

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 24 SEPTEMBER 2008

Namiddag

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

du

MERCREDI 24 SEPTEMBRE 2008

Après-midi

La séance est ouverte à 14.13 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De vergadering wordt geopend om 14.13 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Bonjour à tous, j'espère que les vacances vous auront été agréables. Notre réunion durera jusqu'à 16.15 heures. Les points qui n'auront pas pu être traités aujourd'hui seront reportés à la commission suivante. Nous verrons avec la ministre si elle pourra venir la semaine prochaine ou si la réunion aura lieu ultérieurement.

Je demande à chacun de respecter son temps de parole.

La question n° 7118 de M. Goutry est reportée.

01 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des pharmaciens" (n° 7121)

01 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van de apothekers" (nr. 7121)

01.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, selon une communication de la police fédérale, le nombre d'agressions à main armée contre les pharmaciens a augmenté de manière spectaculaire au cours de la première moitié de l'année 2008, par rapport à la même période de référence pour 2007. Il apparaît que c'est particulièrement dans les grandes villes, notamment à Bruxelles, que les malfaiteurs trouvent leur terrain de prédilection.

Il semble également que plus de la moitié des pharmaciens déclarent avoir été confrontés à de la violence au cours de la même période.

Madame la ministre, disposez-vous d'un état des lieux des attaques visant les pharmaciens au cours de ce semestre?

Avez-vous eu des contacts avec le ministère de l'Intérieur à ce sujet?

En 2006, on avait évoqué des primes, à hauteur de 500 euros, pour aider les pharmaciens à installer des dispositifs de sécurité. Qu'en est-il?

Question subsidiaire: que représente votre petit nœud rose?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, monsieur Baeselen, je commencerai par vous donner quelques explications à ce sujet. C'est quand même le plus important!

"Pink Ribbon" est une action menée par toute une série de magazines féminins qui s'intéressent au cancer du sein. Ceux-ci ont fait un travail magnifique. Ils parlent non seulement des dernières avancées médicales mais ils traitent aussi, pour la femme, de la manière d'être belle avant, pendant et après. Aujourd'hui, c'est la journée "Pink Ribbon". Voilà pourquoi je porte ceci, d'autant plus que je suis marraine de l'action.

La **présidente**: Un groupe commun à la Chambre et au Sénat travaille d'ailleurs sur le cancer du sein. Pour rappeler le cancer du sein, nous portons donc, un jour par an, ce petit nœud rose

01.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Baeselen, quant à votre question, premièrement, j'ai effectivement remarqué qu'il n'existait aucun système de collecte des informations concernant les agressions dont sont victimes les pharmaciens. Je connais évidemment le problème et, comme vous l'avez dit, ceci relève du ministère de l'Intérieur. Or, ce système de collecte n'existe pas.

Deuxièmement, depuis que je suis ministre de la Santé, je n'ai pas été interpellée par les pharmaciens au sujet de mesures particulières. Je suis cependant tout à fait disposée à analyser les demandes, comme cela a été fait à l'époque.

Vous avez raison de dire qu'en 2006, une prime de sécurité avait été prévue. Il s'agissait en fait d'une intervention unique de 500 euros octroyée aux pharmaciens qui le souhaitaient, en vue d'améliorer la sécurité. Cette intervention était accordée à chaque pharmacien titulaire d'une officine ouverte au public.

L'arrêté royal est paru au Moniteur belge le 13 juillet 2006. Selon mes informations, toutes les pharmacies qui adhéraient, au 1^{er} janvier 2006, à un office de tarification reconnu, soit 5.209 pharmacies, ont bénéficié de cette intervention. Le budget total dépensé à ce jour est de 2,6 millions d'euros. Cette mesure a manifestement servi! Je rappelle cependant que, jusqu'à présent, je n'ai pas été interpellée par le secteur mais que je reste bien entendu à l'écoute.

01.04 Xavier Baeselen (MR): Je m'orienterai vers le ministre de l'intérieur pour des statistiques plus précises. Je remercie la ministre pour sa réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le bilan de la conférence de Mexico sur le sida" (n° 7132)**
- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les freins à l'accès aux traitements contre le VIH" (n° 7166)**

02 Samengevoegde vragen van

- **de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de balans van de aidsconferentie in Mexico-stad " (nr. 7132)**
- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de belemmering van de toegang tot behandelingen tegen HIV" (nr. 7166)**

02.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, madame la ministre, ma question faisait partie des questions déposées cet été. Un certain nombre d'entre elles ont été transformées en questions écrites. Cependant, j'ai estimé que cette question portait sur un sujet méritant de faire l'objet d'un développement en commission. En effet, c'est cet été que se déroulait la Conférence internationale sur le sida qui a rassemblé, pendant une semaine, 24.000 spécialistes venus évaluer l'état des forces contre cette maladie. En effet, 33 millions de personnes sont infectées aujourd'hui par le virus du sida.

Ces scientifiques ont donc fait le point sur ce fléau tant en termes de prévention que de traitement. Rien qu'en 2007, la maladie a fait 2,2 millions de morts et 2,7 millions de personnes ont contracté le virus. Malheureusement, les mauvaises nouvelles ne manquent pas, puisque le virus semble flamber à l'est de l'Europe, en Asie et ravage l'Afrique.

Selon les experts les plus pessimistes, au moins une génération passera encore avant que l'on dispose d'un véritable premier vaccin contre la maladie, même si ces derniers jours et ces dernières semaines circulent de bonnes nouvelles, notamment au départ de la Belgique, quant à de nouveaux vaccins.

Madame la ministre, quelle fut la contribution belge à cette conférence internationale, tant sur le plan politique que scientifique? Quels enseignements peut-on tirer de cette conférence en ce qui concerne la prévention et la lutte contre le sida dans notre pays?

02.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai également déposé une série de questions écrites durant cet été et à l'instar de M. Baeselen, j'ai estimé que cette question méritait d'être développée en commission. Cette question vient d'ailleurs compléter celle posée par mon collègue.

La Conférence internationale sur le sida vient de se terminer au Mexique sur le constat que nombre de séropositifs nécessitant un traitement ne peuvent pas y accéder en raison du prix très élevé de ces derniers. Je n'évoquerai même pas l'attitude de certains pays, comme l'Afrique du Sud, dont le comportement s'est avéré pour le moins bizarre à ce sujet. D'ailleurs, le président qui partageait la position de ce pays vient de démissionner. Malheureusement, votre homologue ne l'a pas encore fait.

Bien évidemment, je comprends que les laboratoires qui ont mis au point ces molécules salvatrices veuillent rentabiliser leurs investissements. C'est légitime et nécessaire pour pouvoir financer de nouvelles recherches porteuses d'espoir dans la lutte contre cette terrible maladie.

Cependant, je ne puis m'empêcher de revenir sur certaines questions que j'ai évoquées durant le printemps. Ainsi, en ce domaine précis, les laboratoires pharmaceutiques jouent-ils le jeu en permettant l'accès de leurs brevets aux fabricants de génériques lorsque ces brevets arrivent à échéance et tombent dans le domaine public?

Votre collègue m'a, certes, rassuré, sur le fait que les modifications de brevet n'empêchaient pas les fabricants de médicaments génériques de fabriquer les médicaments concernés par lesdites modifications. Je m'étonne cependant de ne voir aucun générique, à ma connaissance, concernant des molécules anciennes, certaines même antérieures à l'apparition du sida, puisque mises au point au départ pour d'autres pathologies.

Cela m'inquiète, d'une part, pour la charge que les remboursements de ces médicaments font peser sur notre couverture santé, ces traitements s'avérant fort onéreux, d'autant qu'ils sont non susceptibles d'interruption, mais aussi, d'autre part, quant à l'impossibilité des malades des pays pauvres d'accéder auxdits traitement sauf à se mettre en infraction avec le droit international en la matière.

En outre, cela n'empêche pas les nouvelles molécules d'être vendues à des prix encore plus prohibitifs limitant du coup l'octroi de ces dernières à certaines cohortes de patients bien précises.

Madame la ministre, voulez-vous me donner des précisions quant à l'amélioration de l'accès de ces traitements, anciens ou récents, tant en termes de moindre coût que de plus grande délivrance?

02.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, vous devez savoir que la contribution belge à la Conférence internationale sur le sida a été importante et effective dans de nombreux domaines, tels que les essais cliniques et les stratégies de traitement, l'assistance internationale, l'épidémiologie et la prévention, les personnes vivant avec le virus du sida, les systèmes de santé et la délivrance de traitements antirétroviraux, la recherche pharmaceutique, les droits de l'homme, les complications liées au traitement, l'accès au traitement, les aspects socio-économiques, etc. La contribution belge s'est exprimée par le biais de 75 communications qui sont reprises dans les publications de la conférence. Je possède en tout cas les titres de ces 75 communications que je compte vous déposer pour attester de l'importance de la contribution belge.

Les enseignements tirés de la conférence sont nombreux et variés, considérant le grand nombre des participants (24.000) et le nombre de communications. Cette conférence a montré que le virus reste un problème très important au niveau mondial et qu'il est essentiel de poursuivre la recherche à long terme, même si plusieurs échecs sont intervenus récemment dans la mise au point d'un vaccin, et de soutenir évidemment la mobilisation de tous les secteurs impliqués dans la lutte contre cette maladie.

En ce qui concerne la situation en Belgique, le nombre de cas diagnostiqués reste élevé avec 1.052 diagnostics d'infection VIH rapportés pour l'année 2007. Les chiffres soulignent le lien étroit existant entre la Belgique et l'Afrique subsaharienne. Ils indiquent l'importance de l'attention aux populations migrantes tant dans les domaines de la prévention que de la prise en charge des patients.

Les chiffres indiquent aussi que les comportements se modifient et que les prises de risque semblent plus

fréquentes au cours des dernières années, particulièrement parmi la population homosexuelle masculine, où une recrudescence de nombre de diagnostics d'infection VIH a été observée.

Les efforts d'éducation et de prévention, ainsi que la lutte contre toute discrimination doivent donc être poursuivis et intensifiés.

Quant au cadre international de la protection des médicaments par des patentes, régissant l'accès à des médicaments génériques, il est élaboré par l'Organisation internationale du Commerce. Par conséquent, cette matière n'est pas de mon ressort. Il s'agit de l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC).

Cependant, pour information, je tiens à rappeler que cet accord, qui est entré en vigueur au 1^{er} janvier 1995, porte sur cinq grands domaines:

- la façon d'appliquer les principes fondamentaux du système commercial et des autres accords internationaux relatifs à la propriété intellectuelle;
- la manière d'accorder une protection adéquate aux droits de propriété intellectuelle;
- la façon dont les pays doivent faire respecter ces droits;
- les modalités pour régler les différends entre les membres de l'OMC au sujet de la propriété intellectuelle;
- les dispositions transitoires spéciales durant la période de mise en place du nouveau système.

Ces accords prévoient une flexibilité pour les pays membres comme, par exemple, le "compulsory licensing". Cette licence permet, sans l'accord du dépositaire de la patente, d'utiliser une invention pour la production ou la vente de médicaments génériques avant l'expiration de la patente. La logique veut qu'une patente étant un privilège accordé par un gouvernement, celui-ci a le droit de limiter ce privilège pour le bien de sa population.

Le deuxième exemple porte sur l'importation parallèle, qui implique l'importation de produits sous patente sans l'accord du dépositaire de la patente d'un pays tiers. De la sorte, le pays peut rechercher le meilleur prix.

Enfin, le "Bolar provision" permet aux pays producteurs de médicaments génériques de se préparer à produire un générique avant l'expiration d'une patente, en testant d'ores et déjà leurs produits et en établissant préventivement les accords régulateurs.

02.04 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, je remercie la ministre pour sa réponse complète. Je me félicite, bien entendu, que la contribution scientifique belge ait été importante à cette conférence internationale, comme en témoignent les intitulés des différentes communications qui y ont été présentées.

De plus, je partage le souci de la ministre quant à la politique de prévention, qui doit être coordonnée avec les Communautés, relativement à certains publics cibles qui sont exposés à un risque plus élevé de contamination.

02.05 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Nous suivrons ce dossier attentivement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 **Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les services intégrés de soins à domicile de Bruxelles" (n° 7122)**

03 **Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging van Brussel" (nr. 7122)**

03.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, madame le ministre, cette question touche la problématique des soins mais aussi la plomberie institutionnelle, en particulier à Bruxelles où sont compétentes pour cette matière la COCOF, la VGC et la COCOM.

Les services intégrés de soins à domicile ont été mis en place par le gouvernement fédéral en 2002. Ils ont pour mission de réunir des structures et des personnes qui œuvrent dans le domaine des soins à domicile.

Un financement fédéral est prévu, avec une répartition par habitant, par zone et par entité.

En ce qui concerne la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, la répartition par zone de soins du subside entre le service intégré de soins à domicile qui se reconnaît comme appartenant à la Communauté flamande, le service intégré de soins à domicile qui se reconnaît comme appartenant à la Commission communautaire française et le service intégré de soins à domicile qui se reconnaît comme appartenant à la Commission communautaire commune se fait selon une clé de répartition déterminée par l'autorité compétente.

Le montant forfaitaire serait calculé sur la totalité des habitants de la Région et réparti en trois parts: 60% pour la COCOF, 20% pour la VGC et 20% pour la COCOM.

Malheureusement, une certaine opacité semble régner au niveau du budget fédéral et de la ventilation du subside au sein des services intégrés de soins à domicile de la COCOF.

Par conséquent, madame la ministre, pouvez-vous dresser un état des lieux clair et précis en ce qui concerne le volet Santé publique du financement à Bruxelles?

Confirmez-vous la clé de répartition dont j'ai parlé?

Qu'en est-il de la ventilation du subside fédéral au sein des services de soins intégrés COCOF? Des accords ont-ils été conclus? Dans l'affirmative, quelle en est la teneur?

Je pense que la question est d'importance par rapport à un certain nombre de médecins qui, sur le terrain, font face à ce flou institutionnel pour la mise en place et la subsidiarité de leurs services intégrés de soins à domicile.

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, en effet, un subside est alloué sur une base annuelle aux services intégrés de soins à domicile agréés. Le subside accordé pour l'année 2008 et ses conditions d'octroi sont fixés par un arrêté royal du 13 juin 2008. Le subside consiste en un montant forfaitaire de 0,19 euro par an et par habitant de la zone de soins couverte par le service intégré de soins à domicile agréé concerné. Le subside est versé sous la forme d'une avance de 75% et ensuite du solde.

Mon administration ne s'immisce en aucun cas dans la gestion interne des services intégrés de soins à domicile ni dans une quelconque ventilation, sauf pour vérifier que les pièces comptables fournies par chaque service intégré de soins sont de nature à justifier l'utilisation du subside alloué. La clé de répartition que vous avez évoquée est celle déterminée par l'arrêté ministériel du 17 juillet 2002 qui fixe les critères de programmation des services de soins intégrés à domicile. Pour la Région bilingue de Bruxelles, le nombre maximal de services agréés est réparti comme suit: 60% pour la COCOF, 20% pour la VGC (Commission communautaire flamande) et 20% pour la COCOM.

Actuellement, un subside est alloué à un service intégré de soins à domicile qui se reconnaît comme appartenant à la COCOF et à un autre qui se reconnaît comme appartenant à la Communauté flamande. Aucun service intégré de soins à domicile agréé à ce jour ne se reconnaît comme appartenant à la COCOM (Commission communautaire commune).

03.03 Xavier Baeselen (MR): Je remercie la ministre pour sa réponse. Je transmettrai cette question à mes collègues des commissions communautaires bruxelloises. Je remercie mes collègues pour m'avoir permis de poser cette question maintenant.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

04 Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil supérieur de la santé publique sur le plan alcool" (n° 7161)

04 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de hoge gezondheidsraad over het alcoholplan" (nr. 7161)

04.01 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, récemment, le Conseil supérieur

de promotion de la santé a rendu un avis concernant le plan alcool. Il en ressort que les mesures du plan sont controversées du fait qu'elles pourraient se montrer contre-productives notamment en ce qui concerne les effets pervers de l'interdiction.

En outre, d'après le Conseil, ce plan épargnerait les producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées en renonçant à une interdiction totale de la publicité ou à une augmentation dissuasive des prix.

Soulignant la complexité du problème, l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé n'échappe pas non plus lui-même à la contradiction lorsqu'il évoque, d'une part, les risques liés à l'interdiction et, d'autre part, l'augmentation des prix potentiellement génératrice de certains effets pervers.

Cet avis s'ajoute à d'autres critiques émises à l'annonce du plan. Ces reproches nous rappellent la difficulté d'atteindre les objectifs de santé publique par rapport à une consommation excessive. En effet, le réel enjeu de santé publique réside bien dans l'abus de consommation d'alcool et non dans une consommation raisonnable.

Dans ce contexte, les experts du Conseil supérieur estiment que "le plan est écrit de façon peu cohérente, confuse... Des lacunes énormes apparaissent tout au long de l'éventail des mesures proposées, sans lien avec la promotion de la santé...".

Néanmoins, nous reconnaissons qu'un plan existe, issu d'une collaboration entre les sept ministres concernés, appelés à entreprendre un travail au sein de son gouvernement.

Madame la ministre, j'espère obtenir deux réponses de votre part.

D'abord, quelle est la portée de cet avis? Qu'en pensez-vous? Comment l'intégrer éventuellement dans le plan?

Ensuite, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan? Certaines mesures apparaissent assez fortes, telle l'interdiction totale de vente tant dans l'horeca que dans les points de distribution.

Comme d'autres ministres sont concernés par ce plan, j'aurais aimé connaître la situation de votre collaboration, notamment les avancées dans le domaine de la publicité: le plan mentionne une convention avec ce secteur.

Notre commission semble d'ailleurs avoir prévu d'aborder l'étude de ce plan.

La **présidente**: En effet, il était prévu, depuis un certain temps, de programmer un état des lieux et la présentation du plan alcool en commission. Nous devons encore choisir une date. Nous approuverons un ordre des travaux la prochaine fois que nous serons en nombre.

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, en réalité, il existe deux documents différents. Il y a d'abord une prise d'acte et un accord de principe sur un travail réalisé par la cellule politique santé et drogue, qui a véritablement élaboré le plan national en matière d'alcool. Cela a été réalisé en totale collaboration avec l'ensemble des cabinets ministériels et des experts. Ce projet de plan consacre les principes généraux en matière de lutte contre l'alcool, principes auxquels nous adhérons. Néanmoins, les ministres de la Santé ont estimé que ce projet de plan, appelé PANA, devait se concrétiser et ont dès lors décidé de dégager certaines premières mesures concrètes qui ont été présentées lors de la conférence interministérielle du 17 juin dernier et qui ont été reprises dans un document intitulé "Déclaration conjointe en matière d'alcool". Vous voyez donc la nuance entre les deux documents.

L'avis rendu par le Conseil supérieur de promotion de la santé – organe qui dépend de la Communauté française – concerne le document dit PANA.

Dans la déclaration conjointe en matière d'alcool, qui est disponible sur le site internet du SPF Santé publique et qui a également été publiée au Moniteur belge, les ministres de la Santé ont avalisé un ensemble de mesures. Nous aurons l'occasion d'en reparler, comme Mme la présidente l'a dit, mais à titre exhaustif, on recommande:

- de réserver une attention particulière aux groupes cibles tels que les jeunes et les femmes enceintes en sensibilisant les professionnels de la santé;
- d'interdire la vente d'alcool dans certains lieux déterminés, à savoir dans les stations-service le long des autoroutes et dans les distributeurs automatiques;

- de mettre fin à la confusion existant entre certains produits contenant de l'alcool et les autres dans les grandes surfaces; pour ce faire, tous les produits contenant de l'alcool devraient se trouver dans un rayon bien distinct;
- de clarifier la législation actuelle en matière de vente de produits contenant de l'alcool aux jeunes, et par conséquent d'étendre l'interdiction de vente aux moins de 16 ans à l'ensemble des boissons contenant de l'alcool, y compris donc la bière et le vin;
- de limiter les stratégies marketing et publicitaires qui ne pourraient fournir que des informations sur le produit et diffuser des messages et des images renvoyant exclusivement à l'origine, à la composition et aux procédés de fabrication du produit;
- d'interdire la mise à disposition gratuite de produits alcoolisés lors d'événements culturels et sportifs.

Comme vous le constatez, la plupart de ces mesures ne sont pas de la compétence exclusive des ministres de la Santé. Leur concrétisation nécessite un travail de collaboration au sein des gouvernements tant au niveau communautaire que régional et fédéral. Pour cette raison, les différents ministres de la Santé ont convenu d'adresser à leurs collègues compétents – pour le fédéral, il s'agit des ministres des Finances, de l'Économie, de la Mobilité, des Indépendants – les recommandations énumérées dans la déclaration.

En ce qui me concerne, j'ai fait part de l'ensemble des informations à mes collègues concernés et nous allons examiner les accords possibles pour réaliser les mesures dont nous avons besoin.

Lors de la conférence interministérielle de décembre, nous devons examiner l'état d'avancement des différentes parties du plan. À plus long terme, la cellule générale politique en matière de drogues devra continuer le travail d'opérationnalisation du plan d'action national en matière d'alcool. Cette cellule, dans laquelle tous les ministres compétents dans les questions de drogue seront représentés, sera officiellement mise en place le 30 septembre. La proposition en a été acceptée lors du dernier Conseil des ministres.

Dans une réponse à une question orale du mois de juin, j'avais déjà souligné qu'une politique dans le domaine de l'alcool ne pouvait se limiter à des interdictions. Sur ce point, je ne puis que me rallier à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé: les autorités doivent aussi donner une information correcte à la population sur la consommation d'alcool et les risques possibles. Une approche globale est donc nécessaire et doit viser essentiellement la consommation problématique d'alcool en tenant compte des groupes et des situations à risques. C'est dans ce sens-là que la cellule dont j'ai parlé devra soumettre des propositions.

04.03 Valérie De Bue (MR): Le débat est loin d'être clos. Je vous remercie pour ce nouvel état des lieux. Nous suivrons ce dossier. Nous ne pouvons pas mettre en avant une de ces mesures sans l'autre, sinon elle pourrait être mal comprise. Il s'agit d'un sujet sensible: il faut donc avancer dans ce sens.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les critères de remboursement du Tysabri" (n° 7162)

05 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetalingscriteria voor Tysabri" (nr. 7162)

05.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, madame la ministre, ma question tombe particulièrement à pic. En effet, au lendemain de la présentation de vos propositions traitant des malades chroniques, ma question se rapporte aux patients atteints de sclérose en plaques.

En décembre 2007, le Tysabri (Natalizumab), molécule concernant le traitement de la sclérose en plaques, est remboursée.

Cependant, il me revient que les critères de remboursement belges ne rencontreraient pas toujours les besoins des patients et ne tiendraient pas compte de la pratique quotidienne des neurologues, selon les dires de certains des plus grands spécialistes de cette maladie. Ils différeraient d'ailleurs des critères adoptés par l'Agence européenne du médicament (EMA) par l'ajout de critères limitatifs complémentaires au niveau de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). De ce fait, de nombreux patients ayant absolument besoin de Tysabri, d'après les neurologues, rencontrent bien des difficultés d'en bénéficier.

Quatre recommandations importantes sont défendues par les experts dans le domaine de la sclérose en plaques.

1. Les critères belges de remboursement de Tysabri devraient être alignés sur les indications enregistrées par l'EMA. On pourrait d'ailleurs élargir cette problématique à nombre de médicaments; je ne comprends toujours pas comment on ne parvient pas à trouver une homogénéité de critères parmi les pays européens, pratiquant pourtant le même type de médecine d'un point de vue scientifique: normalement, ils devraient aboutir à un consensus.

2. C'est également le cas pour ce qui concerne la prolongation de traitement: la Belgique ne l'admet que de manière nettement plus limitative.

3. L'accès à Tysabri devrait être étendu aux patients ne répondant pas à d'autres traitements antérieurs, comme c'est le cas pour l'interféron bêta, selon la réglementation actuelle, mais ce n'est pas le cas pour la Copaxone alors que nous savons que les critères de remboursement de l'interféron et de la Copaxone sont identiques pour une efficacité similaire.

4. Il conviendrait d'incorporer dans ces critères les lésions spinales, touchant la moelle, au même titre que les lésions cérébrales, comme repris dans la classification Mc Donald, référence internationale. Nous ne voyons aucune raison de distinguer les lésions de moelle des lésions de cerveau.

Madame la ministre, avez-vous été sollicitée par les experts en la matière pour une révision éventuelle des critères de remboursement?

Une demande de révision des critères a-t-elle déjà été introduite? La CRM s'est-elle déjà penchée à nouveau sur le dossier? Dans la négative, une demande de révision des critères sera-t-elle prochainement envisagée par votre département?

La **présidente**: Madame la ministre, j'écouterai votre réponse avec d'autant plus d'intérêt que j'ai déposé, en juillet, une question écrite à ce sujet et que je n'ai toujours pas reçu de réponse.

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Bacquelaine, la Commission de remboursement des médicaments a cherché le rapport le plus favorable entre les avantages et les risques de la spécialité Tysabri.

Actuellement, il existe une évidence limitée quant à l'utilisation du Tysabri dans les indications de la multiple sclérose dont il est question.

Dans le programme de développement clinique du Tysabri, aucun examen comparatif n'a été effectué avec les spécialités actuellement disponibles (interféron bêta et glatiramère).

En dehors d'une comparaison indirecte, on peut conclure que le Tysabri est actif en ce qui concerne la diminution du nombre d'exacerbations d'un patient multiple sclérose. Par ailleurs, le risque d'effets secondaires graves est plus élevé que celui de médicaments actuellement disponibles.

Vu le fait que le programme de développement clinique du Tysabri a été interrompu durant plus d'un an suite à l'apparition d'une infection cérébrale virale grave avec issue fatale possible, les instances européennes ont, pour l'enregistrement de Tysabri, demandé d'exécuter un plan continu de "risk management". La firme fera à ce sujet rapport annuel aux instances européennes.

La limitation aux patients avec un syndrome actif et inflammatoire clair a été faite après examen des avantages et inconvénients thérapeutiques de l'utilisation de Tysabri. Au cours de la procédure de 180 jours, le demandeur n'a pas réfuté cette proposition. On a donc considéré qu'il était d'accord avec la proposition de remboursement formulée par la Commission.

Néanmoins, suite aux demandes de plusieurs médecins spécialistes dont vous avez parlé, la CRM a mis sur pied un groupe de travail spécifique afin d'examiner la pertinence actuelle des modalités qui avaient été proposées lors de l'examen du dossier de demande d'accès au remboursement. Ce groupe a notamment examiné s'il était toujours nécessaire de demander une RMN après six mois de traitement pour évaluer, comme le signale d'ailleurs la notice scientifique du Tysabri, s'il est pertinent et justifié de poursuivre le

traitement. L'avis d'un neuroradiologue a été demandé afin d'éclairer le groupe de travail à ce sujet. Une nouvelle réunion avec les experts internes de la Commission est prévue fin septembre pour décider si une révision de ce critère via un article 38 est justifiée.

L'extension des modalités de remboursement à d'autres situations pathologiques et donc l'ajout d'autres critères d'inclusion en plus de ceux déjà retenus nécessite par ailleurs une demande formelle par la firme qui commercialise la spécialité. Apparemment, jusqu'à aujourd'hui, le demandeur n'a pas encore introduit de nouveau dossier pour l'extension des nouvelles modalités de remboursement.

Il est également évident que la Commission sera attentive aux données qui seront récoltées par l'enregistrement du plan de risk management et communiquées aux autorités européennes.

05.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour ces précisions. Au sujet de cette molécule plus particulièrement, il me semble que certains critères induisent des dépenses inutiles comme des IRM à répétition alors que tous les neurologues s'accordent à dire qu'une fois le diagnostic établi, l'essentiel est l'évolution clinique et la plainte du patient. C'est plus important que le caractère formel d'une image d'IRM qui n'est pas nécessairement en corrélation totale avec l'expression clinique. On devrait modifier au moins ce critère.

Par ailleurs, on demande en Belgique un rehaussement au gadolinium, une technique permettant à des artefacts d'intervenir de manière très fréquente. Un patient qui a été traité auparavant par cortisone pour une poussée de sclérose en plaques ne va jamais manifester de rehaussement de ses lésions au gadolinium et va être considéré comme exclu du traitement alors qu'il pourrait en bénéficier sans le traitement préalable à la cortisone. Nombre de critères devraient être revus.

De manière générale, le fonctionnement de la CRM n'est pas toujours optimal. Il existe nombre d'exemples de critères établis pour des médicaments ne paraissant pas toujours s'inscrire dans une ligne générale européenne et internationale. C'est tout de même cela qui compte: on ne peut accepter une discrimination des patients en fonction de leur nationalité ou du régime d'assurance sociale qui est le leur. Cela m'a l'air retardataire par rapport à une conception égalitaire des patients en Europe. Cela nécessite certainement une approche plus cohérente.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie d'isotopes" (n° 7163)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie d'isotopes radioactifs" (n° 7220)
- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie d'isotopes médicaux" (n° 7223)
- M. Eric Thiébaud à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque de pénurie d'isotopes dans les hôpitaux" (n° 7317)
- Mme Tinne Van der Straeten à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de radio-isotopes médicaux" (n° 7355)

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan isotopen" (nr. 7163)
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan radioactieve isotopen" (nr. 7220)
- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan medische isotopen" (nr. 7223)
- de heer Eric Thiébaud aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gevaar voor een radio-isotopentekort in de ziekenhuizen" (nr. 7317)
- mevrouw Tinne Van der Straeten aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan medische radio-isotopen" (nr. 7355)

06.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, madame la ministre, ma question est en rapport

avec la disponibilité des radio-isotopes, et particulièrement du technétium 99 – utile lors de diagnostics ou d'examen thérapeutiques. Un grand étonnement s'est manifesté devant sa relative pénurie – je dis bien "relative", car les examens les plus urgents ont pu avoir lieu. Ceci dit, pour les maladies concernées, il existe toujours une certaine urgence, ne fût-ce que psychologique. Je suis donc surpris qu'en Europe, où nous comptons trois des six centres mondiaux, nous assistions à une situation telle qu'un centre est mis à l'arrêt parce qu'il est tombé en panne – ce qui peut arriver – tandis que les deux autres se retrouvent en maintenance. Cette absence de coordination est curieuse pour des centres établis dans l'Union européenne.

Je sais que vous avez évoqué ce point à la Conférence d'Angers – et vous avez eu raison. En tout cas, à l'avenir, nous devons nous poser la question de la prévention de ce type de pénurie.

Où en est la situation? Je sais que l'IRE était partiellement concerné, non pour la production du technétium, mais pour le traitement dans la chaîne de production. Tout est-il rentré dans l'ordre?

Sur le plan européen, où en sommes-nous dans les mesures à prendre pour éviter que cette situation ne se reproduise?

06.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uiteraard heb ik een vraag over dezelfde problematiek. In de praktijk is het zo dat alle productiecentra voor medische isotopen in Europa stilliggen. De reden voor ons eigen land, voor België is uiteraard het incident in Fleurus dat wij kennen. Gelijktijdig, simultaan maken wij dezelfde problematiek mee in andere Europese landen. Dit zorgt ervoor dat er op dit moment op het terrein een zeer duidelijk tekort is aan radioactieve isotopen voor kankerbehandeling en medische beeldvorming.

Anderzijds, tijdens het parlementair reces is ook uw FOD Volksgezondheid befallen van een circulaire waarin aan ziekenhuizen de raad werd gegeven om een aantal dringende maatregelen te nemen. Het zou misschien goed zijn dat wij ook daarover wat informatie krijgen.

De alarmberichten de voorbije weken waren dat er flink wat behandelingen, diagnoses en dergelijke zouden moeten worden uitgesteld. In een aantal gevallen, ik denk aan een aantal kankerbehandelingen, kan dit een aantal risico's, zelfs op leven en dood, voor een aantal patiënten inhouden.

Gisteren konden wij dan in de media vernemen dat het ergste van de crisis dienaangaande een beetje voorbij is. Volgens de berichten komt de buiten-Europese productie de tekorten in Europa gedeeltelijk aanvullen. Voorts is er ook het element dat u begin september op de Europese top van ministers van Volksgezondheid was om het probleem te bespreken.

In die zin heb ik uiteraard een aantal concrete vragen, mevrouw de minister.

Wat is het resultaat van de Europese top van ministers met betrekking tot de bevoegdheid inzake Volksgezondheid?

Welke concrete maatregelen werden er genomen om het tekort op te vangen in dit zeer gevoelig en technisch bijzonder moeilijk dossier?

Het zou ook goed zijn om vandaag een algemene stand van zaken te krijgen.

06.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb ook een vraag ingediend, want het probleem is reeds voelbaar in de praktijk, aangezien een aantal personen de juiste diagnose niet kan verkrijgen. Ik denk onder meer aan het onderzoek bij schildkliergezwellen. Als er geen goede diagnose is, kan er natuurlijk geen behandeling worden ingesteld. Er is nog een aantal andere onderzoeken die zeer dringend zijn, maar de patiënten krijgen de mededeling dat deze niet kunnen worden uitgevoerd.

Zoals correct werd meegedeeld door de FOD Volksgezondheid, zijn er alternatieve onderzoeken. Zij zijn niet evenwaardig maar toch een goed alternatief, zoals de MR-scan en de PET-scan. Wij weten echter dat er daarvoor immense wachtlijsten zijn en dat zij niet in alle ziekenhuizen voorhanden zijn.

Wij zijn gekend voor de toegankelijkheid van onze gezondheidszorgen, maar worden nu ook geconfronteerd met wachtlijsten van weken. Voor de patiënten betekent dat natuurlijk bang afwachten. Voor de werkgever

en de mutualiteiten brengt dat een zeer onduidelijke toestand teweeg. Dit zal niet alleen medische gevolgen hebben, maar ook financiële en sociale gevolgen.

Mevrouw de minister, wat is de precieze stand van zaken? Het is een opeenstapeling van factoren waarop wij niet meteen vat hebben.

Hebt u uw diensten inlichtingen laten inwinnen omtrent de vraag over hoelang men met zekerheid over voldoende isotopen zal beschikken?

Wordt er overlegd met de ziekenhuizen? Ik heb immers begrepen dat het ene ziekenhuis aan materiaal geraakt, terwijl in het andere patiënten van hier naar daar worden gestuurd.

Hoe zullen de komende weken en maanden verlopen? Hebt u daarop enig zicht?

06.04 Eric Thiébaud (PS): Madame la présidente, madame la ministre, mes collègues ont déjà été très complets sur la description du problème. On peut quand même se réjouir de votre initiative de transmettre une circulaire aux hôpitaux pour, d'une part, les informer de la situation et, d'autre part, leur transmettre quelques recommandations, comme la priorisation des diagnostics et le recours à des méthodes alternatives. On peut se réjouir aussi que, face à cette situation particulière, vous ayez fait inscrire le problème à l'ordre du jour du dernier Conseil informel des ministres européens de la Santé. Comme mes collègues, je vous demanderai de nous dresser un bilan des propos qui y ont été tenus eu égard à la problématique.

Avez-vous une idée précise du risque de pénurie aujourd'hui? Les patients doivent-ils s'inquiéter outre mesure d'un risque de saturation? Pourriez-vous également préciser les dispositions prises dans les hôpitaux belges en matière de report des examens prévus? Quel est le dispositif prévu pour les cas les plus urgents? Selon de nombreux spécialistes, le secteur de la médecine nucléaire souffre d'un manque de coordination entre opérateurs publics et privés mais aussi entre États membres? Voyez-vous des améliorations qui pourraient être apportées en la matière afin d'éviter qu'une telle situation se reproduise à l'avenir?

06.05 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij uiteraard aan bij de vaststellingen die werden gemaakt door de vorige sprekers en zal die dus niet herhalen. Ik deel dezelfde bekommernis. Ik zou van de gelegenheid willen gebruik maken om een aantal andere vragen te stellen.

Ik denk dat de problemen die zich vandaag voordoen ons moeten doen nadenken over de manier waarop de productie van medische radio-isotopen vandaag verloopt in Europa, maar ook wereldwijd. Wij kunnen niet anders dan vaststellen dat dit zeer gecentraliseerd gebeurt. Voor molecule D99 zijn er vier Europese researchreactoren en zes wereldwijd. Het lijkt mij belangrijk om de vraag te stellen of het wel verantwoord is dat tienduizenden Europese patiënten afhankelijk zijn van slechts enkele machines. Als ze door een samenloop van omstandigheden alle vier gelijktijdig stilvallen, treden er problemen op.

Dit is volgens mij een gelegenheid om terug te komen op de discussie over de reactoren versus de cyclotrons. Moet er niet worden nagedacht over de vraag of we de productie van medische radio-isotopen op een gedecentraliseerde manier, via bijvoorbeeld cyclotrons, kunnen laten gebeuren?

Ik had een aantal vragen in verband met de stand van zaken. Ik wil van u vooral horen of u de mening deelt dat er verder moet worden onderzocht op welke wijze de productie van medische isotopen gedecentraliseerd kan gebeuren, bijvoorbeeld door middel van cyclotrons, ter vervanging van een centrale productie door enkele onderzoeksreactoren.

Is er op dat vlak overleg met onze buurlanden of op Europees niveau over een andere manier van productie? Beschikt u over gegevens, informatie of onderzoeksresultaten in verband daarmee? Ik denk dan vooral aan de kostprijs die van groot belang is.

Bent u bereid deze piste verder te laten onderzoeken en daarover te overleggen met uw bevoegde collega's? Ik denk met name aan uw collega van Wetenschapsbeleid.

06.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ter herinnering geef ik een korte beschrijving van de situatie op het niveau van de kernreactoren die bij de productie van medische isotopen betrokken zijn.

Er zijn over de hele wereld zes kernreactoren die molybdeen-99, de moederisotoop van tegnesium-99, produceren. De verschillende kerncentrales stellen elk om beurt hun kernreactoren voor onderhoud buiten dienst. Een permanentie die tussen de verschillende kernreactoren wordt verzekerd, wordt geacht te zorgen voor de continuïteit van de productie van molybdeen-99. In Europa waren de reactoren van Mol evenals de reactor Osiris van Saclay in Frankrijk voor onderhoud gesloten. De sluiting eind augustus 2008 van de reactor van Petten in Nederland was aan onvoorziene technische problemen te wijten.

In België zijn de belangrijkste, betrokken geneesmiddelengeneratoren van tegnesium-99 capsules en inspuitbare oplossingen van iode 131.

De volgende maatregelen werden getroffen.

Op 28 en 29 augustus 2008 vond op vraag van de FOD Volksgezondheid een crisisberaad met alle, betrokken instellingen en overheden plaats, zijnde het FAGG, het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, het kabinet Binnenlandse Zaken en de FOD Economie. Ook experts in de nucleaire geneeskunde werden van meet af aan bij het overleg betrokken.

Er werd beslist een inventaris van de leverbare isotopen op te maken, een perscommuniqué te verspreiden en een omzendbrief naar alle ziekenhuizen en diensten voor nucleaire geneeskunde te sturen. De omzendbrief werd op 2 september 2008 verzonden en bevatte de vraag om patiënten waarvoor dringend onderzoek met radio-isotopen was aangewezen, voorrang te verlenen en om in een tweede fase tot alternatieve onderzoeken over te gaan. Voornoemde instructies werden door de ziekenhuizen goed gevolgd.

Ook werd beslist via de website van de FOD Volksgezondheid informatie te verstrekken en antwoorden te verspreiden op de frequent gestelde vragen. Tevens werd beslist om links te leggen met de websites van de andere, betrokken instanties, zijnde het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, Binnenlandse Zaken en de Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde.

Bovendien werd beslist om de Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde alternatieven voor diagnostische tests te laten uitwerken en deze via haar website ter beschikking te stellen, om contact met de producenten en distributeurs van radio-isotopen op te nemen en om het tekort aan isotopen op de agenda van de Europese instanties te brengen.

Vous pouvez ainsi constater que, dès que nous avons eu connaissance de ce problème, la cellule de crise s'est mise en route et je pense pouvoir dire qu'elle a bien réagi. Dès lors, ayant été prévenus à temps, les hôpitaux belges étaient bien préparés pour faire face à la pénurie d'isotopes. Il est d'ailleurs ressorti des interrogatoires des uns et des autres qu'il aucun mouvement de panique n'a eu lieu.

Des mesures d'ordre organisationnel ont été prises. Elles sont basées sur la circulaire et les directives pour des examens alternatifs (PET-scan, scanner, etc.) rédigées par l'Association de la médecine nucléaire et disponibles sur son site web.

On peut supposer que les examens les plus urgents sont effectués avec une répercussion minimale pour le traitement des cas les plus urgents.

Pour ce qui est de l'état actuel en Belgique, dans le cadre de la gestion de ce problème, l'Agence a pris contact avec les distributeurs de médicaments enregistrés en Belgique et qui contiennent des isotopes médicaux concernés par l'arrêt des réacteurs. L'objet de ce contact était, d'une part, d'estimer les quantités de médicaments déjà produites et prêtes à être distribuées, les quantités de ces médicaments pouvant encore être produites à partir des matières premières disponibles et, d'autre part, d'établir une liste des centres hospitaliers belges concernés.

Jusqu'à ce jour, tous les clients belges ont continué à être livrés en capsules et solutions injectables d'iode 131 et en générateurs de technetium 99. Pour ces derniers, l'activité des générateurs livrés est inférieure à l'activité habituelle. Elle était en moyenne d'un peu moins de 25% de l'activité habituelle pour la plupart des générateurs fournis la semaine du 8 septembre 2008 mais, d'après les distributeurs concernés, elle atteindra 60% de l'activité habituelle pour les livraisons prévues la semaine du 22 septembre. Cela signifie qu'ils

peuvent effectuer au moins 50% de leurs activités.

Les alternatives thérapeutiques à ces isotopes médicaux sont, elles aussi, disponibles sur le marché belge. Les producteurs de ces alternatives sont prêts à faire face à une éventuelle augmentation de leurs ventes même si une augmentation n'a pas encore eu lieu jusqu'à présent.

À ce propos, l'Agence a pris contact avec les distributeurs belges de médicaments pouvant être utilisés comme alternative aux isotopes médicaux afin d'évaluer leurs stocks et l'éventuelle capacité d'augmentation de production de ces alternatives, ce dans le but d'anticiper une éventuelle augmentation de leur utilisation subséquente à la pénurie des isotopes médicaux.

Toujours d'après les distributeurs concernés et grâce à la production d'isotopes médicaux par le réacteur canadien – j'ai cité les trois réacteurs européens, mais il y a aussi le réacteur canadien, sud-africain et australien, ce dernier n'étant réservé qu'au seul marché australien –, la plupart des médicaments commercialisés en Belgique à base de ces isotopes devraient continuer à être livrés aux centres hospitaliers belges dans les semaines à venir.

Jusqu'à ce jour, l'Agence n'a reçu de la part des hôpitaux belges aucune plainte portant sur l'indisponibilité des médicaments contenant les isotopes médicaux. L'Agence suit l'évolution de la disponibilité de ces isotopes médicaux et de leurs alternatives et reste en contact étroit avec les distributeurs concernés.

Au niveau européen, une concertation informelle des ministres de la Santé a eu lieu le 8 et le 9 septembre 2008. Mon homologue hollandais et moi-même avons ajouté ce point à l'ordre du jour. Nous avons dû constater qu'à part les Pays-Bas, la Belgique et la présidence française, pays où se situent les trois réacteurs, personne ne semblait au courant du problème, pas même la Commission, ce qui ne cesse de surprendre. Nous avons donc exposé le problème, la présidence française avait imaginé une série de conséquences à nos discussions. Dès lors, le Conseil des ministres européens a chargé le "Health Security Committee", un groupe d'experts internationaux, d'examiner les mesures à prendre à court et à long terme pour éviter cette pénurie.

Le 11 septembre, le "Health Security Committee" organisait une audioconférence où ces problèmes ont été débattus. Je vous signale que la conférence a duré deux jours. Le premier jour, mon homologue hollandais et moi-même avons exposé le problème. Le second jour, les informations avaient été demandées par les États membres et déjà plusieurs pays, notamment des pays de l'Est, ont évoqué des possibilités de production par leurs centrales inactives ou en sous-activité, arguant que même limitées, des solutions existaient. Il fallait évidemment examiner les conditions de sécurité.

À ma connaissance, l'alternative Cyclotron n'a pas été abordée à ce jour au niveau européen, a priori le niveau le plus approprié pour en parler vu que la crise des isotopes est globale et avant tout européenne plutôt que belge. Les divers problèmes devant être débattus sont notamment l'alternance des mises en entretien des réacteurs, la recherche d'alternatives, et dans ce genre de situations, la question du partage des radio-isotopes disponibles. Quand on sait qu'on va aller en chercher au Canada et peut-être en Afrique du Sud dans un second temps, on peut se demander comment les hôpitaux européens peuvent en bénéficier sur une base égalitaire. Cela doit se discuter au niveau européen.

Aujourd'hui, "grâce" à l'accident qui s'est produit, on constate une prise de conscience au niveau européen.

Un groupe de travail spécialisé est d'ailleurs maintenant chargé d'étudier cette matière.

À court terme, il faut inventorier la capacité des différentes phases du processus de production au niveau des réacteurs nucléaires, la possibilité de surproduction temporaire, le traitement des isotopes-mères, la production de radiopharmakas, la consommation annuelle dans les différents États membres, etc. et, à long terme, des mécanismes devront être mis en place pour garantir un approvisionnement stable. Ce groupe est chargé de ces analyses.

J'insisterai évidemment sur la réflexion concernant les cyclotrons.

À la demande de la commission, je la tiendrai bien entendu informée de l'état d'avancement des travaux du "Health Security Committee" où nous sommes représentés.

06.07 Daniel Bacquelaîne (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour les informations que vous nous communiquez.

Ceci dit, je reste inquiet – même si vous dites que c'est pire encore dans d'autres pays – en raison du manque d'anticipation de ce type de problème.

Je conçois qu'il n'y a pas eu de péril majeur par rapport à des examens urgents. Néanmoins, quand vous expliquez à un patient qu'il a peut-être des métastases et que vous devez lui faire une scintigraphie osseuse mais que vous reportez le rendez-vous à dix jours, il est vrai que ce n'est pas urgent sur le plan médical mais, sur le plan du vécu du patient, cela pose problème.

Il est urgent que nous suivions ce dossier de près et que ce groupe européen présente une solution claire en la matière.

Par ailleurs, cela me permet de revenir sur les PET-scans et les cyclotrons qui sont présentés comme étant une possible alternative.

Je pense qu'il faudrait en revenir un jour à l'utilité de redéfinir le nombre de PET-scans dans notre pays au regard des évolutions et des progrès scientifiques tels qu'ils se précisent dans une série de matières pour lesquelles le PET-scan pourrait rendre des services intéressants.

06.08 Laurette Onkelinx, ministre: J'en profite pour dire que j'ai installé – je ne sais plus si c'était hier ou avant-hier – le Conseil national des établissements hospitaliers et que j'ai demandé toute une série de travaux et d'avis. J'ai notamment proposé un travail qui me semble urgent sur la programmation des PET-scans.

06.09 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik stel vast dat een aantal crisismaatregelen werd genomen om de meest dringende noden op te vangen, maar anderzijds is het probleem duidelijk nog niet definitief opgelost.

Ik denk dat hiermee ook bewezen is dat er zeer dringend nood is aan Europese samenwerking in dit dossier. Men kan weliswaar ervoor opteren om de meest dringende patiënten de nodige onderzoeken te laten ondergaan, maar dat lost voor een aantal patiënten het probleem niet op. Het is dan ook het meest acute probleem dat wij op zeer korte termijn moeten oplossen. Uiteraard blijft de vraag of de berichten kloppen dat heel de situatie pas tegen begin of zelfs half oktober zou zijn genormaliseerd. Dat is uiteraard een belangrijk element in de afweging of de problematiek onder controle is.

06.10 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor haar antwoord.

Er is inderdaad veel overleg geweest. Het probleem werd terecht op Europees niveau aangekaart. Het is goed dat er een constante mogelijkheid is tot rapportering van eventuele problemen in de ziekenhuizen. Er is natuurlijk sprake geweest van een samenloop van omstandigheden met een vervelend incident bij een reactor. Dat alles heeft toch een aantal problemen aan het licht gebracht. We hebben gezien hoe het systeem functioneert en vroeg of laat zou er toch wel eens een adder in het gras worden gevonden.

Ik denk dat het op korte termijn wel in orde komt, maar het is volgens mij nodig een aantal conclusies te trekken en een aantal veranderingen door te voeren om op lange termijn dat soort voorvallen te vermijden of alleszins er vlugger op te kunnen inspelen. Wij zijn inderdaad sterk afhankelijk van de leveringen en er bestaan weinig alternatieven. Gelet op het feit dat de alternatieven vrij schaars en reeds overbevraagd zijn, met inbegrip van wachtlijsten, lijkt het mij nodig, in het belang van de patiënten, dat er uit de voorvallen conclusies worden getrokken.

06.11 Eric Thiébaud (PS): Madame la ministre, je voudrais vous remercier pour le caractère très complet de votre réponse. Il ressort de vos explications et du regard externe porté sur la crise, à travers ce que la presse en a relaté, que la crise des isotopes a été et continue d'être bien gérée – du moins, au niveau national. Toutefois, comme mes collègues l'ont dit, ce problème dépasse nos frontières. Il est en effet question de trois sites de production. Nous devons donc rester vigilants et nous faire entendre sur le plan européen, comme vous avez commencé à le faire.

Je suis donc plutôt optimiste pour la suite des opérations.

06.12 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, dank u voor uw antwoord. Ik blijf wel heel bezorgd. Ik meen echt dat het huidige systeem, waarbij de medische radio-isotopen nu worden gemaakt in onderzoeksreactoren, die zeer oud zijn – ik denk dan aan onze eigen BR2 met slechts een honderdtal bedrijfsdagen per jaar –, onveilig is. Zeer veel kankerpatiënten zijn daar nochtans van afhankelijk.

Ik meen dat wij op termijn moeten overstappen op een systeem waarbij het mogelijk moet zijn die isotopen gedecentraliseerd aan te maken, bijvoorbeeld in cyclotrons. Die piste staat vandaag niet op punt. Wij kunnen daar vandaag niet zomaar op overschakelen. Dat zal nog jaren onderzoek vergen. Ik meen dat het geen dag te vroeg is dat op te starten.

Er zijn een paar jaar geleden ook problemen geweest bij de hoge flux reactor in Petten. Wij weten dat onze reactoren zeer gevoelig zijn. Uiteraard moet het Europees gebeuren, maar uiteindelijk moet het systeem nationaal worden geïmplementeerd. Ik wil u dus echt vragen daaraan in het expertcomité voldoende aandacht te schenken. Wij hebben in eigen land vele specialisten op het vlak van cyclotronfysica, verbonden aan de UCL of verbonden aan de VUB. Ik meen dat wij dus zeker een bijdrage kunnen leveren. Uiteindelijk heeft gezondheid geen prijs. Er moet, meen ik, echt worden gezocht naar andere manieren van produceren voor die specifieke medische radio-isotopen.

La **présidente**: Ce problème préoccupait de nombreux membres de notre commission.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Avant d'entamer les autres questions, je vous rappelle qu'à 16.15 heures, nous arrêterons nos travaux. Le nombre de questions qui pourront être posées dépendra donc de la discipline de chacun d'entre nous, consistant à se montrer succinct et à aller droit à l'essentiel.

07 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de l'obésité en termes de procréation" (n° 7165)

07 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van obesitas voor de voortplanting" (nr. 7165)

07.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, nous entendons de plus en plus fréquemment des informations concernant des nouveaux-nés présentant un surpoids. Je ne parle pas des enfants présentant une surcharge pondérale suite aux soins prodigués par leur mère, mais de bébés présentant ce surpoids à la naissance. Ainsi, dans une clinique de Cologne est né un enfant de 5,700 kg. Un autre nourrisson de 8 kg est né en Pologne, alors qu'en Russie, c'est un géant de 63 cm qui est venu au monde au début de l'année, avec un poids de 6,100 kg. Sachant que le poids moyen à la naissance est de 3,500 kg pour un nouveau-né, la multiplication du nombre d'enfants présentant un surpoids à la naissance commence à inquiéter, et je ne peux que me poser des questions pour le devenir des enfants belges à venir, dans une population, jeune le plus souvent, qui présente des problèmes d'obésité.

En effet, les causes principales de la naissance de ces "bébés géants" seraient l'âge plus avancé des mères et surtout leur propre surpoids, qui risque de leur faire développer un diabète pendant la grossesse, augmentant de ce fait la probabilité de donner naissance à des bébés plus gros que la moyenne.

Le danger en la matière est que, nourris d'un sang trop chargé en sucre, les fœtus de futures mères souffrant de diabète réagissent en produisant davantage d'insuline, qui va rester dans le corps du fœtus, le placenta n'étant pas perméable. Cette dernière hormone de croissance va entraîner une augmentation du poids du fœtus, mais aussi modifier sa composition corporelle.

Cela va en premier lieu rendre l'accouchement plus difficile voire dangereux pour l'enfant qui, mettant plus de temps à venir au monde, risque de se trouver privé d'oxygène, mais aussi pour la mère, qui se trouve blessée.

Madame la ministre, avez-vous des statistiques:

- sur le nombre d'enfants naissant en surpoids en Belgique?

- sur le nombre de femmes enceintes en surpoids?
- sur l'évolution de leur enfant en termes de poids et de situation vis-à-vis du diabète?

Quel accompagnement les gynécologues mettent-ils en place pour éviter ce genre de situation ou pour aider les mères en surpoids à prendre des précautions quant à leur poids pendant leur grossesse?

Madame la ministre, je sais que dans le Plan Nutrition Santé, vous avez publié une brochure à l'attention des futures mères. Contient-elle des mises en garde suffisamment importantes contre les dangers d'un surpoids? Ne serait-il pas judicieux de lancer une campagne d'information plus grande dans les médias ou via les cabinets médicaux sur les risques que l'obésité entraîne en termes de procréation?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, monsieur Flahaux, l'incidence croissante de l'excès pondéral (indice de masse corporelle entre 25 et 30) et de l'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) est effectivement un problème de santé publique à l'échelle mondiale. L'impact de ces facteurs sur la santé des futurs nouveau-nés n'est d'ailleurs qu'une des multiples facettes du problème.

Je ne dispose malheureusement pas de chiffres illustrant l'incidence de l'obésité ou de l'excès pondéral chez la femme enceinte. Le pourcentage de femmes obèses augmente très significativement avec l'âge. Dans l'enquête de consommation de 2004 de l'Institut scientifique de Santé publique, 6% des femmes étaient obèses dans la classe d'âge 19-29 ans, classe d'âge où il y a le plus d'accouchements. L'incidence de l'excès pondéral est de 12,2%.

Comme signalé, l'obésité et, dans une moindre mesure, l'excès pondéral avant la grossesse, d'une part, et la prise de poids excessive pendant la grossesse, d'autre part, sont des facteurs de risque de diabète gestationnel. Par ce biais, ces éléments peuvent être à l'origine d'un développement fœtal exagéré, aussi appelé "macrosomie fœtale". Toutefois, ces facteurs ne permettent pas d'expliquer tous les cas de macrosomie à la naissance. On parle de macrosomie dès que le poids à la naissance est supérieur à 4,5 kg. Des facteurs familiaux et génétiques, l'âge maternel plus élevé, le dépassement du terme, etc. entrent fréquemment en ligne de compte.

Dans le cas du diabète, les gynécologues ont un rôle à la fois préventif et curatif (mise en garde contre les dangers de l'obésité, conseils nutritionnels pour éviter la prise de poids excessive pendant la grossesse, contrôle strict du diabète s'il est avéré, régime, insuline, etc.) Un contrôle de la glycémie ou taux de sucre chez la mère permet en effet de prévenir un développement fœtal excessif. Les autres cas de macrosomie fœtale, liés aux origines génétiques et autres, sont plus difficilement prévisibles et évitables.

D'après les données du SPF Santé publique à partir des résumés cliniques minimaux, 927 bébés sur un total de 120.117 naissances sont nés avec un poids de naissance de 4,5 kg ou plus en 2006. Cela correspond à 7,7 pour mille pour les naissances. Parmi ces 927 nouveau-nés, la majorité, à savoir 851, pesait entre 4,5 kg et 5 kg; 74 pesaient entre 5kg et 6kg et 2 avait un poids de naissance de 6 kg ou plus. Il semble que ces chiffres soient stables depuis 2002.

La banque de données du SPF ne permet pas de mettre en évidence un lien de cause à effet entre la présence d'un diabète gestationnel et un poids de naissance élevé. Ceci pourrait être attribué à un surencodage de cette complication de la grossesse, enregistré auprès de 3.469 patientes en 2006.

En ce qui concerne les mesures à prendre, je tiens à signaler que des conseils nutritionnels pour éviter la prise de poids excessive pendant la grossesse sont déjà mentionnés dans la brochure destinée aux futures mères et jeunes parents, éditée dans le cadre du plan national Nutrition et Santé. Vu l'incidence modeste, même si cela reste inquiétant, de nouveau-nés macrosomes en Belgique, une campagne ciblée uniquement sur ce thème ne me paraît pas s'imposer naturellement, d'autant que d'après la littérature, le poids de naissance est un mauvais facteur prédictif de l'obésité ultérieure.

07.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): À 14 mois, je pesais 14 kilos!

Cela étant, il serait intéressant de poursuivre les études, notamment à partir des 927 bébés que vous évoquez, afin de savoir s'il s'agissait de premiers nés, s'ils provenaient de mères nettement plus âgées. En effet, on constate déjà dans la société une tendance de plus en plus grande à l'obésité. Ainsi, aux États-Unis qui, malheureusement dans ce genre de situation montrent le mauvais exemple, la situation est plus grave que chez nous. Existe-t-il des études américaines et canadiennes sur le sujet? Il vaut mieux prévenir ce

genre de problématique que guérir en agissant au-delà du domaine gynécologique, ainsi qu'en milieu scolaire, en partenariat avec vos collègues des Communautés, afin de le sensibiliser aux risques que présente l'obésité.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques de santé liés à un contact avec les PCB" (n° 7171)

08 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsrisico's van het contact met PCB's" (nr. 7171)

08.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais aborder le cas d'une pollution aux PCB qui a eu lieu il y a un an, touchant non seulement le territoire de ma ville, mais qui concerne également Tubize, commune voisine. Suite à une pollution aux PCB découverte dans le zoning privé et industriel des Tuileries en avril 2007, pollution ayant percolé jusque dans le ruisseau du Warichaix et de la Favarge à Hennuyères, de nombreux riverains s'inquiètent pour leur santé. Cette pollution aux PCB s'étend maintenant jusqu'à Hal par la Senne.

Différentes études mentionnent que les PCB sont dangereux pour la santé, d'autres disent au contraire que si les PCB ne sont pas chauffés, ils posent moins de problèmes pour les êtres humains.

Dans le cas de la pollution d'Hennuyères qui nous occupe ici, les PCB se trouvent principalement dans les sédiments du ruisseau. Le souci est que certains de ces sédiments ont été emportés dans les étables de la ferme toute proche et des PCB y ont été retrouvés. Il est donc possible d'en trouver ailleurs dans le périmètre parcouru par le ruisseau, avec les risques notamment de voir des agriculteurs mais aussi des enfants, en ignorance totale de la présence de ces produits dans la boue du ruisseau et de ses environs immédiats, entrer en contact avec les PCB qu'elle pourrait contenir.

Madame la ministre, face à ce risque sanitaire encouru par les habitants d'Hennuyères en particulier et par la population en général lorsqu'elle se trouve en contact avec des PCB, j'aimerais savoir si une étude officielle concernant les risques des PCB sur la santé de l'homme a déjà été menée de manière aboutie.

En effet, les médecins généralistes de la région commencent à s'inquiéter car ils constatent certaines évolutions négatives au sein de leur patientèle.

Quelles mesures est-il recommandé de prendre pour garantir la santé des citoyens suite à cette pollution?

Selon les moyens à mettre en œuvre, les autorités fédérales peuvent-elles nous aider?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, les risques présentés par les PCB ont été – et vous le savez bien – étudiés de manière approfondie, notamment par l'autorité européenne de sécurité des aliments et son prédécesseur, le comité scientifique de l'alimentation. Une distinction a été faite entre les risques des PCB de type dioxine et les risques des PCB qui ne sont pas de type dioxine.

Par ailleurs, des dioxines sont formées lorsque les PCB sont chauffés. La toxicité des dioxines et des PCB de type dioxine est similaire. Le danger dépend bien entendu de la dose. D'après l'agence européenne et ses scientifiques, en dessous des limites fixées par elle, il n'y a pas de danger. Une fois ingérés, une grande partie des PCB restent dans l'organisme pendant de nombreuses années. Si on en ingère vraiment trop, le risque perdure.

L'apport de PCB et des dioxines par les fruits et légumes semble très limité. Les œufs de poules élevées en plein air sur des sols pollués représenteraient un risque plus grand, de même que la matière grasse et la viande d'animaux qui se nourrissent sur des sols pollués. Ceci s'explique par l'ingestion de terre par l'animal. L'ingestion de terre polluée par les enfants peut également être dangereuse. On conseille donc de se laver les mains soigneusement.

Les autorités compétentes en matière d'environnement prennent des mesures pour diminuer la pollution, notamment celle des sols et du lit des cours d'eau et diminuer de la sorte l'exposition des personnes.

En tant que ministre fédérale de la Santé publique, je partage la compétence de la fixation de normes pour la chaîne alimentaire. Les normes pour les PCB de type dioxines et pour les autres PCB de même que celles pour les dioxines ont déjà été établies pour les denrées alimentaires et les aliments pour animaux. On travaille à une actualisation et à une harmonisation de ces normes au niveau européen. Ma collègue Mme Laruelle est compétente pour le contrôle du respect de ces normes. Le SPF Santé publique et les institutions rattachées apportent une importante contribution à la compréhension des risques liés aux PCB. Mon administration a collaboré au projet de mesure des PCB et autres polluants dans le lait maternel de même qu'à un projet concernant la pollution des œufs chez les particuliers.

Un nouveau projet de recherche est en cours à l'Institut scientifique de Santé publique pour évaluer l'ingestion actuelle de dioxine et de PCB de type dioxines par la population belge. Cette étude utilise les résultats de l'enquête de consommation alimentaire de 2004 ainsi que de nouvelles analyses sur différents groupes alimentaires. Ces résultats devraient être disponibles pour l'été 2009.

08.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Pourrais-je en avoir copie? Il y a une réunion du comité de suivi ce vendredi. Dans ce contexte, il faudrait demander l'avis des médecins de la région de Braine-le-Comte, Hennuyères et Tubize au sujet d'incidences en la matière. On a dû abattre une centaine de têtes de bétail et on a dû considérer comme impropres à la consommation les poissons dans les étangs de Coeurcq à Tubize.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les diagnostics aux urgences" (n° 7172)

09 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de diagnoses in de spoeddiensten" (nr. 7172)

09.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la problématique des diagnostics aux urgences est importante puisqu'à Aiseau-Presle, en août, un homme est décédé après s'être rendu dans le service des urgences d'un hôpital de la région ... où le diagnostic correct n'a pas été posé, les examens appropriés n'ayant même pas été pratiqués. L'homme se plaignait d'une douleur dans la poitrine et à aucun moment, le médecin n'a remis en cause l'explication intuitive du patient, qui parlait d'une déchirure musculaire. Pour calmer la douleur et puisqu'il ne s'agissait que d'une déchirure musculaire, le médecin a fait administrer un premier anti-douleur puis de la morphine, puis a renvoyé le patient chez lui, où il est décédé trois heures après, dans son lit, d'un anévrisme de l'aorte qui n'avait pas été diagnostiqué faute d'examen.

À la question de savoir pourquoi le docteur s'était abstenu de demander des examens plus approfondis, le directeur médical a haussé les épaules et répondu qu'aux urgences, il fallait comprendre qu'il y avait beaucoup de monde et beaucoup de monde pour rien du tout – ce qui n'est pas faux dans l'absolu -, et que les produits et les scanners, ça coûtait cher. Voilà, me semble-t-il, une réponse bien étrange!

Il est vrai, madame la ministre, que les urgences sont souvent surchargées. Ceci étant, les cabinets médicaux étant fermés la nuit, un patient qui se présente aux urgences est là parce qu'il n'a aucun recours alternatif et que sa situation est suffisamment préoccupante pour ne pas attendre le lendemain. Une de mes connaissances, confrontée au même problème, a dû, après avoir attendu près de trois heures avec plus de 40°C de température, et être passée devant deux médecins, insister pour que le troisième, sur le point de le renvoyer chez lui en pleine nuit, lui fasse faire des examens complémentaires, qui ont révélé une pneumonie en stade critique. Si cette personne était rentrée chez elle, elle serait peut-être morte le lendemain.

Madame la ministre, je comprends le souci des hôpitaux d'utiliser à bon escient les crédits qui leur sont alloués mais je crois qu'il y a lieu de trouver des solutions pour les médecins urgentistes, qui ne sont effectivement pas assez nombreux.

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Flahaux, le cas relaté dans votre question est tout à fait dramatique. Mais en ma qualité de ministre de la Santé, je ne peux pas me permettre d'émettre un jugement relatif à la prise en charge d'un patient. L'exercice de la médecine est un art difficile

dans lequel le médecin, sur base des symptômes et de l'examen du patient, pose un diagnostic, étayé le cas échéant par un ou plusieurs examens complémentaires, et prescrit le traitement adéquat. Vous savez que la difficulté augmente dans les services d'urgence de par la charge de travail et l'obligation de réaliser le bilan de santé dans un temps très limité.

Si le plus souvent le tableau clinique permet d'arriver rapidement au diagnostic et au traitement adéquat, il peut arriver qu'une pathologie ait une présentation atypique dans laquelle les symptômes du patient évoquent une autre pathologie ou une pathologie de moindre gravité ne justifiant pas d'examen complémentaire. Tout acte médical présente un risque d'accident ou de complication. Dès lors, le bénéfice lié à la réalisation d'un plus grand nombre d'examens complémentaires sera contrebalancé par un nombre plus élevé de complications liées à ces examens complémentaires.

Mes prédécesseurs ont réduit le risque d'accident aux urgences en publiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée. Vous savez que cet arrêté a été modifié en 2002 et en 2006. Cet arrêté fixe les qualifications des médecins et du personnel infirmier. Une qualification minimale est par conséquent toujours prévue; ce qui constitue évidemment un gage de prise en charge sérieuse et de qualité.

Je suis évidemment à votre disposition si vous aviez d'autres idées à exposer, mais il m'est difficile, en l'occurrence, d'émettre un jugement.

09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je comprends, madame la ministre. Ma question est, plus largement, celle du nombre de médecins urgentistes. Mais je ne doute pas que vous soyez déjà en train de vous pencher sur la question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la hausse du coût de certains médicaments" (n° 7174)

10 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijging van de prijzen van bepaalde geneesmiddelen" (nr. 7174)

10.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'Association pharmaceutique belge a attiré l'attention, le 21 août dernier, sur la hausse importante depuis le mois de juillet de cette année de plusieurs médicaments non remboursés. Celle-ci fait suite à d'autres survenues dans les six premiers mois de l'année.

Permettez-moi de citer de manière synthétique mais éloquente quelques exemples. Certains médicaments relativement courants et nécessaires dans l'usage quotidien tels que l'Effortyl - + 46% -, le Strepsis menthol - + 25% -, le Buscopan - +21% - et j'en passe et des meilleures.

On peut aussi s'inquiéter à plus d'un titre de cette hausse, tout d'abord, parce que dans le contexte actuel cette hausse vient alourdir la note chez le pharmacien et grève encore un peu plus le pouvoir d'achat de nos concitoyens. Par ailleurs, si ces médicaments ne sont pas les plus importants, ce sont sans doute les plus utilisés pour remédier à un rhume, un mal de tête ou encore pour arrêter de fumer. À ce titre, ils sont aussi le plus souvent achetés. Enfin, parce que l'Association pharmaceutique belge relève que le SPF Économie doit être consulté pour chaque demande d'augmentation d'un médicament non remboursé. Or il semblerait – je cite l'Association pharmaceutique belge – que "toutes ces hausses sont probablement dues au fait que le blocage de prix n'est plus en vigueur".

Dès lors, madame la ministre, mes questions sont logiques.

Tenez-vous à l'œil l'évolution des prix de ces produits?

Qu'en est-il de cette procédure de blocage des prix évoquée par l'Association pharmaceutique belge?

Le SPF Économie a-t-il été consulté et qu'en ressort-il?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Tous les exemples que vous avez cités concernent des médicaments non remboursés et relèvent donc de la compétence du ministère des Affaires économiques. Je n'en ai

aucune en la matière. Si vous me disiez être favorable au blocage des prix, je vous répondrais oui – mais ce n'est pas de mon ressort.

10.03 Kattrin Jadin (MR): Je m'en doutais.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: En revanche, dès qu'il y a remboursement, mon administration (CRM, etc.) intervient. La valeur d'efficacité du produit et des substituts éventuels est examinée, de sorte que le remboursement est ou non accepté. Très souvent, des diminutions de prix sont demandées avant d'accepter le remboursement du médicament.

Ce ne sont pas seulement les médicaments remboursés qui pèsent lourd dans le portefeuille des patients, mais aussi ceux qui ne le sont pas. À cet égard, je suis certaine que vous allez interpellier mon collègue.

10.05 Kattrin Jadin (MR): Oui, vous pouvez en être certaine. Cependant, en tant que ministre de la Santé publique, vous pouvez exercer une certaine influence. En tout cas, je vais évidemment interroger le ministre de l'Économie sur ce dossier.

Par ailleurs, s'agissant du système de blocage des prix, je serai très claire. Vous ne serez pas étonnée si je vous dis que je n'y suis pas forcément favorable. Cependant, des contrôles doivent être installés afin de vérifier si ces hausses tarifaires sont justifiées ou non et d'en informer clairement le consommateur.

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

11 Question de Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suites réservées par le gouvernement à la résolution visant à interdire l'utilisation des dispositifs répulsifs jeunes de type 'Mosquito'" (n° 7175)

11 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gevolg dat de regering geeft aan de resolutie betreffende het verbod van systemen van het type 'Mosquito' om hangjongeren te verjagen" (nr. 7175)

11.01 Kattrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le 26 juin dernier, la Chambre adoptait, à une très large majorité, la résolution demandant au gouvernement d'interdire la vente et l'utilisation sur le territoire belge des dispositifs répulsifs anti-jeunes de type Mosquito ou autres appareils à techniques similaires.

À mon initiative, les groupes démocratiques de cette assemblée, représentés par mes collègues du CD&V, du Parti Socialiste, de l'Open Vld, du cdH, d'Ecolo, du sp.a+VI.Pro, se sont assis autour d'une même table et, en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, une position commune a été dégagée.

Je n'expliquerai pas une nouvelle fois pourquoi ce dispositif est fort peu recommandable, mais je souhaiterais vous entendre sur l'évolution du dossier au sein de vos services et, plus particulièrement, sur les conclusions de l'étude menée par votre département sur les effets, à court et long terme, de l'exposition au Mosquito.

Avez-vous reçu ces conclusions et qu'en reprenez-vous?

Comment envisagez-vous de rencontrer les préoccupations exprimées par le parlement quant à l'interdiction du dispositif Mosquito en Belgique?

Quel est votre agenda en la matière?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, j'attends l'avis du Conseil supérieur de la santé prévu début octobre. Son avis est déterminant en la matière. Dès que je serai en sa possession, je le transmettrai évidemment aux membres de la commission de la Santé publique de la Chambre.

Par la suite, je prendrai langue en la matière avec mon collègue des Affaires économiques en vue d'une initiative forte, mais j'attends l'avis du Conseil. Certes, je peux agir sans avis, mais lorsqu'on en sollicite un, il vaut mieux attendre de le recevoir!

11.03 Katrin Jadin (MR): L'avis avait été demandé avant même que la résolution ne soit prise. Certes, on peut attendre même si des éléments comparatifs existent dans notre pays, puisque des études y ont déjà été menées. Une collaboration est, bien entendu, nécessaire avec les collègues du département de l'Économie ainsi que la mise sur pied d'incitants au niveau des communes, car celles-ci devront mettre ce dispositif en œuvre de manière pratique. J'imagine que vous devrez également agir en partenariat avec le ministre de l'Intérieur. Mais il n'y a pas de problème. Je reviendrai sur le sujet vers la mi-octobre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de contingentering van de kinesisten" (nr. 7196)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitgangsexamen voor kinesisten" (nr. 7225)

12 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contingentement des kinésithérapeutes" (n° 7196)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen de sortie pour les kinésithérapeutes" (n° 7225)

12.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de contingentering van de kinesisten, en voornamelijk het examen, heeft al heel wat stof doen opwaaien.

Bij een vorige interpellatie vorig jaar had u een heel hoopvol signaal gegeven met betrekking tot de selectieproef waardoor kinesisten in het bezit zouden kunnen komen van een RIZIV-nummer.

We zijn nu een jaar later. De elementen en de motivering waarom er aan die contingentering een wijziging zou kunnen worden aangebracht, blijven gestand en zijn nog altijd gelijk. Ik zal ze heel kort opsommen.

Ten eerste, de cijfers van professor Stappaerts toonden duidelijk aan dat het aantal kinesisten dat een zelfstandige praktijk heeft dalende is. Ten tweede, een studie van professor Pacolet in opdracht van uw ministerie van Volksgezondheid stelt dat de doelstellingen van minister Vandenbroucke – de instroom beperken en het voorschrijfgedrag onder controle brengen – ook waren bereikt. Ten derde, en in tegenstelling tot vroeger, zijn de beroepsverenigingen er nu van overtuigd dat er zich een tekort aan kinesisten op het werkveld begint af te tekenen. Men hoeft er alleen maar de vacatures op na te kijken om dit bevestigd te zien.

Zoals u vorig jaar hebt beloofd, heeft de planningscommissie beslist dat de niet-gebruikte RIZIV-nummers kunnen worden toegevoegd aan het aantal te verdelen RIZIV-nummers dit jaar. Dit betekent normaliter grof geschat dat minstens 30 tot 40 extra RIZIV-nummers zouden moeten worden gedefinieerd voor Vlaanderen en iets minder voor Wallonië. Over de definitie van niet-gebruikt RIZIV-nummer moet de administratie echter nog duidelijkheid creëren.

Dezelfde onzekerheid bestaat echter nog steeds. Het aantal studenten dat vorig jaar niet werd toegelaten en geen RIZIV-nummer kreeg, zou nu opnieuw moeten deelnemen met nog steeds een heel grote onzekerheid. De niet-inge vulde nummers werden nog altijd niet toegekend.

De procedure voor de organisatie van het examen zou lopende zijn. Het essentieel instrument voor het beheer van het aantal zorgverstrekkers, het kadaster van de medische beroepen, is er nog altijd niet.

Mevrouw de minister, hoe ziet u het in 2008 met betrekking tot de selectieproef voor het bekomen van het RIZIV-nummer voor de kinesitherapeuten? Hoe wilt u het niet-gebruikt RIZIV-nummer definiëren? Wanneer denkt u dat het kadaster van de medische beroepen gebruiksklaar zal zijn?

12.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het zal u niet verwonderen dat wij u in het verleden al dikwijls hebben ondervraagd over de problematiek van het uitgangsexamen voor kinesisten. Wij hebben dat ook gedaan bij uw voorganger, minister Demotte.

Ook om een aantal technische redenen, in het kader van het vergrijzingsdossier, is het totaal onnodig dat

het uitgangsexamen voor kinesisten nog altijd plaatsvindt. Eerlijk gezegd, uw jongste antwoorden in de plenaire vergadering, vlak voor het zomerreces, waren op zijn zachtst gezegd vrij hoopgevend voor het dossier.

Intussen hebben wij gezien dat de Planningscommissie het aantal kinesisten dat mag afstuderen voor een stuk heeft verruimd en de bestaande regeling wat heeft versoepeld. Onze verwondering was dan ook zeer groot bij de publicatie van het Belgisch Staatsblad begin september, waardoor de procedure voor de selectieproef voor kinesisten voor 2008 toch op gang wordt getrokken.

Mevrouw de minister, ik heb twee zeer concrete vragen. Wat is dan toch de reden waardoor het uitgangsexamen voor kinesisten in 2008 wordt behouden?

Impliciet houdt dat in dat u terugkomt op eerdere parlementaire antwoorden die u in de plenaire vergadering hebt gegeven. Waarom komt u voor een stuk terug op eerdere antwoorden en verklaringen die inzake dit dossier in het Parlement zijn afgelegd?

12.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Gediplomeerde kinesisten krijgen een RIZIV-nummer. Alleen degenen die wensen te genieten van de nomenclatuur die een terugbetaling mogelijk maakt van de prestaties verricht in een privé-kabinet of aan huis, moeten een bijkomend examen afleggen, dat meestal elk jaar tijdens de maand oktober wordt ingericht.

Als gevolg van diverse studies over de planning van de kinesisten en meer bepaald die van professor Pacolet van de Katholieke Universiteit Leuven heeft de planningscommissie voorgesteld om, enerzijds, de algemene quota op te trekken en, anderzijds, de niet-gebruikte RIZIV-nummers in te halen. Ik heb dus in juli een nieuw ontwerp van KB voorgelegd aan de Ministerraad waarmee de algemene quota met 100 eenheden worden verhoogd en dat elk jaar de RIZIV-nummers die in de loop van de voorgaande jaren niet werden gebruikt, integreert. Dit besluit werd in de Ministerraad goedgekeurd en ligt momenteel ter ondertekening bij de Koning.

Het examen dat gepland is op 18 oktober zal pas worden georganiseerd indien het aantal kandidaten hoger ligt dan de nieuwe contingenteringen die in dit nieuwe besluit zijn opgenomen. Tegelijk met deze maatregel heb ik aan de administratie gevraagd om de instelling van het kadaster van de medische beroepen te versnellen. Er werd reeds heel wat werk verzet. Diverse analyses, die in samenwerking met het RIZIV werden uitgevoerd, zullen het mogelijk maken om in de loop van 2009 de huidige analyses van de planningscommissie te verfijnen.

12.04 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, er blijven, zeker in hoofde van degenen die al een diploma hebben, een aantal onduidelijkheden. Vorig jaar werd gesteld dat de niet-gebruikte nummers, dus de nummers die buiten het examen in de ranking minder punten hadden, a rato van het puntenaantal dat die studenten of kinesisten hadden behaald, onder hen zouden worden toebedeeld.

Nu zegt u dat er een nieuw koninklijk besluit is. Op zich kunnen wij dat alleen maar toejuichen, of het zal wel worden toegejuicht. Dat is heel goed. U weet echter nog altijd niet en degenen die zijn afgestudeerd, weten ook nog niet of zij voor een examen worden opgeroepen ofwel dat zij al ergens in dienst kunnen treden. Nu kunnen zij dat nog niet weten, omdat het koninklijk besluit nog ter ondertekening voorligt bij de Koning. Het is nu al september, dus er resten ons nog maar een paar weken.

12.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: (...)

12.06 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, dat is niet waar. In hoofde van degenen die het diploma al hebben, vind ik het te ernstig. Ik vind niet dat u daarmee kunt lachen, echt niet.

12.07 **Laurette Onkelinx**, ministre: Non, mais de temps en temps, il faut détendre l'atmosphère.

L'arrêté royal a été pris avant les vacances.

12.08 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Oui, mais nous sommes déjà presque au mois d'octobre.

12.09 **Laurette Onkelinx**, ministre: Que me demandez-vous de faire?

12.10 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ik vraag dat u honoreert wat u vorig jaar hebt gesteld en dat is dat degenen die in de ranking van de examens er net uitvielen, dat nummer krijgen. Dat is toen duidelijk gesteld. Ik vind dat voor die jonge mensen wél belangrijk.

12.11 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Avontroodt, nous sommes d'accord. Dès que l'arrêté royal sera signé, il sera publié.

12.12 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ce n'est pas l'objet de ma demande. Je vous demande si ceux qui ont échoué pour un ou deux points l'année passée auront la priorité pour les numéros qui ne sont pas encore accordés.

12.13 Laurette Onkelinx, ministre: Cela ne fonctionne pas de la sorte.

12.14 Yolande Avontroodt (Open Vld): C'est ce que vous avez dit l'année passée.

12.15 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'ai pas parlé de ceux qui avaient échoué à l'examen.

Nous avons augmenté les quotas et, effectivement, pour les augmenter encore, on permet de récupérer les numéros INAMI inutilisés. Nous allons dès lors avoir d'assez larges possibilités. Si vous me demandez mon avis, je pense qu'on n'aura pas besoin de l'examen.

12.16 Yolande Avontroodt (Open Vld): C'est une bonne nouvelle.

12.17 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne connais pas les chiffres exacts mais je le pressens.

12.18 Yolande Avontroodt (Open Vld): De niet-gebruikte nummers, hadden we kunnen.

12.19 Laurette Onkelinx, ministre: L'année passée, nous étions en période d'affaires courantes.

12.20 Yolande Avontroodt (Open Vld): La période d'affaires courantes n'a pas duré une année!

12.21 Laurette Onkelinx, ministre: Le gouvernement provisoire de M. Verhofstadt a été mis en place en décembre.

12.22 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, sta mij toe toch mijn verwondering te uiten over het antwoord dat u ons vandaag geeft.

Wanneer u het hebt over de problematiek van de niet-gebruikte RIZIV-nummers, dan is het mijn rol als lid van de oppositie om u erop te wijzen dat het alleen maar gaat over de concretisering van een oude belofte van u en uw voorganger, minister Demotte. In antwoorden op interpellaties van mijzelf en heel wat collega's heeft hij dat al lang beloofd. Wij moeten echter vaststellen dat het KB nog altijd niet werd geconcretiseerd.

Wat echter veel ernstiger is, mevrouw de minister – en ik keer terug naar uw antwoord in de plenaire vergadering van vlak vóór het zomerreces – is dat u het principe van het uitgangsexamen voor kinesisten wilt behouden. Ik kan niet nalaten om daarover mijn grote verwondering te uiten. Uit uw antwoord van vlak vóór het zomerreces bleek immers heel duidelijk dat u bereid was om het principe van het uitgangsexamen voor kinesisten ter discussie te stellen en zelfs af te voeren. Ik merk nu dat u het principe niet meer ter discussie stelt. U zegt dat alles zal afhangen van de inschrijvingen. Dat is toch een koerswijziging?

12.23 Minister Laurette Onkelinx: Neen, u mag niet vergeten dat de eerste stap een verhoging van de quota inhoudt en het gebruik van de niet-gebruikte RIZIV-nummers. Een tweede stap is het kadaster. Voor mij hoeven er in de toekomst geen examens meer te zijn, maar het gaat om twee verschillende stappen.

12.24 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, het is belangrijk wat u nu zegt. Wanneer ik u goed begrijp, zegt u nu – als verduidelijking – wel degelijk dat u op het kadaster wacht, waarvan we weten dat de inwerkingtreding ervan is uitgesteld tot het einde van dit jaar of misschien zelfs begin volgend jaar.

Het principe van het uitgangsexamen blijft voor dit jaar overeind, maar u bent wel bereid om het uitgangsexamen voor 2009 te herbekijken en eventueel te schrappen. Dat hebt u nu toch zeer duidelijk aan het Parlement gezegd.

12.25 Laurette Onkelinx, ministre: J'ai dit effectivement qu'en ce qui me concerne, au regard de l'évolution en matière de kiné, une révision peut être envisagée sans aucun problème. Il en va de même pour la médecine. Il faudra en discuter sur la base du cadastre.

Toujours est-il que, pour ma part, j'ai besoin d'une base scientifique.

Pendant les vacances, j'ai rencontré les fonctionnaires de mon administration qui s'occupent du cadastre. Mon objectif était de voir ce qu'ils faisaient et de leur faire savoir qu'il était nécessaire qu'ils nous fassent part rapidement du résultat de leur travail. À cette occasion, ils m'ont expliqué les difficultés auxquelles ils étaient confrontés. Certains médecins ne répondent pas au questionnaire.

Cela dit, toute une série de bases de données sont croisées pour avoir une vue la plus exacte possible. Sur cette base, nous pourrions voir qu'un problème se pose non seulement pour les kinés mais aussi pour d'autres professionnels de la santé. Il sera alors souhaitable de prévoir un autre type de politique.

En tout cas, je peux vous assurer que je houspille les fonctionnaires concernés pour qu'ils me communiquent leurs conclusions le plus vite possible.

La **présidente**: Espérons que cet arrêt sera pris rapidement et, en tout cas, avant la date de l'examen afin qu'il n'y ait pas de discrimination.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Samengevoegde vragen en interpellatie van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vaccinatie tegen baarmoederhalskanker" (nr. 7198)
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker" (nr. 7304)
- de heer Koen Bultinck tot de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker" (nr. 110)

13 Questions et interpellation jointes de

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le cancer du col de l'utérus" (n° 7198)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le cancer du col de l'utérus" (n° 7304)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le cancer du col de l'utérus" (n° 110)

13.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb deze vraag gesteld omdat wij nu – ik spreek hier als burgemeester – worden geconfronteerd met de vraag van een artsensyndicaat om als gemeente tussen te komen in de kosten voor een baarmoederhalskankervaccin. Er is een oproep aan de gemeenten, ik weet niet of er hier nog collega-burgemeesters zijn, maar ik denk het niet, om tussen te komen vanuit de gemeente.

Wij willen die vraag welwillend beantwoorden, maar er is ook de dieperliggende oproep vanuit de academische wereld, dat alleen de gratis vaccinaties tot een hoge vaccinatiegraad leiden. Er zijn voorbeelden genoeg. Ik heb u in het verleden nog al vragen gesteld over vaccinatiegraad en de schaarste aan gegevens daaromtrent.

Sinds november 2007, dus bijna een jaar geleden, is er de gedeeltelijke terugbetaling voor het vaccin tegen baarmoederhalskanker, vanwege het RIZIV voor meisjes van 12 tot 14. Het remgeld per vaccin zou ongeveer 10 euro of iets meer bedragen. De totale kostprijs is 30 euro en enkele eurocenten. Naar schatting, en dat is belangrijk, werd slechts 50% van de 15-jarigen in de eerste helft van dit jaar gevaccineerd.

De hoogleraren die opriepen om de gratis vaccinatie in te voeren om die hoge vaccinatiegraad te bereiken, stellen het volgende. Naar verluidt – ik weet het niet zeker want ik was er niet bij – is er vanuit de Vlaamse Hoge Raad een oproep geweest om op de interministeriële conferentie te pleiten voor de invoering van de gratis vaccinatie. Blijkbaar werd hieromtrent geen akkoord bereikt, ondanks het feit dat dit wetenschappelijk en academisch, zoals u zegt, werd gestaafd. Deze oproep zou op de interministeriële conferentie niet zijn gevolgd. De piste was een cofinanciering tussen de Gemeenschappen en de federale overheid. Die zou uitgesteld zijn tot einde 2008.

Daardoor zijn er natuurlijk mensen uit de academische wereld, alsook jonge meisjes, die stellen dat het net de sociaal kwetsbare groepen zijn die hierdoor misschien niet zullen worden gevaccineerd, omdat 30 euro toch nog steeds 30 euro is.

Mevrouw de minister, kunt u deze de beslissing van de interministeriële conferentie Volksgezondheid mee ondersteunen?

Het gaat natuurlijk over een bevoegdheid van de andere Gemeenschappen. De Vlaamse Gemeenschap is sowieso vragende partij om die cofinanciering op zich te nemen.

U begrijpt dat zulks ook niet zomaar kan worden losgelaten. Een uniforme preventie zal dus ook wel uw zorg zijn.

13.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het zal u niet verwonderen dat ik nog even op bedoeld dossier wil terugkomen. Het is bij uitbreiding opnieuw een prachtvoorbeeld van de blokkeringen die af en toe in ons federaal stelsel opduiken.

Mevrouw de minister, wat mij verwondert, is dat uw befaamd kankerplan, dat nu stap voor stap zijn uitwerking zou moeten krijgen, wel degelijk ook in een verruiming van de terugbetaling van de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker voorzag.

Mevrouw de minister, wij hebben akte genomen van het feit dat de interministeriële conferentie volksgezondheid zijn beslissing over de cofinanciering tot eind 2008 heeft uitgesteld. Wanneer wij het uitstel in essentie bekijken, had het veel te maken met een weigering van de Franstalige Gemeenschap om op dit moment financiële middelen voor de cofinanciering uit te trekken.

Mevrouw Avontroodt schetste terecht de situatie van de huidige, bestaande regeling met een gedeeltelijke terugbetaling via het RIZIV. Ik verwijs opnieuw naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad van 2007, waarin heel duidelijk wordt gevraagd om een verruimde terugbetaling systematisch in te voeren. De enige manier om zulks systematisch te kunnen doen en om een heel uitgebreide ploeg – jonge vrouwen in dit geval – te kunnen bereiken, is wel degelijk via het systeem van cofinanciering tussen de Gemeenschappen en het federale bestuur.

Mevrouw de minister, het is goed dat u in uw persreacties dienaangaande enige ruimte liet. Zelfs over de vraag naar enige extraruimte liet u een opening. Indien de Franstalige Gemeenschap inderdaad op de rem blijft staan – wij hebben al de vrije tribune dienaangaande gelezen die de voorbije maanden door een aantal deskundigen op het terrein in de respectievelijke media werd gepubliceerd –, zouden eenzijdige maatregelen ter zake moeten kunnen. Desnoods moet u met een sui generis oplossing voor de dag komen, namelijk de Vlaamse Gemeenschap toelaten alleen een regeling uit te werken.

Mevrouw de voorzitter, ik wil het vandaag doelbewust heel kort houden en mij tot de essentie beperken.

Mevrouw de minister, ik zou uw mening over het dossier willen kennen. Het is goed dat wij vandaag van u te horen zouden krijgen wat uw duidelijke, politieke houding ter zake is.

Durft u in het Parlement herbevestigen wat in de media werd bericht? De mediaberichten zijn slechts waard wat ze waard zijn. In die zin achtte ik het nuttig om u ook in het Parlement over de kwestie te ondervragen.

Bent u bereid de mogelijkheid open te laten om de Vlaamse Gemeenschap op een of andere manier, desnoods via eenzijdige maatregelen, zijn gang te laten gaan?

Het kan immers niet – in die zin was het dossier voor ons een typisch voorbeeld van blokkeringen binnen het federaal stelsel – dat voor een maatregel, waarover alle banken van meerderheid en oppositie het eens zijn dat het een noodzakelijke maatregel is, de bestaande bruuskeringen en remmingen binnen het stelsel in de praktijk één Gemeenschap afremmen om de noodzakelijke maatregelen inzake gezondheidszorg te nemen.

Mevrouw de minister, ik kom tot het derde element in het dossier. Ieder van ons die lokaal gemeenteraadslid is, wordt geconfronteerd met de vraag van het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen om op gemeentelijk niveau initiatieven te nemen. Ik zou nu reeds een aantal Vlaamse gemeenten kunnen opnoemen die reeds concrete zaken aan het uitwerken zijn. Het is absurd dat, terwijl het dossier op federaal niveau nog hangende is, er her en der lokale initiatieven ontstaan. Een aantal gemeenten ontwikkelt reeds initiatieven om in dat geval het remgeld op zich te nemen, op kosten van de begroting van de gemeente. Graag zou ik uw reactie daarop kennen.

Zo ja, wat blijft uw houding in deze problematiek? Zult u er mee voor zorgen ten laatste tegen eind 2008 versneld tot de cofinanciering te kunnen overgaan?

13.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, in de interministeriële conferentie Volksgezondheid blijkt er op basis van de debatten binnen de specifieke werkgroep Nationaal Kankerplan een consensus te bestaan over een systematische en gratis vaccinatie tegen een HPV, via de schoolartsen, voor alle jonge meisjes van 12 jaar die naar het secundair onderwijs gaan. De werkgroep Vaccin van diezelfde interministeriële conferentie is dezelfde mening toegedaan.

Voornoemde werkgroep NKP komt vandaag terug bijeen. Dan zal dit akkoord tussen de verschillende entiteiten en de federale overheid moeten worden bevestigd. Indien dat het geval is, zal de interministeriële conferentie Volksgezondheid de noodzakelijke protocolovereenkomst kunnen ondertekenen tijdens haar volgende vergadering in de komende maand december. Dat nieuwe vaccinatieprogramma zal dan kunnen worden toegepast vanaf het schooljaar 2009-2010.

Het enige punt dat nog hangende is om een volledig akkoord in de schoot van de interministeriële conferentie mogelijk te maken, betreft de financieringsmodaliteiten van deze nieuwe systematische vaccinatiecampagne. Mijn strategische cel onderzoekt momenteel met de dienst Gezondheidszorgen van het RIZIV hoe die financiering best wordt georganiseerd.

Ik heb vertrouwen in het vooruitzicht van het sluiten van de protocolovereenkomst over de invoeging van het vaccin tegen het HPV in het vaccinatieprogramma, in december 2008.

Thans kom ik tot de oproep van het SVH aan de gemeenten om het remgeld, dat van toepassing is voor dit vaccin, ten laste te nemen wanneer het wordt terugbetaald. Momenteel is dat voor jonge meisjes van 12 tot 15 jaar. De doelgroep zal uiterlijk op 1 december eerstkomende worden uitgebreid tot jonge vrouwen van 16 tot 18 jaar, volgens de conclusie van het Nationaal Kankerplan. Ik beperk mij tot de vaststelling dat zij effectief over ruim voldoende bevoegdheden beschikken om een dergelijke actie uit te voeren. Het komt mij niet toe mij uit te spreken over opportuniteit dat te doen.

13.04 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, u onderschrijft de doelstelling van een gratis vaccinatie. Uw strategische cel heeft dit ook onderschreven en ik denk dat dit wetenschappelijk gegrond is.

13.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Il s'agit d'une vaccination inscrite dans le calendrier vaccinal, ce qui est autre chose. Cela ne veut pas dire nécessairement gratuit. Ici, c'est une vaccination systématique pour tous les enfants – en l'occurrence les jeunes filles – donnée par l'école et par le biais du calendrier scolaire.

13.06 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik zou u toch, heel praktisch, willen vragen om hetgeen u vandaag hebt gesteld in een omzendbrief aan de gemeenten mee te delen, of toch minstens aan de Vlaamse gemeenten, want wij worden allemaal daarmee geconfronteerd. Als het protocolakkoord er nog dit jaar komt, dan hoeven de gemeenten de middelen ter zake niet in hun begroting op te nemen.

13.07 **Laurette Onkelinx**, ministre: Il est difficile de dire aux communes de ne pas prendre d'initiatives en leur signalant qu'il y aura un protocole d'ici décembre. Si les communes m'interrogent, je leur répondrai à titre individuel. Il faut que le protocole ait été signé avant qu'il y ait une information officielle.

13.08 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, de gemeenten kunnen toch niet de finesses kennen van hetgeen nu voorligt.

13.09 Laurette Onkelinx, ministre: Vous pouvez alors prendre l'initiative d'écrire à l'Union des villes et communes flamandes en lui transmettant votre question et ma réponse. Ce n'est pas mon boulot.

13.10 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, u geeft een gemengd antwoord.

We zijn tevreden dat er eensgezindheid bestaat om het advies van de Hoge Gezondheidsraad in het dossier op te volgen. U geeft aan dat het dossier in de goede richting gaat. Het angeltje zit echter in het eind van het verhaal. U zegt dat uw cel nog aan het onderzoeken hoe dat zal moeten worden gefinancierd.

Het klassieke systeem van cofinanciering, zoals dat in een aantal vaccinatiedossiers bestaat, is toch 1/3 Gemeenschappen en 2/3 federale overheid. Als uit uw antwoord moet worden afgeleid dat dat principe ter discussie wordt gesteld of technisch opnieuw wordt onderzocht, zou dat wel eens tot heel merkwaardige slotconclusies kunnen leiden.

Een aantal gemeenten neemt op dit ogenblik concrete en goedbedoelde initiatieven en u stelt dat u als minister moeilijk aan die gemeenten kunt zeggen dat het straks misschien allemaal zonder voorwerp is. Het is volgens mij wel nuttig dat dat op de een of andere manier zeer duidelijk aan de gemeenten wordt gezegd.

De belangrijkste vraag is de volgende. Indien het dossier niet tot een goed einde wordt gebracht, bent u dan bereid om de Vlaamse Gemeenschap haar gang te laten gaan en eenzijdig een aantal preventieve maatregelen te laten nemen?

Het hele debat valt of staat immers met het eindresultaat hoe we dat technisch zullen financieren. Wordt het de klassieke regeling met betrekking tot vaccinaties - 1/3-2/3 - of hoe zullen we dat concreet invullen? Zolang dat antwoord niet is ingevuld, en het probleem ligt duidelijk bij de Franstalige Gemeenschap, kan men hier blijven zeggen dat het dossier in de goede richting evolueert, maar is er bijlange geen zekerheid dat het goed wordt geconcretiseerd.

Mevrouw de minister, om u te stimuleren en ervan uitgaand dat u nog een bijkomend element van antwoord zult geven, voel ik mij verplicht om een motie van aanbeveling in te dienen waarin ik erop aandring dat het advies van de Hoge Gezondheidsraad wordt gevolgd en om zo snel mogelijk de cofinanciering met de bekende 1/3-2/3-regel concreet uit te werken.

Moties **Motions**

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Rita De Bont en de heer Koen Bultinck en luidt als volgt:

“De Kamer,
gehoord de interpellatie van de heer Koen Bultinck
en het antwoord van de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de regering
- het advies van de Hoge Gezondheidsraad van 2007 op te volgen;
- dringend een cofinanciering met betrekking tot vaccinatie voor baarmoederhalskanker uit te werken.”

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Rita De Bont et M. Koen Bultinck et est libellée comme suit:

“La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de M. Koen Bultinck
et la réponse de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement
- de suivre l'avis du Conseil Supérieur de la Santé de 2007;

- d'élaborer d'urgence un cofinancement pour la vaccination contre le cancer du col de l'utérus."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Véronique Salvi en Yolande Avontroodt en door de heer Eric Thiébaud.

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Véronique Salvi et Yolande Avontroodt et par M. Eric Thiébaud.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

Les questions suivantes sont reportées.

La réunion publique de commission est levée à 16.18 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.18 uur.