekers-artsen. Is er in de intentie sprake van het al of niet herschrijven van het beruchte koninklijk besluit nr. 78? Ik denk dat de onrust die is ontstaan binnen het medisch korps en het apothekerskorps daartoe te herleiden is. Dit zal zorgen voor een heel gevoelige evenwichtsoefening tussen beide beroepscategorieën, die niet graag zien dat aan hun bestaande bevoegdheden wordt getornd.

05.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, on reparlera sans doute encore beaucoup de cette question à l'avenir. En effet, à l'heure actuelle, on est au stade de la réflexion.

Mevrouw Avontroodt, ik deel u mede dat er in het kader van de Overeenkomstencommissie Apothekers-Verzekeringinstellingen en bij de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, besprekingen aan de gang zijn om het geneesmiddelenvoorschrift aan te passen.

Indien de voorgestelde aanpassing door de desbetreffende organen wordt aanvaard, zal het voor de voorschrijver mogelijk zijn om voor een korte of lange periode geneesmiddelen voor te schrijven, indien dat noodzakelijk is.

De termijnen, die nuttig zijn om een rationele therapie in te stellen, moeten door voornoemde organen eerst nog verder worden besproken.

Ik kan u ook medelen dat een voorstel om meerdere verpakkingen van een vergoedbaar geneesmiddel op één voorschrift mogelijk te maken, ter studie bij de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen voorligt. Ik wacht op de officiële ontvangst van de resultaten.

Je voudrais ajouter l'une ou l'autre précision à la suite des questions subséquentes.

La discussion qui se tient à la Commission nationale Medicomut intervient dans le cadre de l'exécution du point de l'accord national 2008 qui prévoit, dans le cadre de la simplification administrative, tant l'introduction d'une procédure de prolongation automatique des autorisations de type D concernant par nature le traitement des infections chroniques, qu'une analyse de l'extension du multiplicateur facilitant la prescription de la médication pour les maladies chroniques.

Ce débat est consécutif – je l'ai déjà dit – aux travaux qui ont été entrepris dans le cadre d'une plate-forme

de concertation Medicomut et la Commission de remboursement des médicaments et qui ont abouti au dépôt de certaines propositions. Elles visent – je le répète –, notamment la suppression de l'obligation de formuler une demande de renouvellement ou de prolongation des autorisations de type D pour les spécialités visées par ce type d'autorisation, le maintien de la possibilité d'appliquer le multiplicateur pour des spécialités ou des thérapies bien déterminées et un élargissement de l'application de la prescription en DCI.

Il ne s'agit pas uniquement de médicaments soumis au contrôle a priori, mais également d'autres médicaments. Il est évident que le médecin reste responsable pour la prescription des médicaments auprès des patients chroniques. Il n'est donc absolument pas question de modifier l'arrêté royal 78.

Comme je vous l'ai dit, cette question est actuellement examinée un peu partout. J'attends toutes les conclusions avant de prendre une décision.

05.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, nog een korte vraag in de repliek. U houdt toch niet vast aan de stelling dat u die voorwaarde zou koppelen aan het voorschrijven op stofnaam? Dat is toch van de baan?

05.05 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'ai pas dit cela. Je ne me suis pas "enfermée" dans ce cadre.

05.06 Yolande Avontroodt (Open Vld): Vous avez parlé d'élargissement.

Maar hoe is het verschenen!

05.07 Laurette Onkelinx, ministre: Pour le moment je ne prends pas position, j'explique les débats qui sont en cours.

05.08 Yolande Avontroodt (Open Vld): Oui mais vous avez apparemment pris une position dans la presse.

05.09 Laurette Onkelinx, ministre: Si c'est le "Journal des médecins"...

05.10 Yolande Avontroodt (Open Vld): En effet.

05.11 Laurette Onkelinx, ministre: "Le Journal des médecins" est un journal qui est de temps en temps certainement visionnaire. C'est un journal qui souvent présuppose mes cadres, mes décisions, etc., et parfois il tombe dans mille et parfois, il tombe juste à côté. C'est un journal d'anticipation. Je ne le critique pas: je n'oserais pas!

05.12 Yolande Avontroodt (Open Vld): C'est positif que vous n'affirmiez rien, madame la ministre. C'est très bien.

05.13 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'affirme rien, j'attends.

05.14 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik meen dat wij het erover eens zijn dat er geen probleem kan zijn met betrekking tot de administratieve vereenvoudiging.

Ik stel wel vast dat er andermaal in respectievelijke werkgroepen van het RIZIV zeer veel studies gemaakt worden. Ik heb geen enkel probleem met studies, maar het zou uiteraard goed zijn indien wij zouden weten binnen welk tijds kader men eventueel denkt te kunnen landen. Wat is de finaliteit van het hele debat? Wanneer wil men eventueel het debat tot conclusies laten leiden en concrete beleidsgevolgen trekken uit de debatten die op dit ogenblik hangende zijn in een aantal RIZIV-werkgroepen?

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

Le **président**: La question n° 5509 de Mme Musin est transformée en question écrite. La question n° 5511 de Mme Jadin est reportée.

06 Questions jointes de

- M. Yvan Mayeur à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Google Health" (n° 5517)

- M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Google Health et la sécurisation de l'échange de données médicales" (n° 5691)

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Yvan Mayeur aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Google Health" (nr. 5517)

- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Google Health en de beveiliging van de uitwisseling van medische gegevens" (nr. 5691)

06.01 Yvan Mayeur (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le groupe internet Google a lancé un système de gestion de dossier médical personnel. Concrètement, il est proposé de stocker et de gérer en ligne ses propres données médicales. Ainsi, après avoir indiqué sa taille, son poids, son âge, son passif médical, ses allergies, le système permet, en fonction des symptômes enregistrés de diagnostiquer une maladie, de proposer différents traitements, d'informer sur les médications alternatives, d'alerter en cas d'éventuelle interaction médicamenteuse ou encore de permettre aux hôpitaux d'accéder au dossier du patient en cas d'urgence.

Outre la crainte de dérives mercantiles, puisqu'il s'agit d'un groupe commercial qui inclut évidemment sur les pages de ce système des liens publicitaires vers certaines chaînes américaines de pharmacie, vers certains hôpitaux et médecins, on peut s'interroger sur la protection de l'utilisation de ces données qui sont pour le moins personnelles et sensibles.

Qu'advierait-il si le dossier médical d'un patient venait à circuler sur le net? Qu'advierait-il si un employeur, une banque, une compagnie d'assurances accédaient à ces données?

En France, le vice-président de l'Ordre des médecins a pourtant souligné l'aspect positif de ce système.

Madame la ministre, quelle est votre réaction quant au développement de ce nouveau système?

Quid de la pertinence et de la justesse des traitements qui pourraient être conseillés en résultant d'un simple croisement informatique de données sans consultation médicale du patient. Une information claire énonçant les risques que ce genre de système peut intrinsèquement contenir ne serait-elle pas utile?

En ce qui concerne l'utilisation des données personnelles, notre législation permet-elle l'encadrement strict et le contrôle des hébergeurs de données de santé?

Outre mes questions, je ferai trois petites remarques.

Premièrement, je constate une certaine émotion quant au "eHealth": nous sommes loin du compte!

Deuxièmement, je suis convaincu de l'acte intellectuel du médecin, lequel passe par un contact privilégié entre le médecin et son patient.

Troisièmement, nous vivons dans un système où la publicité pour l'acte médical n'est pas autorisée. Or ici, cette publicité est permise. Cela pose donc le problème de la concurrence pour les praticiens de l'art de guérir dans notre pays et en Europe face à ce genre de pratiques.

06.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, la firme Google, qui s'est installée en Wallonie avec l'aide de la Région wallonne, a annoncé récemment le lancement de ce nouveau produit, le "facebook" de la santé. Il est possible d'y échanger des avis sur ses ennuis de santé.

Cela pose un problème éthique évident, car on imagine aisément le type d'exploitation commerciale qui pourrait être développé au départ d'un tel outil, notamment du marketing ciblé vers les malades, poussant à la surconsommation de médicaments, ce qui coûte cher à la sécurité sociale. On peut au moins craindre une rupture du secret médical et du respect de la vie privée. Cela pose plus globalement la question de la sécurisation des données médicales, qui à nos yeux doit être maximale.

Avez-vous été contactée, vous ou vos services du SPF Santé publique, par cette société au sujet de ce produit? Quelle est votre appréciation personnelle quant à ce nouveau produit? Que comptez-vous entreprendre vis-à-vis des citoyens belges, de Google, de vos collègues européens en charge de la Santé pour remettre en cause cette offre et empêcher les dérives qui ont été pointées par mon collègue et moi-même? Quelles sont vos options en matière de protection des données médicales? Ne pensez-vous pas qu'il convient de veiller à ce qu'elle soit maximale?

06.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, j'ai effectivement pris connaissance de l'existence des développements de "Google-Health". Cela fait partie des nouvelles applications que les géants de l'informatique tentent de mettre sur le marché.

Ce projet n'est, à l'heure actuelle, disponible qu'aux États-Unis. Je crois d'ailleurs à cet égard que les firmes comme Google ou Microsoft, qui développent ce genre de projet, sont assez conscientes de la différence d'approche qui existe de part et d'autre de l'Atlantique au sujet de la protection des données médicales et surtout de la mercantilisation du secteur de la Santé. Un projet comme "Google-Health" ou comme son concurrent "HealthVault" de Microsoft n'est évidemment pas applicable mutatis mutandis en Europe.

Sur le fond du dossier, mon opinion est nuancée. Je pense que, tant que ces applications restent à l'usage exclusif du patient, leur développement peut constituer une plus-value. À ce jour, l'information médicale qui circule sur internet est totalement incontrôlable et invérifiable. Le fait d'inciter les patients à utiliser des outils qui structurent et valident les informations médicales peut être un progrès considérable. En outre, l'idée de transposer le carnet de santé sur un support numérique me semble un progrès intéressant.

Je suis cependant d'accord avec vous pour estimer qu'une information aux patients concernant les dangers inhérents à l'utilisation d'un tel support est importante. Il rentre d'ailleurs dans mes intentions de me concerter avec les mutuelles pour voir dans quelle mesure elles ne pourraient pas jouer un rôle dans cette information.

Bien entendu, mon approche est tout à fait différente, dès lors que des tierces personnes peuvent avoir accès aux données contenues dans ces dossiers et ce, d'autant plus que les données médicales sont des données particulièrement sensibles qui font l'objet de dispositions particulières de protection dans la loi "Privacy" de 1992. Cela implique que ces nouvelles applications entrent dans le champ de la relation entre patients et praticiens ou institutions de soins, en clair, qu'elles servent de support à des dossiers médicaux informatisés.

À ce jour, mes services ont effectué un important travail d'homologation des logiciels médicaux. Cette homologation offre toutes les garanties nécessaires aux patients et aux praticiens en termes de sécurité et de confidentialité des données. Cette procédure de labellisation est utilisée pour l'octroi aux praticiens de primes pour l'utilisation de ces supports numériques.

Il me semble évident que le développement de produits gratuits ou financés par la publicité pose évidemment problème et ouvre le débat d'une possible obligation d'homologation pour les logiciels utilisés dans le cadre de la gestion des données médicales qui exclurait toute application informatique ne répondant pas à des critères de sécurité, d'absence de publicité et de confidentialité.

L'autre dimension du problème est celle du transfert de ces données médicales.

Comme vous le savez, nous sommes actuellement dans un processus de mise en place de la plate-forme eHealth. La discussion du texte de loi commencera la semaine prochaine dans cette commission, par des auditions.

Cette plate-forme a pour objectif de constituer le nœud de toutes les communications de données médicales dans le pays. eHealth ayant pour ambition première d'offrir une interface sécurisée entre les différents acteurs du monde de la santé, il est évident que toute application ne répondant pas à ces exigences en matière de sécurité des données serait irrémédiablement exclue du champ de la plate-forme.

06.04 Yvan Mayeur (PS): Madame la présidente, j'entends bien la réponse de Mme la ministre.

Le danger avec ce genre de question, c'est que quand on ose interpellier internet, on passe pour un ringard! Il n'est donc pas question qu'il en soit ainsi.

Pour ma part, j'ai soutenu des développements de projets informatiques entre des médecins et des hôpitaux en faveur des patients de ma ville. Cela me semblait indispensable. Cela marche bien. Je soutiens le projet eHealth dans son intention. Il s'agit évidemment d'une évolution positive.

Ce qui me dérange – je le répète – c'est l'autodiagnostic et l'autotraitement, phénomènes qui vont à l'encontre de l'acte intellectuel posé par le médecin auquel il faut rester attaché.

Par ailleurs, il y a la question de la dérive commerciale au profit de produits pharmaceutiques ou médicaux fabriqués aux États-Unis.

Selon moi, la santé, même si elle est devenue un marché, ne doit pas pour autant s'étendre à ce niveau.

La santé comme l'éducation doivent rester des éléments essentiels qui doivent échapper à la sphère marchande dans la mesure du possible. C'est à ce niveau que se situe ma crainte par rapport à Google Health. Ce n'est pas le modèle technique informatique qui me gêne, mais plutôt l'utilisation que l'on peut en faire.

06.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Il est vrai qu'internet peut nous apporter le meilleur et le pire. Une des caractéristiques d'internet est qu'il n'a pas de frontière. Quand on dit que c'est destiné au public américain, je pense que des interconnexions peuvent se faire et que cela doit nous engager à la plus grande prudence.

J'ai d'abord été étonné d'entendre votre ouverture concernant l'aide à la constitution d'un dossier médical personnel. La difficulté est effectivement de poser des balises pour éviter les dérives que M. Mayeur et moi-même avons décrites. On pourrait donc faire un choix et interdire ce contenu sur internet mais, dans le même temps, j'entends positivement votre appréciation. Vous avez parlé des mutuelles et des signaux qu'elles pourraient donner aux patients et aux citoyens. On pourrait se demander également pourquoi elles n'aideraient pas leurs affiliés à encoder, stocker et analyser leurs données personnelles de santé. On sait que cela peut jouer un rôle en matière de prévention. Mais il s'agit d'être particulièrement prudent.

En posant cette question sur "Google Health", je connaissais aussi le projet "eHealth" dont je savais qu'il allait venir en commission à un moment ou à un autre. Nous reviendrons à ce débat la semaine prochaine, mais je pense qu'il y a des choses sur lesquelles on ne peut pas transiger en matière de protection des données personnelles de santé et nous devons nous donner une obligation de sécurité maximale.

Pour "Google Health", on voit que c'est une initiative commerciale dont on a dit tout le mal que nous en pensions. Avec eHealth, on doit se donner, a contrario, un objectif de sécurité maximale. Nous pourrions y revenir dès la semaine prochaine, notamment dans le cadre des auditions qui auront lieu en commission de la Santé.

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

07 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van extern personeel in het operatiekwartier" (nr. 5470)

07 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de personnel extérieur dans le quartier opératoire" (n° 5470)

07.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, het gebeurt steeds meer dat extern personeel, verbonden aan firma's die medisch materiaal leveren aan ziekenhuizen, aanwezig is in het operatiekwartier. De bedoeling daarvan is een ziekenhuisarts bij te staan wanneer hij bepaalde producten of nieuwe moderne technieken zoals implantaten moet gebruiken en er zeggend technisch advies moet worden verstrekt door personeelsleden van die firma's.

Aangezien dit steeds meer voorkomt, vrijwel bij elke belangrijke operatie, rijzen er steeds meer juridische vragen. Welke handelingen kan een dergelijk iemand stellen? Wie is aansprakelijk wanneer er iets verkeerd loopt? Hoe moet worden omgesprongen met de regels voor geheimhouding? Moet het ziekenhuis op de hoogte zijn van het feit dat een beoefenaar in de gezondheidszorg een beroep doet op externen? Wie draagt de kosten voor de assistentie van dit extern personeel?

In principe is de zelfstandige ziekenhuisarts verantwoordelijk voor de ingreep en zou hij aansprakelijk zijn voor de fouten van de hulppersonen die hij onder zijn verantwoordelijkheid heeft ingeschakeld bij een ingreep.

Artikel 10 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, dat ook van toepassing is op de medische hulpmiddelen, verbiedt om in het kader van het leveren, voorschrijven, afleveren of toedienen van geneesmiddelen rechtstreeks of onrechtstreeks premies of voordelen in geld of in natura in het vooruitzicht te stellen, aan te bieden of toe te kennen aan groothandelaars, personen die geneesmiddelen mogen voorschrijven, afleveren of toedienen, alsook aan instellingen waar het voorschrijven, het afleveren of het toedienen van de geneesmiddelen plaatsvindt.

Indien een firma systematisch extern personeel ter beschikking stelt van een arts om hem te helpen bij een ingreep zonder dat de arts hiervoor de kosten moet dragen, kan er dus sprake zijn van een inbreuk op artikel 10 van de wet op de geneesmiddelen. De arts ontvangt dan immers een voordeel waarvoor hij niet moet betalen.

De situatie is evenwel anders wanneer het optreden van het extern personeel kadert in het verschaffen van informatie over nieuw materiaal of verband houdt met de studie en het extern personeelslid bijvoorbeeld betrokken is bij de inzameling van gegevens.

Externe personeelsleden die aanwezig zijn in een operatiekwartier krijgen vaak heel gevoelige informatie te zien over patiënten. Het spreekt voor zich dat zij het vertrouwelijk karakter van die gegevens moeten respecteren. Het is dus van belang dat er transparantie is bij de firma, de arts, het ziekenhuis en bij de patiënt over de rol die deze externe personeelsleden in de toekomst meer en meer zullen spelen in operatiekwartieren. Dit vermijdt problemen inzake aansprakelijkheid en geheimhouding. Afhankelijk van de taken die door het extern personeelslid worden verricht, zal dit personeelslid bovendien aan bepaalde diplomavereisten moeten voldoen.

Kortom, al deze vragen en bemerkingen wijzen erop, mevrouw de minister, dat er een grijze zone is op dit vlak. Het lijkt mij derhalve noodzakelijk en zelfs dringend dat de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zich hierover buigt en ter zake een advies aan u uitbrengt, zodat de wettelijke regelingen desgevallend sluitend kunnen worden gemaakt.

Ik zou met andere woorden graag uw standpunt ter zake vernemen. Ik zou ook graag te weten komen of u overweegt om hierover advies te vragen aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Tot daar deze wat lange, maar toch belangrijke vraag.

Présidente: Colette Burgeon.

Voorzitter: Colette Burgeon.

07.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik kwam inderdaad recent in kennis van deze problematiek. Ik ben mij bewust van de verschillende problemen die door deze situatie kunnen ontstaan.

Dit dossier werd geanalyseerd door mijn kabinet, samen met de bevoegde administraties - de FOD Volksgezondheid, DG2 en het Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Er kunnen inderdaad op meerdere vlakken vragen worden gesteld. Ten eerste, over de illegale uitoefening van de geneeskunde of de verpleegkunde naargelang het soort activiteit dat effectief wordt toegepast. In dat geval zouden de professionelen, zowel artsen als verpleegkundigen, verantwoordelijk kunnen worden gesteld.

Een dergelijk probleem bestaat niet wanneer de externe medewerkers hun interventies beperken tot technische raadgevingen inzake het goede gebruik van het gebruikte materiaal. Het gaat hierbij om zeer complex materiaal en de goede kennis ervan door het personeel van het bedrijf dat het maakt, helpt de arts bij het gebruik ervan tijdens een ingreep. Zij moeten eveneens het huishoudelijke reglement respecteren van elk operatiekwartier waar men hen om raad vraagt.

C'est délicat. Je suis très précise.

Ten tweede, over de verantwoordelijkheid in geval van een incident, het volgende. De professionelen - artsen en verpleegkundigen – blijven uiteraard, naargelang het geval, volledig verantwoordelijk voor de uitgevoerde handelingen.

Het beroepsgeheim moet door elke persoon worden gerespecteerd die wegens zijn beroepsactiviteit kennis krijgt van informatie over een patiënt.

Ten vierde, met betrekking tot het eventueel niet respecteren van artikel 10 van de geneesmiddelenwet, de bedrijven mogen hun personeel alleen gratis ter beschikking stellen als het over nieuw materiaal of over een complexe procedure gaat, wat de raad van het personeel dat dit perfect beheerst, rechtvaardigt.

Ik ben van plan om deze regels in herinnering te brengen in een rondzendbrief. Indien nodig zal ik adequate maatregelen nemen die nodig zijn voor het garanderen van een maximale veiligheid van de patiënten.

07.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u omdat uw antwoord even uitvoerig was als de vraag en uw inging op alle facetten ervan.

Het gaat om een groeiend probleem. Ik heb mij daarover laten informeren. Heupprothesen bijvoorbeeld, kunnen bestaan uit 7.000 verschillende onderdelen, naargelang de situatie. Dokters weten dat het materiaal op de markt is, maar kunnen het niet altijd zelf toepassen, ook al omdat het soms nieuwe materialen zijn. Zij krijgen technische assistentie.

Ik voel dat u een strikte afbakening maakt, in navolging van artikel 10. Wanneer men strikt binnen zijn taak blijft, mag men geen voordelen in natura bieden bij het afleveren van medische hulpmiddelen of geneesmiddelen. In een aantal gevallen wordt vastgesteld dat die mensen soms echt wel de knechtjes van dokters worden. Zij komen telkens helpen bij een operatie omdat het gemakkelijk is. Zo spaart men meteen een instrumentalist uit. Daardoor rijst dan wel een probleem van aansprakelijkheid. Deze vraag is gebaseerd op situaties die zich in de praktijk voordoen.

Ik denk dat het inderdaad noodzakelijk is om een rondzendbrief op te stellen, zodat men weet waaraan men zich moet houden, ook qua aansprakelijkheid, met betrekking tot artikel 10 van de geneesmiddelenwet.

Mevrouw de minister, u hebt op een vraag nog niet geantwoord.

Overweegt u om ter zake een advies te vragen aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen?

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: On y a réfléchi avec tout le monde, nous nous sommes tous concertés longuement. Faut-il encore solliciter le Conseil supérieur des établissements hospitaliers? Je vais y réfléchir. Je peux effectivement demander un avis, mais un avis, c'est une consultation.

07.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA): U kunt een adviesopdracht uitschrijven. Dan moet de nationale raad zich daarover buigen en, zoals bij veel dergelijke materies, een advies aan u voorleggen. Begrijp ik het goed dat u verder zult onderzoeken of u al dan niet een advies zult vragen?

07.06 Laurette Onkelinx, ministre: Cela veut dire que je vais examiner l'intérêt de le faire. Je ne sais pas encore si je le ferai, mais je travaille à une solution. Je vous ai répondu précisément.

07.07 Luc Goutry (CD&V - N-VA): U zal verder onderzoeken of er een advies al dan niet moet gegeven worden. Wij stellen precieze vragen, wij moeten precieze antwoorden krijgen.

07.08 Laurette Onkelinx, ministre: Je vous ai répondu précisément.

07.09 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Précisément, avec un point d'interrogation!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Bisphénol A présent dans certains biberons" (n° 5712)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la toxicité des biberons en plastique" (n° 6253)

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van bisfenol A in sommige zuigflessen" (nr. 5712)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijkheid van plastic zuigflessen" (nr. 6253)

08.01 **Marie-Martine Schyns** (cdH): Madame la ministre, j'ai été récemment interpellée par de jeunes parents, dont je fais partie, à propos des biberons en polycarbonate. Ils sont susceptibles d'être dangereux pour la santé des bébés à un moment particulier: lors de leur réchauffement.

Le Bisphénol A (BPA), présent dans le polycarbonate, migrerait lors d'un réchauffement, par exemple, dans un micro-ondes. Le phénomène pourrait entraîner des perturbations neurales et endocriniennes. Certains conseilleraient donc d'éviter d'utiliser ces biberons contenant le composant en question.

Au Canada, suite à une étude de l'incidence du BPA sur les nourrissons jusqu'à 18 mois, réalisée par Santé Canada, le gouvernement fédéral est sur le point d'interdire ces fameux biberons.

Madame la ministre, des études ont-elles été réalisées ou sont-elles en cours dans notre pays, sur cette matière?

N'y a-t-il pas lieu d'appliquer chez nous le principe de précaution et de déconseiller l'usage de biberons en polycarbonate? Quel est, à ce sujet, l'information donnée aux jeunes parents?

Doit-on mettre en garde vis-à-vis d'autres contenants en polycarbonate, susceptibles de recevoir de la nourriture et surtout d'être réchauffés?

08.02 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ce matin, je parlais des pyjamas d'enfant avec M. Magnette et nous parlons à présent de biberons: nous restons donc dans la politique de protection du consommateur et de la santé.

Je me suis inquiétée, comme Mme Schyns, de l'écho de certaines recherches scientifiques qui démontrent que les bouteilles ou biberons libèrent du BPA et jusqu'à 55 fois plus rapidement quand ils sont en contact avec de l'eau bouillante.

Le problème du BPA est qu'il limite les oestrogènes, hormones sexuelles féminines, et est donc capable de perturber le système hormonal du corps humain, une propriété qu'il a en commun avec beaucoup de polluants présents dans les produits de consommation courante et qui s'appellent les "perturbateurs endocriniens".

Sur les rats et souris, le BPA provoque un grand nombre d'effets très déplaisants comme des tumeurs, des cancers de la prostate, la puberté précoce, des fausses couches, des anomalies de spermatozoïdes, des diabètes de type 2, tout un programme que chacun tient à épargner surtout à ses enfants.

La question est donc d'affiner les connaissances sur la concentration exacte de cette substance et sur le niveau à partir duquel elle devient néfaste pour l'être humain. De façon générale, il convient de protéger les plus faibles et surtout les nouveau-nés.

D'autres gouvernements et les auteurs de ces études scientifiques proposent aux consommateurs d'éviter les biberons en plastique au profit des bouteilles en verre, d'utiliser de l'eau tiède, d'éviter le micro-ondes, le lave-vaisselle et de jeter les bouteilles usagées.

Je poserai donc les mêmes questions que Mme Schyns. Existe-t-il une étude sur les quantités de Bisphénol A contenues dans les biberons en plastique vendus en Belgique? Par ailleurs, êtes-vous en train de mettre en place une campagne de sensibilisation de la population, et plus précisément auprès des mères afin qu'elles évitent certaines pratiques considérées comme risquées?

08.03 Laurette Onkelinx, ministre: Mesdames, je vais vous répondre à toutes les deux, même si j'ai déjà répondu précédemment à cette question. Je demanderai aux services de se montrer particulièrement vigilants: plus de cinquante questions sont posées cet après-midi – et ce sont parfois les mêmes que l'on repose!

08.04 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Cela signifie aussi que vous êtes un ministre très important! Certains de vos collègues ne doivent jamais répondre à des questions, et c'est aussi frustrant.

08.05 Laurette Onkelinx, ministre: Certains ont des secrétaires d'État pour répondre à leur place.

La question de l'utilisation du Bisphénol A dans la fabrication de matériaux en polycarbonate destinés au contact alimentaire, et particulièrement des biberons, est bien connue. Cette question 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 la directive européenne 2002/72 et ses modifications et fixe une limite de migration spécifique stricte pour le Bisphénol A.

Cette limite a été déterminée en tenant compte de l'avis de l'Autorité européenne de la Sécurité des Aliments (l'EFSA). Les contrôles dans le secteur des matériaux destinés au contact alimentaire sont opérés par l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire.

Dans le cadre des programmations d'échantillons, des contrôles sur la migration de Bisphénol A dans les biberons et gobelets en polycarbonate ont conclu que toutes les concentrations mesurées étaient inférieures à la limite spécifique de migration.

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 au contact alimentaire de la Commission européenne; un représentant de l'EFSA y assistait d'ailleurs. À la demande de la Commission européenne, l'EFSA a décidé de procéder à la réévaluation du Bisphénol A à la lumière des nouvelles informations disponibles, et notamment des données canadiennes et américaines. Cette réévaluation se déroulera dans des délais très brefs.

En attendant les résultats de cette réévaluation, il n'est pas envisagé actuellement, au niveau européen, de modifier la situation réglementaire existante. Nous évaluerons la nécessité de revoir les restrictions actuelles en fonction des résultats de la réévaluation de l'EFSA.

En ce qui concerne les conditions d'utilisation des biberons, il y a lieu de noter que les tests menés pour déterminer les taux de migration sont effectués en prenant en compte les conditions d'utilisation réelles de l'objet. En cas de doute, on choisit les conditions de température et de temps les plus sévères. Les migrations sont toujours mesurées dans les conditions les plus dures.

Il n'est donc pas prévu, dans l'état actuel des choses, de mettre en place de nouveaux outils de sensibilisation. Nous le ferons si l'étude de réévaluation amène des éléments nouveaux.

08.06 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, merci pour votre réponse. Je tiens à m'excuser si la question a déjà été posée. Il s'agit d'un domaine en constante évolution puisque les études au Canada le montrent. Je suis heureuse d'apprendre que l'EFSA réalise une réévaluation; cela me paraît important.

Nous resterons attentifs aux conclusions. Je vous remercie d'avance de l'attention que vous consacrez à ce problème.

08.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, je dirai la même chose: mes excuses pour la répétition.

La seule chose que j'ajouterai, c'est que j'estime important d'informer les publics les plus défavorisés et d'obtenir que l'information leur parvienne aussi. Sinon, la sensibilisation reste au niveau d'une classe de citoyens suffisamment informés. Toutes les mères doivent avoir accès à cette information.

La **présidente**: Surtout que le biberon en plastique est d'un usage plus facile.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la polémique autour du médicament pour arrêter de fumer Champix" (n° 5733)

09 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de polemiek rond het rookstop geneesmiddel Champix" (nr. 5733)

09.01 **Colette Burgeon** (PS): Madame la vice-première ministre, les responsables européens de la pharmacovigilance doivent se réunir très prochainement pour examiner le cas du Champix.

Ce médicament, dont le principe actif est la varénicline, une substance qui se fixe sur les cellules du cerveau sensibles à l'action de la nicotine, est l'objet d'une vive polémique depuis quelques semaines. Selon le magazine en ligne e-Santé.be, il aura suffi d'une recommandation de prudence de l'Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé (l'AFSSAPS) quant aux risques accrus d'envie suicidaire dans le chef de certains utilisateurs pour que beaucoup s'affolent. Ce magazine semble relativiser cette mise en garde, estimant qu'elle ne mérite pas de créer une telle panique. Il est vrai que le nombre d'incidents relevés en France est très faible: sur 200.000 patients traités, on dénombre 15 cas qui vont de l'anxiété aux troubles de l'humeur, mais aussi jusqu'à la tentative de suicide.

Cependant, la polémique fait également rage aux États-Unis où, selon le "Wall Street Journal", près de 1.000 incidents sérieux, cardiaques et diabétiques, ont été répertoriés en un seul trimestre, constituant ainsi un record jamais atteint par un médicament sur un laps de temps aussi réduit.

Chez nous, suivant la presse écrite, neuf plaintes auraient été enregistrées depuis le lancement du produit sur le marché belge en septembre 2006 jusqu'à la fin de l'année dernière: trois cas pour des problèmes de système nerveux, trois autres pour des réactions dermatologiques, un infarctus; un saignement, et un cas de trouble dans le fonctionnement de la thyroïde.

J'en viens à mes questions, madame la vice-première ministre.

Le taux particulièrement élevé de réussite de ce traitement – 44% – le rend très attrayant auprès des fumeurs qui désirent arrêter la consommation de tabac et a conduit les autorités à autoriser son remboursement depuis le début de cette année. Les services de la Santé publique valident-ils les chiffres relatifs au nombre de plaintes incriminant le Champix qui ont été publiés dans la presse? Si oui, ces chiffres restent-ils dans la norme?

Ensuite, les services de la Santé publique partagent-ils l'opinion de l'Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé selon laquelle, d'une part, l'existence d'un lien entre la varénicline et les envies suicidaires est très plausible et, de l'autre, le risque d'une tentative de suicide qui réussirait serait trop important pour être ignoré? Dans ce cas, quelles sont les mesures préconisées pour mettre en garde médecins et patients?

Enfin, qu'attendez-vous de la rencontre des responsables européens de la pharmacovigilance sur le sujet? Pouvons-nous espérer de leur part des réponses claires qui éteignent la polémique et permettent aux acteurs de la santé et aux patients d'agir en toute connaissance de cause?

Je vous remercie de vos réponses.

09.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Mme Lejeune me pose une question sur les risques liés à l'utilisation de la Varinicline.

La **présidente**: Je l'ai contactée mais elle n'est pas dans la maison. Elle a demandé que sa question n° 5739 soit transformée en question écrite.

09.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Très bien.

Les effets indésirables du Champix sur le système nerveux central sont bien connus de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé ainsi que de l'Agence européenne des médicaments puisque ce médicament a été autorisé selon la procédure européenne centralisée. La gestion coordonnée des risques

est assurée par l'Agence européenne des médicaments.

Depuis la commercialisation du Champix en Belgique en septembre 2006, l'Agence fédérale des médicaments a reçu 16 notifications d'effets indésirables relatives au système nerveux central dont des cas d'idées suicidaires, tentatives de suicide, d'agressivité, de troubles du sommeil et de la personnalité, sur un total de 32 cas notifiés. Les chiffres publiés dans la presse qui font état de 9 cas d'effets indésirables de tous types portent sur la période comprise entre la commercialisation du médicament en Belgique et décembre 2007.

Ces chiffres sont communiqués à l'EMA et entrent dans la base de données européenne Eudra-Vigilance. Ils sont dès lors pris en compte avec l'ensemble des effets indésirables rapportés par les autres pays de l'Union européenne pour l'évaluation de la balance bénéfice-risque du médicament. Tant que cette balance reste positive, ces chiffres relatifs aux risques du médicament peuvent être considérés comme acceptables eu égard à son bénéfice.

Rappelons que la Belgique participe bien entendu à cette évaluation puisqu'elle est représentée aussi bien dans le groupe de travail européen de pharmacovigilance qu'au comité des médicaments à usage humain.

Une évaluation des effets indésirables du Champix avait déjà eu lieu à l'EMA en décembre 2007 et elle a conduit à une révision du résumé des caractéristiques du produit (la notice réservée aux professionnels) et de la notice destinée aux patients du Champix avec l'introduction d'un avertissement quant aux risques d'idées suicidaires et de tentatives de suicide.

En complément à la pharmacovigilance de routine, le plan de gestion des risques dont j'ai fait mention prévoit de collecter des données relatives aux populations à risque non étudiées initialement, avec la mise en place d'études cliniques dans la phase suivant la mise sur le marché. Les populations concernées sont les sujets de moins de 18 ans, les patients présentant une pathologie cardiovasculaire, les patients présentant une broncho-pneumopathie obstructive et les patients présentant une psychose.

En outre, en décembre 2007, à la suite des données de pharmacovigilance relatives au risque de suicide, l'EMA a demandé à Pfizer, détenteur de la molécule du Champix, de procéder à une étude clinique spécifique destinée à étudier le problème des suicides et des tendances suicidaires afin de lui trouver le plus rapidement possible une explication objective.

L'Agence fédérale du médicament au même titre que l'Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé participent au même groupe de travail de pharmacovigilance européen et ont, par conséquent, un avis similaire sur la question. Outre l'adaptation des notices effectuée fin 2007, un communiqué a été publié par l'EMA et l'Agence fédérale du médicament le 17 décembre 2007, informant les professionnels de la santé et le public de l'ajout de cet avertissement dans les notices.

Par ailleurs, le numéro du mois de mai 2008 des "Folia Pharmacotherapeutica", édités par le Centre belge d'Information pharmacothérapeutique (CBIP) et envoyé à tous les médecins du pays, a repris, dans sa rubrique "Communiqués du centre de pharmacovigilance", le Champix parmi les médicaments qui peuvent induire des dépressions et idées suicidaires.

Le CBIP, ASBL financée par l'Agence fédérale des médicaments, diffuse gratuitement aux professionnels de la santé certaines publications dont les "Folia Pharmacotherapeutica".

Les experts du groupe de pharmacovigilance européen et ceux du comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne examinent les risques relatés par rapport au bénéfice du Champix. Les résultats de cette évaluation iraient vers un renforcement supplémentaire des notices concernant le risque de suicide.

Enfin, étant donné que le Champix n'est remboursé que depuis peu, il faudra attendre janvier 2009 pour que l'INAMI, via son suivi de programmes Pharmanet, puisse donner les chiffres concernant le nombre de patients à qui le Champix a été remboursé. Sur la base des données de vente fournies par la firme, plus ou moins 59.000 patients ont au moins commencé un traitement avec un petit conditionnement de Champix. De ce nombre, sur base des grands conditionnements vendus, et étant donné qu'un traitement complet est de douze semaines, on peut estimer que plus ou moins 30.000 patients ont pris un traitement complet de Champix en 2007.

09.04 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Il est bien de prévenir les effets secondaires éventuels. Il s'agit d'un nombre assez réduit par rapport aux annonces faites. Ce médicament a énormément de succès car il est très efficace pour arrêter de fumer.

En janvier 2009, si nous sommes encore là, je reviendrai sur cette question.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Hilde Vautmans aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zelfmoord" (nr. 5722)

- mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de golf van zelfmoorden" (nr. 5874)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een betere bestrijding van zelfmoord bij jongeren" (nr. 6049)

10 Questions jointes de

- Mme Hilde Vautmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suicide" (n° 5722)

- Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vague de suicides" (n° 5874)

- M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'amélioration de la lutte contre le suicide des adolescents" (n° 6049)

10.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, mijn vraag dateert van een tweetal weken geleden, toen wij met een golf van zelfmoorden bij jongeren werden geconfronteerd. Sommigen, zoals ikzelf, spraken in paniek zelfs van een zelfmoordepidemie.

Op 23 mei 2008 was er het geval van een jongen in het Koninklijk Atheneum in Denderleeuw en op dezelfde dag het geval van een 14-jarig meisje in Antwerpen. Op 29 mei 2008 ondernamen twee meisjes van 15 en 16 jaar in een school in Zaventem een poging tot zelfmoord. Op 30 mei pleegden in het Waalse Gosselies twee nichtjes van 15 en 16 jaar zelfmoord. Hier stopt, gelukkig, voorlopig mijn lijstje.

Voornoemde opeenvolging van telkens twee zelfmoorden of pogingen tot zelfmoord bij jongeren kan misschien puur toeval zijn. Evenwel kan niet worden ontkend dat België het in de zelfmoordstatistieken absoluut niet goed doet. Op wereldvlak staan wij voor de mannen op de dertiende plaats en voor de vrouwen op de negende plaats. Jaarlijks benemen zich in Vlaanderen alleen al 25 à 30 jongeren van het leven, wat een heel stuk hoger ligt dan het aantal zelfmoorden bij jongeren in bijvoorbeeld Nederland.

Een van de verklaringen die op het fenomeen worden geplakt, is dat de jongeren in Vlaanderen zich moeilijker en minder zouden uitdrukken, waardoor zij gemakkelijker naar drank of drugs zouden grijpen. Dat is een van de verklaringen, maar wij hebben eigenlijk geen juiste verklaring.

Heeft het te maken met natuurlijke fenomenen of met sociale omstandigheden? Gaat het gewoon om kopeergedrag? Hadden de zelfmoorden met examenstress te maken of hadden ze, zoals daarnet ook al naar werd verwezen tijdens de vraag over het gebruik van Shampix, met illegaal of legaal druggebruik te maken? Immers, ook op het vlak van legaal druggebruik – medicatie en psychofarmaca – staat België aan de top.

In dezelfde periode dat de zelfmoorden zich voordeden, kreeg mevrouw Vautmans de aandacht van de media met cijfers in verband met zelfdoding in de Belgische ziekenhuizen. Volgens de cijfers die de minister haar in antwoord op een schriftelijke vraag had bezorgd, gaat het over 300 zelfmoorden per jaar, waarvan 200 in algemene ziekenhuizen.

Mevrouw de minister, eind 2007 informeerde ik ook bij u naar het aantal niet-natuurlijke sterfgevallen in de psychiatrische ziekenhuizen en op de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen in België tussen 1998 en 2007. Maar eind vorig jaar, dus eind 2007, kon ik spijtig genoeg slechts cijfers tot en met 2004 ontvangen. Daarom heb ik de volgende vragen.

Beschikt u ondertussen ook over de correcte cijfers van niet-natuurlijke sterfgevallen voor het jaar 2005 en het jaar 2006?

Ten tweede, is er geen instituut dat de statistieken in verband met niet-natuurlijke sterfgevallen, niet-natuurlijke sterfgevallen bij jongeren en niet-natuurlijke sterfgevallen in psychiatrische ziekenhuizen of in algemene ziekenhuizen systematisch bijhoudt? Zo niet, op welke instantie kunt u dan wel een beroep doen?

Ten derde, hebt u naar aanleiding van de recente oproepen en de recente gebeurtenissen op het vlak van zelfdoding al enig initiatief genomen om genoemd fenomeen en de mogelijke oorzaken ervan ernstig te onderzoeken?

Ten vierde, hoe staat u tegenover de vraag naar een nationaal actieplan inzake zelfdoding en de mogelijke invulling van bedoeld plan op federaal niveau?

10.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la problématique du suicide est un élément qui nous perturbe énormément. Différents faits nous interpellent: deux jeunes filles de Gosselies ont été retrouvées mortes à la suite d'un suicide commun; le même jour à Anvers, une adolescente qui s'était suicidée à été inhumée et la veille, deux jeunes filles de l'athénée de Zaventem ont été sauvées in extremis après avoir ingurgité des doses massives de médicaments. Cela pose évidemment problème.

Selon Béatrice Lekeu, thérapeute au centre de prévention du suicide, le nombre de jeunes se donnant volontairement la mort reste stable, mais il n'en demeure pas moins vrai que le suicide à l'adolescence représente la deuxième cause de décès chez les garçons de 15 à 24 ans et la troisième chez les filles du même âge.

Seule la vigilance de l'entourage doit permettre d'éviter ces drames. En effet, certains signes avant-coureurs peuvent indiquer une tentative de suicide à venir: un changement brusque de comportement, un mutisme soudain, un isolement, l'arrêt de la fréquentation de ses amis, l'agressivité. Les périodes d'examen sont en outre des périodes de forte recrudescence du phénomène.

Madame la ministre, ne serait-il pas opportun de communiquer plus avant, afin que ces signes précurseurs soient mieux portés à la connaissance des parents, notamment à l'approche des examens de fin d'année, de manière qu'un nombre de plus en plus réduit de nos jeunes concitoyens ne commettent cet acte funeste, tellement horrible et qui est quand même un échec de notre société? Vos services ont-ils les moyens d'intervenir rapidement et de manière récurrente en la matière?

10.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, le suicide est évidemment quelque chose de tout à fait bouleversant. Je vous prie déjà de m'excuser car je vais parler de chiffres, de budgets et de pourcentages, alors qu'on a envie de parler d'une réalité qui fait mal à tous ceux qui sont concernés. Votre question m'incite cependant à être précise et à citer des chiffres.

Je répondrai aussi à la question de Mme Vautmans, même si celle-ci est absente. Elle pourra ainsi lire ma réponse dans le compte rendu intégral.

Je voudrais notamment lui rappeler que les données chiffrées sur les suicides en général dans les hôpitaux psychiatriques, qui ont été fournies à une question déjà posée, doivent être correctement interprétées. J'ajouterai à la réponse de la question écrite posée préalablement qu'une série de points doivent être rectifiés.

Les chiffres sur le suicide dans les hôpitaux psychiatriques provenant des données psychiatriques minimales sont ceux des décès causés par suicide dans les hôpitaux psychiatriques, les sections psychiatriques des hôpitaux généraux, les maisons de repos psychiatriques et les initiatives des habitations protégées.

Les chiffres sur le suicide dans les hôpitaux généraux venant des données cliniques minimales concernent des séjours pour lesquels le suicide a été mentionné dans le diagnostic secondaire. Il est important d'insister sur le fait qu'on ne peut se prononcer sur le lieu où la tentative de suicide s'est passée, dans ou en dehors de l'hôpital. Les personnes qui font une tentative à domicile et décèdent ensuite à l'hôpital sont aussi reprises dans ces chiffres. Il était évidemment important de le souligner!

En outre, les chiffres doivent être vus en rapport avec le nombre total d'hospitalisations. Le pourcentage de décès avec diagnostic secondaire suicide dans les hôpitaux généraux par rapport au nombre total d'hospitalisations s'élève à 0,00639% en 2004 et 0,00657% en 2005. Le pourcentage de suicides dans les hôpitaux psychiatriques par rapport au nombre total d'hospitalisations dans ces institutions s'élève à 0,103% en 2004, à 0,086% en 2005 et à 0,091% en 2006.

Si l'on examine ces données par rapport au nombre total des hospitalisations, le nombre de suicides dans les hôpitaux généraux paraît avoir un facteur 13 à 16 fois inférieur à celui dans les hôpitaux psychiatriques. Si, dans des cas de décès avec diagnostic suicidaire dans les hôpitaux généraux, la tentative de suicide se fait en grande partie à domicile, on a alors une toute autre image.

En ce qui concerne les RPM (résumés psychiatriques minimums), les chiffres les plus récents datent de 2006. Ceux des RCM (résumés cliniques minimums) datent de 2005. Les données RCM pour 2006 sont attendues à la fin de ce mois.

Wat de vraag van mevrouw De Bont betreft, dient opgemerkt te worden dat zij de cijfers heeft opgevraagd van de niet-natuurlijke overlijdens, specifiek in de psychiatrie ziekenhuizen en de psychiatrie afdelingen van de algemene ziekenhuizen. In het antwoord op die vraag zijn de psychiatrie verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen dus niet opgenomen.

Eind 2007 werden reeds de cijfers tot en met 2004 bezorgd. Ondertussen zijn ook die van 2005 en 2006 beschikbaar.

Uit de registratie van de minimale psychiatrie gegevens blijkt dat in 2005 en 2006 respectievelijk 93 en 95 mensen een onnatuurlijke dood stierven tijdens hun opname in psychiatrie ziekenhuizen of psychiatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen. Uitgesplitst volgens doodsoorzaak blijkt het in 2005 te gaan om 79 zelfmoorden, 13 accidentele overlijdens en 1 geval van doodslag. In 2006 waren er 82 zelfmoorden, 12 accidentele overlijdens en opnieuw 1 geval van doodslag. De cijfers liggen dus iets lager dan in 2003 en 2004, toen er nog telkens 98 niet-natuurlijke overlijdens werden geregistreerd, waarvan respectievelijk in 2003 en 2004 86 en 89 zelfmoorden.

Mevrouw De Bont vraagt ook of er geen instituut bestaat dat systematisch de cijfers over niet-natuurlijke overlijdens, niet-natuurlijke overlijdens bij jongeren en niet-natuurlijke overlijdens in de psychiatrie en algemene ziekenhuizen bijhoudt. Ik wil er haar op wijzen dat de overlijdens, met de doodsoorzaken, in de algemene bevolking terug te vinden zijn in de overlijdensstatistiek, die echter tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren en dus tot de bevoegdheid van mijn collega's aldaar. De overlijdens in de algemene en psychiatrie ziekenhuizen worden bijgehouden in de minimale klinische gegevens en de minimale psychiatrie gegevens, die onder mijn bevoegdheid vallen en waaruit bovenstaande cijfers afkomstig zijn. Voor zover ik weet, bestaat er echter geen instituut dat de beide soorten gegevens centraliseert.

En mai 2006, une étude-pilote a été lancée dans trois hôpitaux belges par le ministre Demotte. Ce projet avait pour objectif de fixer les meilleures pratiques pour l'approche triangulaire du Plan fédéral en vue de lutter contre les suicides, à savoir prévoir un meilleur traitement médicamenteux, assurer une meilleure hospitalisation thérapeutique des patients suicidaires dans les services d'urgence et garantir un suivi plus intensif où la collaboration entre les services d'urgence et les médecins traitants est centrale.

À partir des résultats de cette étude, un guide pratique a été rédigé avec des recommandations concrètes pour aider les urgentistes et leurs collaborateurs et les médecins traitants à reconnaître les patients suicidaires et à les accompagner. Des recommandations ont aussi été faites pour la prescription de médicaments à des patients à tendance suicidaire – on ne fait pas le Champix. Ce guide pratique a été remis à tous les médecins généralistes et les services d'urgence en Belgique.

Les compétences en matière de suicide sont en effet réparties entre le niveau national et les entités fédérées. L'accent doit être mis sur les signes avant-coureurs. La prévention est donc un élément crucial: les Communautés et les Régions doivent organiser des campagnes de sensibilisation et d'information à l'intention des parents.

La prise de mesures adéquates et concrètes dans la lutte contre le suicide est une des priorités. En raison du besoin de coordonner l'interaction et la dépendance mutuelle des compétences à chaque niveau, un

sous-groupe "suicide" a été mis sur pied au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. Ce sous-groupe a entre autres pour mission de rédiger si nécessaire un protocole entre l'État fédéral et les entités fédérées en vue de faire baisser le nombre de tentatives de suicide et de suicides et d'améliorer la prévention tertiaire.

Ce point sera à nouveau mis à l'agenda de la "task force" pour vérifier quelles initiatives supplémentaires devront être entreprises, notamment le développement d'une aide psychiatrique urgente. Dans le budget des moyens financiers, un montant a en effet été prévu en 2008 de 3.679.000 euros pour le développement de celle-ci, comme faisant partie d'un trajet de soins. Les modalités concernant l'utilisation de ces moyens sont en préparation et pourront jouer un rôle important dans le cas de la problématique du suicide.

10.04 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik denk dat zelfdoding bij jongeren en psychiatrische patiënten een probleem is, dat iedereen van ons moet beroeren. Er zijn ook verschillende vragen gesteld over andere aspecten. Als het op cijfers aankomt, kan men uiteraard geen appels met peren vergelijken. Ik zal ook cijfers opvragen bij onze collega's bij de Vlaamse overheid. Misschien kan men dat ook bij de Waalse overheid doen, waar wij niet direct een evenknie hebben.

Gisteren verscheen in de krant dat wij heel veel psychofarmaca gebruiken. In Wallonië is dat nog hoger dan in Vlaanderen. Ik weet niet of dat ergens in de cijfers wordt weerspiegeld. Ik denk dat het de verantwoordelijkheid van ons allemaal is om naar een oorzaak van de hoge zelfmoordcijfers te zoeken.

10.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse. Cette dernière me satisfait totalement car j'estime que, quand il s'agit d'un problème aussi grave et aigu que celui-là, il ne doit pas y avoir de frontière ni mentale, ni psychologique, ni politique ou linguistique. Ce qui doit primer, c'est le résultat à atteindre. Tous les opérateurs appartenant à ce domaine doivent donc s'unir.

Je tiens donc à remercier Mme la ministre, notamment pour ce qu'elle a dit en ce qui concerne la convocation d'un sous-groupe de travail de la Conférence interministérielle.

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

10.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, puis-je vous rappeler que je dois participer à une autre réunion à partir de 17 heures? Je serai donc obligée de vous quitter un peu avant 17 heures.

La **présidente**: Mme Lejeune a transformé sa question n° 5739 en question écrite.

11 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les aides permettant aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles" (n° 5743)

11 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de steun om bejaarden zo lang mogelijk thuis te laten wonen" (nr. 5743)

11.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, suite à ce que vient de dire Mme la ministre, j'imagine que je ne pourrai pas poser mes autres questions inscrites à l'ordre du jour. Je suppose donc qu'elles seront reportées. Ce faisant, je pourrai participer à la commission Climat et Développement durable sans être sanctionné.

Cela dit, madame la ministre, la population belge vieillit, comme le démontrent les études récentes du Bureau du Plan.

En 2030, un quart de la population aura plus de 65 ans. Le phénomène est encore plus important en Flandre qu'en Wallonie puisque, depuis l'an passé, la moyenne d'âge est supérieure dans cette région. Cette situation est due notamment au développement de la richesse qui y est plus importante.

L'accessibilité des bâtiments aux personnes âgées et moins valides doit donc être prise en compte dans la politique à conduire. Les besoins en équipements facilitant la vie de ces personnes vont croître. Il va falloir, comme c'est déjà le cas dans les pays scandinaves, doter les bâtiments publics d'ascenseurs, d'escaliers mécaniques, portes automatiques, de mains courantes, de systèmes motorisés d'ouverture des fenêtres et volets. Mais il va aussi falloir aider les personnes à équiper leur logement afin de leur permettre de rester le

plus longtemps possible chez elles. Il faut savoir que la plupart du temps, les personnes âgées sont des femmes. Il faudra leur offrir le plus grand confort et leur éviter de devoir payer cher une place en maison de retraite.

Madame la ministre, quelles actions comptez-vous mener pour aider les personnes âgées au revenu souvent réduit à acquérir ces outils. D'ailleurs, il faudra également un jour prévoir des incitants fiscaux en la matière.

Mais pour l'heure, je voudrais savoir quelle est votre position en la matière.

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, le logement, vous le savez, ne relève pas de ma compétence.

Cependant, comme vous l'avez souligné, il est impératif d'aider les personnes âgées à équiper leur logement afin de leur permettre de rester le plus longtemps possible chez elles, ce qui correspond au souhait de la majorité.

Le protocole III du 13 juin 2005, conclu entre l'autorité fédérale et les entités fédérées en ce qui concerne la politique de la santé à mener envers les personnes âgées, a dans ses objectifs de favoriser au maximum le maintien à domicile de ce groupe cible.

C'est la raison pour laquelle durant la période couverte par ce protocole, soit du 1^{er} octobre 2005 au 1^{er} octobre 2010, il est prévu qu'en collaboration avec l'État fédéral, les Communautés et les Régions, 20% des moyens disponibles seraient affectés à la création de formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Lorsque l'on parle de formes alternatives de soins et de soutien aux soins, on vise la création d'une offre pour les personnes âgées vulnérables vivant à domicile, notamment par le biais de nouvelles fonctions et activités de soins et de soutien aux soins. Un exemple est l'ergothérapeute à domicile qui va pouvoir guider la personne âgée et son entourage dans les aménagements nécessaires à son maintien à domicile. En effet, l'action de l'ergothérapeute à domicile se traduit par l'adaptation de l'environnement physique et social à la personne dépendante et ce, afin d'optimiser ses fonctions résiduelles et de pallier ses incapacités par des aides extérieures tout en diminuant le stress créé par une situation d'échec.

En tenant compte des caractéristiques du logement, du tissu relationnel, l'ergothérapeute va agir sur les fonctions motrices, sensorielles, psychiques, cognitives et sociales de la personne âgée dépendante.

Celui-ci va lui restituer la plus large autonomie possible, et donc une estime de soi accrue. Une intervention rapide de l'ergothérapeute à domicile peut retarder le déclin fonctionnel de la personne âgée dépendante, démente ou non, voire permettre de réintroduire des activités et, par conséquent, de postposer ou d'éviter une institutionnalisation. Ce rôle sera particulièrement important pour les personnes atteintes de démence, car l'ergothérapeute, agissant à domicile, pourra déterminer le niveau de stimulation adéquat nécessaire à la maximalisation de l'autonomie de la personne. Il aidera les familles à comprendre l'origine et le sens de l'agressivité de la personne atteinte. Il peut s'agir, notamment, d'un environnement non adapté. Il aidera les familles en leur procurant des ressources pour adapter leurs relations avec la personne démente. Par son action, l'ergothérapeute aidera donc à promouvoir la qualité de vie de la personne atteinte, mais également celle des aidants proches. C'était un exemple, évidemment, mais voilà notamment ce sur quoi nous travaillons.

11.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie vraiment pour votre réponse, cette fois-ci encore. Effectivement, il s'agira d'une politique transversale à mener aussi dans le cadre des attributions de votre secrétaire d'État et, d'autre part, avec les Finances. Ce point est extrêmement important et nous aurons l'occasion d'y revenir.

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

12 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van bloedproducten" (nr. 5825)

12 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales

et de la Santé publique sur "la sécurité des produits sanguins" (n° 5825)

12.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de veiligheid van bloedproducten is al vaak een voorwerp van discussie in deze commissie geweest. Ik kom op de problematiek terug omdat recente onderzoekresultaten hebben uitgewezen dat er dringend aandacht nodig is voor de risico's die bacteriële besmetting van plaatjes bij bloedtransfusie opleveren voor de veiligheid van patiënten. Bacteriële besmetting van bloedproducten wordt nu als het grootste risico op besmetting door transfusie beschouwd.

Wat is de situatie op het terrein? Er is een standaard screening die onvoldoende gevoelig is voor deze bacteriële besmetting. Er zijn methodes die veiliger en reeds beproefd zijn, met name de inactivering van de pathogenen is een veilige, goedgekeurde methode om de risico's van bacteriële besmetting tegen te gaan.

Dokter Richard Benjamin, de Chief Medical Officer van het Amerikaanse Rode Kruis heeft onlangs in de commissie voor de Volksgezondheid de recente onderzoeken en resultaten toegelicht. Hij heeft ons opgeroepen om met alle mensen die met volksgezondheid zijn begaan het probleem nader te bekijken.

De technologie is niet nieuw. Ze bestaat sedert 2003. Dat is de technologie van de pathogene inactivatie. Het gebruik van deze technologie bij bloedplasma werd reeds op 11 juli 2007 met een ministerieel besluit goedgekeurd. Voor plaatjes werd het wetgevend kader echter nog niet geconcipeerd. Het budget voor de volledige inactivatie van bloedplaatjes in België werd daarentegen wel goedgekeurd door het RIZIV in 2007.

Mevrouw de minister, hebt u kennis van de studies waarnaar dokter Benjamin heeft verwezen inzake de kans op bacteriële besmetting door transfusie van plaatjes? Welke gevolgen verbindt u aan deze resultaten voor de veiligheid van de patiënten? Welke initiatieven zult u nemen om het voorziene budget toch te benutten?

12.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, het verbeteren van de veiligheid van bloedproducten is voor mij van groot belang. Recent zijn er verschillende producten en procedures voor de uitvoering van de pathogene inactivatie op de bloedplaatjes verschenen.

Ik kom tot uw eerste vraag. Na lezing van de recente literatuur, onder meer de artikels waar u naar verwijst, heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten reeds sinds enkele weken een advies over de efficiëntie en de toepasbaarheid van al deze producten aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd. Dit advies wordt in juli verwacht.

Ik kom tot uw tweede en derde vraag. Ingeval van een gunstig advies van de Hoge Gezondheidsraad zal het Federaal Agentschap van mij de instructie krijgen om een ontwerp van KB op te stellen met het doel de pathogene inactivatie van virussen te verplichten.

In afwachting is het FAGG ook bezig met een herziening van de prijs van het bloed en de bloedproducten om de kosten van deze pathogene inactivatie in rekening te brengen en te compenseren. Na de vaststelling van de prijs zal het RIZIV daarmee rekening kunnen houden voor terugbetaling.

12.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, begin juli verwacht u het advies. Dan kunnen wij die zekerheid verhogen. Dat zal een heel belangrijke en, ook voor u, veilige situatie zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "telemonitoring" (nr. 5826)

13 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le télémonitoring" (n° 5826)

13.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook deze vraag is vroeger al eens gesteld, maar ook hier is er nog weinig vooruitgang. Vandaar dat ik de vraag opnieuw stel.

Mijn vraag gaat over de COPD-patiënten, alweer een groep chronische patiënten. We doen niets anders dan

over de chronische patiënten spreken. Van deze groep, patiënten die lijden aan chronisch obstructief longlijden, zijn er 680.000 in België. Daarvan lijdt een aanzienlijk aandeel, namelijk 104.000, aan een ernstige vorm van COPD. Het grootste deel van de uitgaven wordt gedaan voor een minderheid van patiënten. Dat is een constante die u waarschijnlijk ook nog zult tegenkomen bij de doorlichting van de verschillende uitgaven. De grootste uitgaven zijn voor de meest ernstige aandoeningen, uiteraard vanwege de hospitalisatie.

COPD is nog altijd een van de meest belangrijke redenen van hospitalisatie. Nu is er een instrument dat dit kan verhelpen en waarvan de gezondheidseconomische effecten reeds werden bestudeerd en in kaart gebracht. Het gaat om de telemonitoring. De heer Mayeur heeft over Google Health gesproken. Dit gaat over telegeneeskunde, ook een van de instrumenten die u in de toekomst zal moeten toelaten om het budget te managen en beheersbaar te houden. Dat wil zeggen dat men, hoewel er een fysieke scheiding is, toch onder toezicht van de behandelend arts staat en dat het contact tussen behandelend arts en patiënt, waarover de heer Mayeur het had, wel gestand blijft en wel nog mogelijk blijft.

Vandaar dat wij ervoor willen pleiten om samen te werken met de twee universitaire centra, met name Luik en Brussel, die een pilootstudie voorbereiden om de invloed te testen van de coaching door de huisarts met behulp van thuisbewaking door telemetrie, voor ernstige COPD-patiënten die frequente aandoeningen hebben of frequente exacerbaties van hun aandoening. Het gaat er dan vooral om de invloed op de hospitalisatiefrequentie en hospitalisatieduur in kaart brengen, en niet het minst, mevrouw de minister, de invloed op de levenskwaliteit, het inspanningsvermogen, de longfunctie en de mortaliteit van deze patiënten.

De telemonitoring bij COPD-patiënten komt uiteraard niet alleen de patiënt ten goede maar betekent ook een besparing voor het RIZIV die wordt geraamd op 197 miljoen euro per jaar.

Vandaar, mevrouw de minister, de volgende vragen. Wat is uw houding ten aanzien van die pilootstudie? En in welke mate zult u initiatieven als deze inzake telemonitoring verder ondersteunen?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de minister, collega's, in de toekomst kan medische telematica in belangrijke mate bijdragen tot het uitoefenen van de geneeskunde, de rol van de patiënt en de organisatie van het systeem van de zorgverstrekking.

De overheid moet bijgevolg de reglementering op zodanige wijze aanpassen dat de nieuwe technologieën eerst nuttig gebruikt kunnen worden en nadien worden aangemoedigd, waarbij tegelijk een hoog beschermingsniveau voor de bevolking gegarandeerd wordt en rekening gehouden wordt met de financiering van de specifieke prestaties.

De FOD Volksgezondheid is rechtstreeks betrokken bij de voorbereiding van de toekomstige aanbeveling van de Europese Commissie in verband met de acties die moeten gevoerd worden om het afremmen te vermijden bij het gebruik van telegeneeskunde, in het bijzonder de toepassingen inzake telemonitoring en teleradiologie.

In het raam van de werkgroep Telegeneeskunde, die onder het mandaat van de commissie Telematica werkte, werd trouwens een eerste Belgisch voorstel van advies uitgewerkt. Deze tekst spitst zich toe op de minimale criteria die gerespecteerd moeten worden, maar moet nog herzien worden binnen een meer operationele optiek.

De vragen inzake de interoperabiliteit – de mogelijkheid voor elektronische informatiesystemen die gezondheidsgegevens beheren om onder elkaar eenduidig te kunnen communiceren door precieze standaarden te gebruiken – vinden hier een bijzonder interessant toepassingsgeval, in de mate dat het project waarnaar u verwijst deelneemt aan deze dynamiek en de uitdagingen naar voren kan brengen inzake de ontwikkeling van een oplossing. Zo is er de technische interoperativiteit van de infrastructuur.

Andere aandachtspunten zijn van organisatorische aard zoals opleiding, aanvaarding door de actoren, kwaliteitsprocedures, accreditatie en noodzakelijke kwalificaties, aangepaste financiële modellen en wettelijke en reglementaire verantwoordelijkheid zoals onder meer rechten en plichten van de verschillende betrokken actoren, bescherming en vertrouwelijkheid van de gegevens. Een rechtstreeks samenwerking met het proefproject is ter zake dan ook zeer goed te overwegen.

Tot slot beoogt het wetsontwerp e-health ook het beschikbaar stellen van een bepaald aantal basisdiensten,

bijvoorbeeld de beveiligde identificatie en authenticiteit van de zorgverstrekkers of het versleutelen van de gegevens die de beveiligde, elektronische overdracht van gezondheidsgegevens mogelijk moet maken tussen alle gezondheidsactoren.

13.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Dank u, mevrouw de minister. Ik hoor bij u toch een positieve noot. U staat hier blijkbaar voor open. Het is evident dat er uiteraard garanties moeten zijn voor de privacy en de certificatie van de gegevens.

Ik zou alleen mijn vraag willen herhalen hoe u concreet staat ten aanzien van de ondersteuning van de pilootstudies die momenteel aan de gang zijn. Zou het niet nuttig zijn om dit ook mee te nemen? U bent ook niet ingegaan op de gezondheidseconomische aspecten.

13.04 Laurette Onkelinx, ministre: Non, puisque nous sommes occupés à tout examiner. Je trouve cela intéressant, mais nous verrons.

13.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Oui, mais ceci est assez concret. Très concret pour le confort des patients en premier lieu.

13.06 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, oui, certainement. Je suis d'accord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Plan d'Action National Alcool" (n° 5849)

14 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Nationaal Alcoholplan" (nr. 5849)

14.01 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en effet, j'avais déposé la question avant les propositions des différents ministres de la Santé concernés. Vous avez présenté vos propositions hier et nous aurons l'occasion d'y revenir et d'en débattre. Voilà une dizaine de jours que j'avais déposé cette question qui concernait l'implication de divers secteurs.

Bien sûr, pour ce qui concerne les objectifs globaux du plan: la prévention des dommages liés à l'alcool, le combat contre la consommation inadaptée, donc abusive, et la création d'une politique intégrée, tout le monde peut s'y rallier.

Par contre, par rapport à la méthode, je vous poserai quelques questions.

Le groupe de travail a effectivement rassemblé beaucoup de monde, comme des ministres, des administrations, des experts du monde médical, du monde scientifique et des associations. Cependant, il semble qu'une partie des acteurs n'ait pas été impliquée dans l'élaboration de ce plan. Ainsi, les secteurs de la production et de la distribution, n'ont pas été associés à la préparation du plan. Pourtant, une grande partie des mesures contenues dans ce plan les impliqueront et provoqueront la modification de la réglementation de ce secteur et certains de ses comportements.

J'ajouterai que le secteur horeca n'a pas non plus été consulté alors qu'il est aussi concerné par certaines orientations du plan.

Je ne sais si l'on peut déjà évoquer un plan à proprement parler ou s'il ne s'agit encore que de propositions. En effet, nous ne sommes pas encore parvenus à la phase de concrétisation.

Madame la ministre, comment comptez-vous associer tout le secteur industriel et horeca aux débats sur le Plan national alcool?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, nous aurons l'occasion de discuter dans cette commission du Plan national alcool. Les ministres de la Santé de l'ensemble du pays, sur la base de recommandations d'experts, ont voulu donner quelques directions dans lesquelles il convient d'avancer en termes d'interdits, de sensibilisation, de sécurité routière, etc.

Il faut maintenant négocier certaines de ces mesures avec les autres ministres du gouvernement en charge des Finances, des Affaires économiques, de la Sécurité routière. Les secteurs concernés seront bien évidemment intégrés dans les négociations.

En matière de santé, je peux vous dire que l'alcoolisme est très néfaste. L'alcoolisme est très important chez les jeunes dans notre pays, selon les chiffres dont nous disposons. Nous avons par exemple prévu une mesure visant à interdire la vente de bière et de vin dans les grandes surfaces.

Je ne demanderai pas son avis au secteur horeca. En matière de santé publique, il est évident qu'il faut avancer. Nous sommes un des rares pays de l'Union européenne où il n'existe pas ce genre d'interdiction. Pour mettre en œuvre cette mesure, il va falloir négocier avec le secteur et les ministres compétents.

Autre exemple, il faut séparer les alcools et les boissons non alcoolisées dans les commerces. Pour mettre en œuvre cette mesure, il est nécessaire de négocier avec le ministre des Affaires économiques et avec le secteur.

14.03 Valérie De Bue (MR): Nous sommes tous d'accord sur les objectifs globaux, le secteur y compris. C'est aussi dans son intérêt. Pour avancer dans ce débat et concrétiser ces mesures, il faut éviter de diaboliser un secteur ou d'opposer un secteur à un autre. Il est plus intéressant d'avancer ensemble. Un groupe brassicole a déjà mis en place la campagne de prévention "Respect sixteen". On peut évaluer le degré d'intérêt de cette campagne, mais elle a le mérite d'avoir été lancée.

Je pense que nous avons tout intérêt à associer le plus de monde possible afin de réussir ce projet. Il semblerait que l'OMS elle-même a incité les pays à travailler en concertation avec le secteur industriel.

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

*La réunion publique de commission est levée à 16.57 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.57 uur.*