

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

van

du

MAANDAG 24 NOVEMBER 2008

LUNDI 24 NOVEMBRE 2008

Namiddag

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.16 uur en voorgezeten door de heer Michel Doomst.
La séance est ouverte à 14.16 heures et présidée par M. Michel Doomst.

01 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal tandartsen" (nr. 7837)

01 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre de dentistes" (n° 7837)

01.01 **Michel Doomst** (CD&V): Mevrouw de minister, ik heb een vraag over het aantal studenten tandheelkunde. Voor de toegang tot de opleiding moeten zij in het toegangsexamen voor tandarts slagen. Voor de proef van 1 juli 2008 slaagde 19,14%, of 529 van de 2.764 deelnemers.

Op de Ministerraad van 22 juli werd, op uw voorstel, het totale aantal tandartsen vastgelegd op een totaal contingent van 160 per jaar, voor de jaren 2014 en 2015. Dat zou voor de Vlaamse Gemeenschap betekenen dat er 80 algemene tandartsen en 16 specialisten, vooral in de parodontologie en de orthodontie, beschikbaar zouden zijn. Blijkbaar is dat getal op een wetenschappelijke basis berekend.

Uit het aantal afgestudeerden blijkt een acuut tekort aan algemene tandartsen te ontstaan. Wij horen vanuit de praktijk dat vacatures vaak maandenlang blijven openstaan. Ook vorig jaar is al gebleken dat, na 10 jaar numerus clausus, het artsenaanbod nog altijd niet op het gewenste niveau is geraakt, terwijl er een overaanbod van bijna 20% aan specialisten bestond.

Dat blijkt nu ook toepasbaar te zijn voor tandartsen. Mevrouw de minister, onderkent u dat wij met een groeiende problematiek te maken hebben? Wat zijn mogelijke oplossingen? Hebt u al gedacht aan het eventueel opsplitsen van het toegangsexamen om zo voor beide takken op termijn de nodige bezetting te verkrijgen?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb hier twee tabellen. Ik zal ze u na mijn antwoord bezorgen.

De problematiek is bekend en niet nieuw. Uit bijgaande cijfers, met de reële aantallen afgestudeerden in het verleden en de verwachte aantallen in de toekomst, blijkt wel een verhoging van de aantrekkingskracht voor de nabije toekomst. Uit de cijfers blijkt ook dat het niet halen van de quota in het verleden niet louter een Vlaams probleem was. Het probleem enkel toewijzen aan het toegangsexamen zou dan ook wat te eenvoudig zijn.

U zult in de tabellen een vergelijking zien tussen de toestand in de Vlaamse en de Franse Gemeenschap. Het is interessant voor de Vlaamse gemeenschap.

Daarin staan ook de cijfers van het aantal gediplomeerden, het aantal gediplomeerden met de Belgische nationaliteit en de quota.

De verhoging van de aantallen voor de periode 2014-2015, waarnaar u in uw vraag verwijst, duidt er enkel op dat met de stijgende veroudering en de verwachte stijgende zorgvraag ook een verhoging van de maxima nodig is. In het huidige systeem zijn de quota immers opgevat als maxima.

Strikt genomen is het dus niet de bedoeling ze te overschrijden. De vraag is dan ook of er geen minima overwogen moeten worden zoals bij sommige specialisaties in de geneeskunde. De minima kunnen zodanig gekozen worden dat een kwalitatieve, betaalbare en voor alle lagen van de bevolking bereikbare tandzorg in de toekomst wordt gegarandeerd.

Het zal ook een richtcijfer zijn voor de studenten en het beleid. Het tekort wordt dan immers becijferbaar.

Onder de auspiciën van de planningscommissie Medisch Aanbod wordt een enquête gericht aan een staal van tandartsen.

De bedoeling is aan de hand van de resultaten van de enquête in 2009 nieuwe toekomstprojecties te maken. De vraag om daarbij minima te evalueren is dan ook terecht.

Zoals u, weet worden tandartsen opgeleid aan universiteiten, en universiteiten zijn gemeenschapsmaterie. De manier waarop de numerus clausus uitgevoerd wordt in de universiteiten, bijvoorbeeld met een toegangsexamen aan Vlaamse zijde, is dan ook geen federale bevoegdheid. Toch lijkt mij een opsplitsing van een toegangsexamen niet evident wegens het feit dat de opleidingen geneeskunde en tandheeskunde georganiseerd worden aan dezelfde faculteit.

Het toegangsexamen is zodanig ingeburgerd en geëvolueerd dat het vanuit de onderwijswereld veeleer als positief wordt ervaren. Het selecteert de kandidaat-studenten zo goed dat de slaagkansen in de loop van de opleiding sterk gestegen zijn. Zaak is dus veeleer om, eens geslaagd in het toegangsexamen, de keuze voor tandheeskunde te promoten.

Het invoeren van te halen minima zal niet voldoende zijn. Dat toont de ervaring van inmiddels meer dan 10 jaar contingentering aan. Ook begeleidende maatregelen zijn aangewezen. Een analyse van de aantrekkelijkheid van het beroep zelf, in concurrentie met andere zorgberoepen, zowel binnen als buiten de basisopleiding, is aangewezen. De taakverdeling, de organisatie van de praktijk en het inzetten van bijvoorbeeld tandartsassistenten zijn eveneens uitdagingen.

Ik hoop dat de planningcommissie Medisch Aanbod zich meer en meer in de richting van een meer globale aanpak zal profileren, zodat ik mijn politiek op basis van evidentie kan voortzetten.

Hier heb ik de tabellen.

01.03 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de minister, ik ben blij dat u het probleem erkent. Ik begrijp uit de resultaten van de enquête dat men het in 2009 niet in de examens maar vooral in de minima zal zoeken. Men zal er vooral voor zorgen dat die minima aantrekkelijk worden, zodat de nodige bezetting bereikt kan worden. Wij kijken daar naar uit en bedanken u alvast voor die inspanningen.

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

Le **président**: Puisque les autres membres de la commission ne sont pas présents, nous passons à la question de Mme Genot.

02 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Martine De Maght** aan de **vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "**de inspanningen in de strijd tegen aids/HIV+**" (nr. 7873)
- mevrouw **Zoé Genot** aan de **vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "**het aidsbeleid van de regering**" (nr. 8741)

02 **Questions jointes de**

- **Mme Martine De Maght** à la **vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique** sur "**les efforts déployés dans le cadre de la lutte contre le sida/HIV+**" (n° 7873)
- **Mme Zoé Genot** à la **vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique** sur "**la politique gouvernementale en matière de sida**" (n° 8741)

02.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Depuis quelques années, on entend moins parler du VIH. Pourtant, en Belgique, le nombre de personnes contaminées continue à être plus qu'important. En matière de prévention, les Communautés se trouvent en première ligne. Il est intéressant d'en parler aussi ici, car la partie curative n'est pas à négliger. En effet, les malades connaissent encore un certain nombre de difficultés, moins au niveau de l'accès à la trithérapie, mais plutôt au niveau des médicaments soignant les maladies opportunes, et des effets secondaires particulièrement désagréables – migraines, vomissements, diarrhées. Ces médicaments-là ne sont pas remboursés.

Quelle est votre analyse de l'évolution du nombre de personnes contaminées en Belgique? Quelle est la politique de prise en charge des malades pour le traitement du HIV et des maladies opportunes? Quelle est la coordination avec les Communautés en matière de prévention? J'ai l'impression que moins de campagnes de prévention sont organisées, alors que cela reste un problème important.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, me permettez-vous de répondre en même temps à la question qui a été déposée par Mme De Maght et qui porte sur le même sujet?

Le **président**: Bien sûr, madame la ministre, d'autant que notre ordre du jour est chargé.

02.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je tiens, tout d'abord, à remercier les membres qui m'ont interrogée sur le problème de société qu'est le sida.

Selon moi, pour répondre à la question de Mme De Maght, le plus grand nombre possible de personnes doivent pouvoir avoir accès au test de screening HIV et à un traitement adéquat où les chances de stigmatisation sont les plus faibles possibles. Je pense, en effet, que c'est de cette manière que cette maladie sortira de la sphère du tabou et que l'on pourra en parler plus facilement.

En Belgique, l'accès au test screening HIV est facile. Dans le courant de l'année 2007, 595.394 tests ont été réalisés et remboursés par l'INAMI. Les tests réalisés sur les donneurs de sang ne sont pas comptabilisés dans ce chiffre. Cela correspond à 55,7 tests par 1.000 habitants par an. Il s'agit d'une des fréquences les plus hautes d'Europe.

Le sida est présent dans le monde entier. Pour répondre à Mme De Maght, je dirais qu'il est, dès lors, important que les personnes immigrées fassent également l'objet de notre attention en termes de prévention et de traitement de cette maladie.

Cela étant dit, Mme De Maght m'a interrogée sur les aspects de prévention. Sur ce point, je dois la renvoyer aux ministres communautaires qui ont cette matière dans leurs compétences.

Madame Genot, j'en arrive à l'évolution des chiffres relatifs aux personnes contaminées en Belgique. Ainsi, depuis 1986, le nombre de nouvelles affections diagnostiquées dans notre pays oscille en moyenne entre 2 et 2,9 nouveaux cas par jour.

Après une phase de diminution régulière entre 1992 et 1997, le nombre de cas a de nouveau augmenté, avec une tendance à la stabilisation entre 2003 et 2007. Plus précisément, 693 nouveaux cas ont été dépistés en 1997, 992 en 2002, 1.052 en 2003, 1.002 en 2004, 1.074 en 2006 et 1.052 en 2007.

Au 31 décembre 2007, et depuis le début de l'épidémie, au total 21.138 personnes ont été reconnues infectées par le VIH. Parmi celles-ci, 3.769 diagnostics de la maladie ont été notifiés.

Président: Jean-Jacques Flahaux.

Voorzitter: Jean-Jacques Flahaux.

L'incidence a diminué brutalement de 50% au cours des années 1996 et 1997, grâce à l'utilisation des nouvelles associations d'antirétroviraux remboursés intégralement par l'INAMI selon des conditions régulièrement adaptées aux recommandations internationales. La politique de prise en charge est la suivante: remboursement des médicaments antirétroviraux à 100%, convention entre l'INAMI et les sept centres de référence sida répartis sur tout le pays, dépistage gratuit et anonyme au sein de ces centres et surveillance épidémiologique rigoureuse par l'Institut scientifique de santé publique.

Comme je l'ai dit, la prévention est bien entendu du ressort des Communautés, mais par ailleurs, vous avez dit quelque chose de très juste, à savoir qu'à côté de ces médicaments essentiels, on trouve une série de médicaments ou de nourritures spéciales qui ne sont pas remboursés par l'INAMI. Vous devez savoir que nous venons d'obtenir l'aval du gouvernement pour un nouveau maximum à facturer dans notre plan "malades chroniques", qui permettra notamment de faciliter l'accès aux médicaments et aussi de rembourser certains de ces derniers qui ne le seront qu'en faveur des malades chroniques. Nous sommes en train d'enregistrer tous les médicaments dans Pharmanet, y compris tous les médicaments non remboursés. Lorsque ce processus-là arrivera à son terme, nous pourrons alors déterminer, en fonction des demandes que les associations ont rentrées, je ne dis pas tous, car je dois également considérer les possibilités budgétaires, mais, en tous cas, les médicaments considérés par les associations comme étant les plus urgents à prendre en charge par l'INAMI. Le plan "malades chroniques" commencera en 2009, les plus importants déboursements étant prévus en 2010. Ceci viendra donc compléter ce que nous accomplissons déjà en amont pour lutter contre le sida.

02.04 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): J'espère que, vu les chiffres inquiétants et la remontée du nombre de contaminations, vous pourrez en toucher un mot à vos collègues des Communautés afin que ceux-ci poursuivent le travail de prévention qui, en matière de sida, est vraiment très important. J'ai l'impression que ce travail a été quelque peu délaissé ces dernières années. Je suis contente d'entendre que, dans le cadre du plan "malades chroniques", nous pourrons offrir aux malades un accès plus large à une série de médicaments qui, à l'heure actuelle, ne sont pas remboursés. J'examinerai avec beaucoup d'attention les listes que vous ferez parvenir au cours des mois et années qui viennent afin de permettre cette prise en charge plus globale des malades. Je pense qu'il s'agissait vraiment de l'une de leurs principales revendications au cours de ces dernières années: pouvoir se soigner sans se ruiner complètement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- **M. Yvan Mayeur à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le décret flamand relatif à la délivrance d'aide et de soins" (n° 7861)**

- **Mme Véronique Salvi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le décret flamand relatif à la délivrance d'aide et de soins" (n° 7958)**

- **M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le décret du 18 juillet 2008 relatif à la délivrance d'aide et de soins" (n° 7946)**

03 Samengevoegde vragen van

- **de heer Yvan Mayeur aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Vlaams decreet betreffende de zorg- en bijstandsverlening" (nr. 7861)**

- **mevrouw Véronique Salvi aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Vlaams decreet betreffende de zorg- en bijstandsverlening" (nr. 7958)**

- **de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening" (nr. 7946)**

Le **président**: Ces questions avaient déjà été reportées. Seule Mme Salvi étant présente, je vais lui céder la parole.

03.01 Véronique Salvi (cdH): Monsieur le président, je vous avoue que nous avons reporté cette question lors de la précédente réunion en raison de l'absence de mes deux collègues. N'ayant pas reçu d'informations cette semaine-ci, je me permettrai de poser seule la question.

Madame la ministre, l'exercice des professions de santé en Belgique, réglementé par l'arrêté royal n° 78, relève d'une compétence fédérale. Elles sont répertoriées en trois grandes catégories: l'art de guérir (médecins, dentistes, pharmaciens), l'art infirmier (infirmiers et aides-soignants) et le secteur paramédical comprenant notamment les kinésithérapeutes. Leur reconnaissance ressortit au fédéral et est régie par arrêté royal. Les actes que peuvent accomplir ces différentes professions y sont décrits.

Le Parlement flamand, quant à lui, a cependant adopté le 18 juillet 2008 un nouveau décret relatif à la délivrance d'aide et de soins. Ce texte autorise des personnes non agréées par le fédéral à poser des actes réservés aux aides-soignantes. Je dois vous avouer que des parlementaires wallons m'ont interrogée à ce sujet. Car le décret stipule que les dispositions ne s'appliquent pas aux personnes physiques qui exercent

une profession de santé, conformément à la législation relative à l'exercice des soins de santé.

Par ailleurs, c'est le gouvernement flamand qui arrêtera les exigences de qualification minimale, les modalités d'enregistrement ainsi que la liste des actes autorisés.

En attendant, pour les personnes travaillant dans un établissement d'aide sociale agréé par l'autorité flamande ou soumis à son contrôle, le décret est entré en vigueur dix jours après sa parution au Moniteur, c'est-à-dire dix jours après le 29 août 2008.

Madame la ministre, je souhaitais vous poser quelques questions d'ordre pratique quant à l'adoption de ce décret.

La Flandre est-elle bien compétente pour légiférer sur la réglementation de l'exercice des soins de santé?

La question de la qualité des soins et de la protection du patient se pose bien évidemment. En effet, nous nous trouvons devant des soins, sinon à deux vitesses, du moins à deux niveaux. Si le niveau fédéral prévoit que l'aide-soignant assiste l'infirmier sous son contrôle, ce n'est pas le cas dans le décret flamand. Comment concilier ces deux ordres d'exigence? Une politique des soins à deux vitesses est-elle en train de se développer dans notre pays? J'ose espérer que non. J'aimerais comprendre comment ce système fonctionnera à l'avenir.

Au demeurant, avez-vous eu vent d'éventuels recours?

Enfin, le fédéral accomplit un travail important en termes de cadastre des professions médicales. Le décret flamand ne coupe-t-il pas l'herbe sous le pied aux innovations développées par le niveau fédéral?

Étant impatiente de vous poser cette question qui est pendante depuis un certain temps, je vous remercie d'avance de vos réponses.

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Salvi, c'est en effet l'arrêté royal n° 78 qui détermine les qualifications et conditions requises pour exercer en Belgique une des professions de santé. L'article 21sexiesdecies y a défini ce qu'est un aide-soignant. L'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixe les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ils peuvent poser ces actes. Ces derniers sont dès lors considérés comme des soins de santé qui ne peuvent être effectués à l'égard de tiers dans un cadre professionnel ou habituel par des personnes qui ne répondent pas aux exigences requises.

Nul ne peut exercer la profession d'aide-soignant sans avoir été enregistré au sein des services du gouvernement fédéral. Ceci s'applique à l'égard de toute personne active dans notre pays. Un autre niveau de pouvoir pourrait cependant fixer des règles plus contraignantes s'il estimait que la législation fédérale est insuffisante.

L'arrêté du 12 janvier 2006 a en effet fixé les exigences de formation: une année d'études en enseignement de plein exercice ou l'équivalent en promotion sociale ainsi que des formations continues (au moins 8h/an). L'aide-soignant est dès lors une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière sous son contrôle en matière de soins, d'éducation et de logistique dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmière dans une équipe structurée. Certains actes infirmiers peuvent lui être délégués. Cette profession d'aide-soignant peut, dans ces conditions et sous la responsabilité d'un infirmier, assumer un rôle important dans l'ensemble des services de soins.

Parmi les actes autorisés par le décret flamand figurent des actes de la liste des soins infirmiers pouvant être délégués aux aides-soignants. Le décret flamand du 18 juillet 2008 publié le 29 août dernier indique toutefois ne pas viser une matière relevant de la compétence fédérale, pas plus que l'autorité fédérale ne souhaite entraver l'exercice des compétences régionales. Ceci dit, il me semble qu'il y a tout de même un problème. J'ai dès lors soulevé la problématique devant le comité de concertation intergouvernemental. Il a été convenu de constituer un groupe de travail commun Communauté flamande - Santé publique au niveau fédéral sans pour autant que je renonce à la possibilité d'introduire un recours en annulation s'il échet.

Le **président**: Madame la ministre, je vous remercie d'avoir apporté une réponse à une question si importante.

03.03 Véronique Salvi (cdH): Madame la ministre, je vous avoue que cela posait une série de questions notamment vis-à-vis de tout le personnel des soins de santé au niveau wallon. En effet, cela laissait probablement une porte ouverte à d'autres types d'exigences. Or, je pense qu'en matière de santé – les personnes ici présentes ne me contrediront pas – il y a un intérêt extrêmement important de maintenir au mieux cet équilibre entre le Nord et le Sud du pays. Je me réjouis dès lors que ce comité de concertation intergouvernemental ait mis en place ce groupe de travail. Madame la ministre, avez-vous déjà fixé une échéance quant au résultat? Dans quel délai comptez-vous introduire un recours à l'issue de ce groupe de travail?

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Salvi, le comité de concertation se réunit chaque mois. Si je constate qu'il n'y a aucune avancée d'ici le prochain comité de concertation, j'en tirerai les conséquences.

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

04 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rôle joué par le paracétamol dans l'asthme infantile" (n° 7933)

04 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de rol van paracetamol in de ontwikkeling van astma bij kinderen" (nr. 7933)

04.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, une étude menée par le Medical Research Institute of New Zealand et publiée ce 18 septembre dans la revue médicale "The Lancet" met en évidence un lien étroit entre la prise de paracétamol au cours de la première année de vie et l'apparition d'asthme, d'eczéma ou d'allergies durant l'enfance.

Cette étude qui a passé au crible les données relatives à 200.000 enfants originaires de 31 pays conduit à penser que: "Le fait de donner à un nourrisson du paracétamol pour traiter sa fièvre augmenterait son risque d'asthme de 46%" et que, pris régulièrement, le risque serait multiplié par trois.

Madame la vice-première ministre, le paracétamol, quelle que soit sa forme, (suppositoire, sachet ou soluté buvable) constitue bien souvent le médicament de prédilection contre la fièvre du nourrisson, compte tenu des effets secondaires de l'aspirine (risque de contracter le syndrome de Reye).

Face à cette donnée et dans l'attente d'une nouvelle étude, que préconise l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé?

Doit-on s'en tenir aux recommandations officielles de l'OMS, c'est-à-dire n'utiliser ce traitement que chez les nourrissons dont la température est supérieure à 38,5°C?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé soutient la position du Centre belge d'informations pharmacothérapeutiques, qui paraîtra très prochainement dans les "folia farmacoterapeutica".

Les résultats de l'étude publiée dans "The Lancet" ne permettent de tirer aucune conclusion formelle quant à un éventuel lien de causalité entre le paracétamol et l'asthme infantile.

Voici les conclusions du CBIP: "Les données récentes ne modifient pas le rapport bénéfice/risque du paracétamol et renforcent les recommandations concernant l'usage rationnel des antipyrétiques (médicaments pour lutter contre la fièvre) dans la prise en charge de la fièvre chez l'enfant.

Les dernières recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence à ce sujet peuvent être résumées de la façon suivante: l'utilisation d'antipyrétiques ne devrait être envisagée chez l'enfant que lorsque la fièvre occasionne un inconfort ou des symptômes. L'utilisation d'antipyrétiques dans le but de diminuer le risque de convulsions fébriles ne se justifie pas.

Le paracétamol ou l'ibuprofène peuvent être utilisés en monothérapie pour diminuer la température en gardant à l'esprit que, lorsque le choix se porte sur l'ibuprofène, il convient cependant d'être attentif aux situations pouvant augmenter le risque d'effets indésirables tels que déshydratation, diarrhée, insuffisance rénale, infection virale par le virus de la varicelle.

L'utilisation concomitante ou en alternance de paracétamol et d'ibuprofène n'est pas recommandée."

Il convient également de veiller à prescrire une dose adaptée au poids de l'enfant et d'informer les parents de ne pas dépasser les doses maximales recommandées. Comme vous avez des enfants, je vous les livre: pour le paracétamol, 10 à 15 mg par kg par prise jusqu'à quatre fois par jour; pour l'ibuprofène, 7 à maximum 10 mg par kg par prise jusqu'à trois fois par jour au maximum.

De plus, l'Agence insiste sur le fait que la seule alternative médicamenteuse possible au paracétamol, l'ibuprofène, a un profil risque/bénéfice nettement défavorable par comparaison notamment en raison des risques d'irritation de la muqueuse œsophago-gastrique, ainsi que d'atteintes rénales en cas de déshydratation.

Par ailleurs, l'acide acétylsalicylique (aspirine) reste totalement déconseillé chez l'enfant à cause du risque de syndrome de Reye (encéphalopathie hépatique) et d'une atteinte prolongée de la coagulation, donc des risques de saignement. Ce problème est à l'ordre du jour du prochain Pharmacovigilance Working Party à Londres, où un rapport sera présenté sur la question du lien possible du paracétamol avec la survenance d'asthme, de rhino-conjonctivite et d'eczéma.

Je ne sais si je vous ai rassurée, mais c'est ce que nous disent les spécialistes.

04.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, au début, je l'étais. Disons que le paracétamol est le moins mauvais. Lorsqu'un enfant a de la fièvre, on essaie toujours de trouver une solution; pour un bébé qui ne sait pas exprimer ce qu'il ressent, c'est encore plus difficile.

Votre discours est quand même plus rassurant que les premières informations que nous avons reçues et que je vous ai données.

La meilleure référence, même si cela coûte une visite de plus, alors que tout le monde n'a plus les moyens de payer une visite pour de la fièvre, c'est de s'en référer au médecin. Mais l'automédication est assez fréquente lorsque les enfants font de la fièvre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04.04 Michel Doomst (CD&V): Mijnheer de voorzitter, zou ik mijn vraag nr. 8543, agendapunt nr. 36, voor 15.30 uur kunnen stellen?

De **voorzitter:** Geen probleem.

05 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het eindrapport van het experiment PIT 2007-2008" (nr. 8292)

- de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "communicatieproblemen" (nr. 8543)

- mevrouw Marie-Claire Lambert aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het P.I.T.-project (Paramedic Intervention Team)" (nr. 8605)

05 **Questions jointes de**

- Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport final relatif à l'expérience EIP 2007-2008" (n° 8292)

- M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des problèmes de communication" (n° 8543)

- Mme Marie-Claire Lambert à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet P.I.T. (Paramedic Intervention Team)" (n° 8605)

05.01 Michel Doomst (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, onlangs hadden wij opnieuw een zoveelste communicatie-incident met de medische urgentiedienst in onze regio. De mensen waren afkomstig uit Tubeke en blijkbaar konden de hulpverleners de vragen van de betrokken familie en personen niet beantwoorden. Het geval was heel ernstig. De hulpeloosheid was dus al groot, maar werd eigenlijk nog groter door een gebrek aan communicatie.

We hebben hier al verschillende debatten over dat dossier gevoerd. Op 29 april heeft u in de commissie gezegd dat u nog wacht op de technische behoeftanalyse. Wat is de huidige stand van zaken in het dossier van de MUG in Halle, waar wij trouwens nog altijd een rendez-vous hebben gepland? Hoe ziet u de situatie op korte of lange termijn evolueren, mevrouw de minister?

05.02 **Sonja Becq** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik dacht dat mijn vraag over het PIT daaraan is gekoppeld of ben ik fout?

De **voorzitter**: Ja, dat is juist.

05.03 **Sonja Becq** (CD&V): In de agenda staan de drie vragen samengevoegd. Ik mag dus onmiddellijk mijn vraag stellen?

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

Le **président**: C'est à votre demande, madame la ministre. Si vous ne confirmez pas le fait que ces questions ont été jointes à votre demande, je les maintiendrai séparées.

05.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: L'une des questions concerne un problème plus général. Il aurait été plus logique d'avoir d'abord la question 36, puis la 36/1: d'abord, la problématique générale, puis le point particulier du Vlaams Brabant.

Si Mme Becq pose maintenant sa question, je pourrai lui répondre de manière générale et en arriver ensuite au suivi particulier.

05.06 **Sonja Becq** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is inderdaad meer algemeen geformuleerd. Mede om te kunnen tegemoetkomen aan de vraag naar dringende hulpverlening, op een kwaliteitsvolle manier en uiteraard ook in het Nederlands, hebt u het PIT-proefproject opgestart, onder andere in de regio Halle. Daarover en over het ruimer project dat tien PIT-projecten omvat, zijn discussies gevoerd. Waar men een MUG heeft, zegt men dat de MUG beter is. Volgens een onderzoek van de KULeuven kan het PIT veel directer en concreter inspelen op een aantal situaties, waarbij het niet onmiddellijk nodig is om een hele MUG te laten uitrukken.

U hebt beloofd dat het eindrapport van het PIT-experiment zou klaar zijn tegen midden november. We zijn nu ongeveer midden november. Daarom wil ik u vragen – ook omdat ik denk dat het consequenties zal hebben voor de concrete situatie – wat uw bevindingen en aanbevelingen zijn op basis van dat rapport. Worden er op basis van het rapport eventueel ook wijzigingen aangebracht in regio's of in routes? Wat is de invloed van de aanwezigheid van PIT-projecten op de werking van de MUG, voor de regio waarin zulke PIT-projecten zijn voorzien?

U bent van plan om de PIT-projecten uit te breiden. Op basis van welke criteria zult u dat doen? Waar zouden die dan terecht komen? Plant u eventueel op langere termijn opnieuw een evaluatie?

Le **président**: Normalement, la question n° 8605 de Mme Lambert était également jointe mais celle-ci s'est excusée pour son absence.

05.07 **Minister Laurette Onkelinx**: De redactie van het PIT-rapport 2007-2008, over het tweede jaar van het proefproject PIT, is afgerond. Het rapport werd op 6 november voorgesteld aan de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening.

Il a été envoyé aux participants à l'expérience et sera présenté en décembre au Conseil national des établissements hospitaliers.

De voornaamste conclusies van het rapport zijn de volgende.

De actoren van het project hebben dagelijks een steeds positievere perceptie van het PIT. Het PIT vindt op drie niveaus en op een progressieve manier zijn plaats in het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening. In de zones die door het PIT worden bediend, is er een hele uitbreiding van het aanbod inzake middelen en de kwaliteit van de preziekenhuisopvang, dankzij de deelname van verpleegkundigen

intensieve zorg en spoedgevallenzorg, die op het niveau van de zorg een betere kwalificatie bieden dan de hulpverleners-ambulanciers.

Het aantal opdrachten dat aan het PIT wordt toevertrouwd en de verlichting van de werklast van de MUG's die eruit voortvloeit, bevestigt de waarde van het PIT binnen het systeem.

Ten tweede, ik veronderstel dat uw vraag betrekking heeft op de wijziging van de regulering van de dringende geneeskundige hulpverlening tengevolge van de inwerkingstelling van het PIT. In dat opzicht moet er nota van worden genomen dat de Belgische gids voor medische regulering, die sedert 2008 wordt verspreid, reeds rekening houdt met het PIT en zijn concepten. De resultaten van het experiment zullen, samen met andere informatie over de MUG en de ambulance, materie verschaffen voor een herziening van de gids in de toekomst.

Ten derde, ik begrijp uw vraag in een nogal ruim kader. Als antwoord herneem ik hier de antwoorden die werden gegeven op bepaalde vragen die aan bod kwamen in het licht van de studie "PIT, jaar 2".

Ten eerste, is een PIT een aanvaardbare oplossing voor het omvatten van de tijd om te wachten op de MUG in het niet-stedelijk gebied met zijn grote afstanden en weinig oproepen? Antwoord: de bestudeerde gegevens tonen duidelijk aan dat de wachttijd korter wordt en dat er in alle soorten omgevingen door de PIT-teams adequate handelingen worden gesteld.

In stedelijke, voorstedelijke of plattelandzones komt de dichtstbijzijnde PIT-ziekenwagen aanzienlijk sneller tussenbeide dan de MUG die dezelfde zone bestrijkt, voor zover de vertrekbasis van het PIT niet eveneens de basis van de MUG is. Zo komt het PIT in Brussel gemiddeld aan na vijf minuten en vierentwintig seconden tegen acht minuten en negen seconden voor de MUG, terwijl de tijd gemeten in Herstal voor het PIT zes minuten en eenenveertig seconden bedraagt en acht minuten en achtenveertig seconden voor de MUG. Deze verschillen zijn statistisch significant. De verstrekkingen door de verpleegkundigen van het PIT gebeuren in overeenstemming met de besluiten die de verpleegkundige handelingen bepalen. De invasieve handelingen gebeuren wanneer de dringendheid het noodzakelijk maakt – hart- en ademstilstand – en in de andere gevallen worden ze uitgesteld tot bij de aankomst van de MUG.

Tweede vraag: vermindert in stedelijk gebied de beschikbaarheid van een PIT het aantal keer dat men een beroep doet op een MUG en maakt dit onder bepaalde voorwaarden een schaalvergroting mogelijk? Antwoord: de MUG-gegevens waarover wij thans beschikken, maken het niet mogelijk om de vermindering van het aantal MUG-opdrachten in de PIT-zones precies te kwantificeren. We stellen daarentegen vast dat het PIT zeer nuttig is voor het verlichten van de werklast van de MUG op drie niveaus. Een, annulering van de MUG-opdrachten door de 100-centrales. Twee, vervroegd vrijmaken van de MUG omdat de patiënten opgevangen worden door het paramedisch interventieteam. Drie, verlichten van de werklast van de MUG bij de transfers tussen ziekenhuizen. De becijferde evaluatie van de globale impact van de aanwending van de PIT's op de opdrachten van de MUG's zal pas binnen enkele maanden kunnen worden afgerond, wanneer we zullen kunnen beschikken over alle gegevens met betrekking tot het jaar 2008.

Het rapport van het tweede activiteitsjaar van de PIT's wordt nu vertaald en is dus nog niet beschikbaar. U kunt echter als bijlage een kopie in het Frans en het Nederlands vinden van de Powerpointbestanden die dienden voor de voorstelling van het rapport tijdens de plenaire vergadering van de PIT's op 19 november.

Ten vierde, de PIT-projecten werden geselecteerd middels een oproep tot kandidatuurstelling. Een eerste klassement werd voorgesteld op basis van een evaluatioerooster dat de kwaliteit van elk dossier bestudeert. De vooraf geselecteerde verantwoordelijken van de projecten werden ontvangen, geïnterviewd en geklasseerd op basis van een lijst met coherente criteria. Dit klassement werd voorgelegd aan minister Demotte en daarna aan minister Donfut. Ik overweeg om door te gaan met deze manier van selecteren. Over de creatie van nieuwe PIT's moet echter ook nagedacht worden met een planningsperspectief voor ogen. Mijn administratie en haar deskundigen werken hier reeds aan. Ik kon voor het jaar 2009 nieuwe middelen vrijmaken in B4 van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen evenals een bedrag van 960.000 euro binnen de financiële middelen van de Staat om het experiment in 2009 te verlengen, om 6 nieuwe PIT's te creëren en om de jaarlijkse financiering van elke PIT op 120.000 euro te brengen.

Ten vijfde, de facto komt er elke maand een stuurcomité samen om de PIT-projecten te omkaderen. Dit comité waakt over een doorlopende evaluatie. De nieuwe prioriteit zal het voorstellen zijn van de teksten die een PIT-programmatie organiseren, financieren en definiëren.

Wat betreft de vraag van de heer Doomst, er zijn zeven maanden verlopen sedert uw laatste vraag over de communicatieproblemen bij de dringende geneeskundige hulpverlening. Ik moet dus snel even de historiek van de problematiek in herinnering brengen. De MUG-functies werden toegekend aan de ziekenhuizen die dit hebben aangevraagd, op basis van de programmeringscriteria vastgelegd door het KB van 20 september 2002 ondertekend door de ministers Tavernier en Vandenbroucke.

Het ziekenhuis van Halle heeft zich nooit kandidaat gesteld voor een MUG-functie. Dat is de enige oorzaak van de huidige problemen. Mijn voorganger heeft, zich baserend op de evaluatie van de gegevens afkomstig van de registratie van de activiteiten van de MUG's, tien experimenten gelanceerd om te bepalen of in heel wat gevallen een ploeg bestaande uit een ambulancier en een verpleegkundige dringende geneeskundige hulpverlening niet zou volstaan. Het betreft de PIT-projecten. Die ploeg werkt onder de permanente supervisie van de urgentieartsen van het ziekenhuis waar het PIT zijn basis heeft.

In Halle maakt het PIT het voor de bevolking mogelijk om in het Nederlands te worden opgevangen. Het project dat ingesteld werd in Halle is het voorwerp van een buitengewone financiering, zeer nauw aansluitend bij die van een volledige MUG. Ik onderstreep dat het ziekenhuis van Halle tot nu toe het enige is in België dat een financiering geniet die drie keer hoger ligt dan die van de andere PIT's.

Ik stel vast dat het dossier van Halle reeds aanleiding gaf tot talrijke parlementaire vragen en diverse brieven van de gemeenten uit het westen van de provincie Vlaams-Brabant. Ik zal al die brieven niet inventariseren, maar ik moet tot mijn spijt vaststellen dat er nog steeds een officiële en eenduidige aanvraag van de voornaamste actor ontbreekt, namelijk het regionaal ziekenhuis Sint-Maria Halle, dat nochtans meerdere malen door mijn administratie hierover werd aangesproken. Bij uw vorige interpellatie deelde ik u mee dat ik wachtte op een antwoord van de Commissie Dringende Geneeskundige Hulpverlening.

Ik ontving de conclusies van de technische analyse en de validatie ervan door het bureau van de commissie Dringende Geneeskundige Hulpverlening van de provincie Vlaams-Brabant, die de oprichting van een MUG in Halle voorstelt. Ik liet een nieuwe evaluatie uitvoeren van de programmering van de MUG's in het Vlaams Gewest en op basis van de evolutie van de bevolking maakt dat het mogelijk om het aantal MUG-functies in het Vlaams Gewest naar 45 te verhogen.

Aangezien de erkenning van de MUG's een Gewestbevoegdheid is, heb ik op 23 juli 2008 een brief gestuurd naar mijn collega van het Vlaams Gewest, minister Vanackere, waarin ik hem informeerde over de opportuniteit om in Halle een MUG te programmeren en eveneens in Zottegem en Geraardsbergen, waar er andere problemen zijn. In diezelfde brief stelde ik ook voor om een interkabinetvergadering te houden om de keuze van deze MUG's goed te keuren. Ik kreeg tot op heden nog geen antwoord op deze brief.

De **voorzitter**: Bedankt, mevrouw de minister, voor het lange antwoord maar dat was nodig.

05.08 Sonja Becq (CD&V): Ik dank de minister voor haar antwoord. In de algemene problematiek van de MUG's en de dringende hulpverlening bij ziekte of ongeval is het belangrijk dat wij zoeken naar een manier om zo snel en efficiënt mogelijk te kunnen werken en de interventies zo goed mogelijk te doen.

Wij hebben een deel ervan in de pers gezien maar ik zou graag zelf het rapport kunnen inkijken om kennis te nemen van de concrete criteria en dergelijke meer. Er is wel degelijk een wisselwerking mogelijk tussen een MUG en een PIT. Een MUG is niet voor alle oproepen nodig, maar er zijn inderdaad programmeringscriteria waarbinnen de oprichting van een MUG mogelijk is.

Ik wil nog even onderstrepen dat precies omwille van het feit dat Halle destijds geen MUG heeft aangevraagd er werd geijverd voor een PIT. Ik zat toen nog op een ander niveau. Op die manier werd toen geprobeerd een stuk van de dienstverlening uit te bouwen. Er blijft evenwel het probleem van de MUG en de taal. De heer Michel zal het daarover wel hebben. Wij moeten proberen daarop een zo goed mogelijk antwoord te geven, in een samenwerking vanuit verschillende plaatsen tussen een MUG en een PIT zodat iedereen uiteindelijk een kwaliteitsvolle hulpverlening kan krijgen daar waar dit wordt gevraagd.

05.09 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw zeer uitvoerig antwoord waaruit wij toch kunnen opmaken dat de mogelijkheden voor de oprichting van een MUG in Halle zeer reëel zijn. Er zijn mogelijkheden binnen de bestaande enveloppe. Het zal nu afhangen van de lokale verantwoordelijken en het lokale initiatief om tot een resultaat te komen. Ik zal niet nalaten om ook die instanties aan te porren om

zich tot u te wenden om zo de piste officieel op gang te duwen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût de la prise en charge des médicaments pour les pathologies liées au tabac" (n° 7937)

06 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kosten van de terugbetaling van geneesmiddelen voor tabaksgerelateerde pathologieën" (nr. 7937)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, parmi les médicaments coûtant des sommes non négligeables à la couverture santé de notre pays, que j'avais déjà abordés lors de précédentes questions, certains concernent le traitement de l'asthme et de l'ulcère du fumeur et sont prescrits à 800.000 patients. Bien évidemment, madame la ministre, il n'est pas question pour moi de fustiger les fumeurs. Toutefois, vous me permettrez de souligner que ces pathologies sont liées à une addiction au sujet de laquelle plus personne ne peut soutenir aujourd'hui s'y adonner en ignorant ses conséquences néfastes sur la santé. Nous avons d'ailleurs, dans cette même commission, débattu à propos du tabac dans le secteur horeca.

Madame la ministre, ne pourrions-nous conditionner et moduler le taux de remboursement de ce traitement pour ce type de patients en fonction des efforts qu'ils fournissent ou pas pour s'extraire de cette dépendance mortelle? Des clichés radiologiques permettent de voir, à quelques mois de distance, si une personne a arrêté ou non de consommer du tabac. D'autres moyens de le vérifier existent-ils?

Que pensez-vous de cette proposition décoiffante? Est-elle applicable? Si c'était le cas, nous pourrions atteindre un double objectif au travers de cette responsabilisation: d'une part, faire baisser le nombre de fumeurs, et donc de futurs malades potentiels – cela me semble notre but commun –; de l'autre, diminuer les dépenses de la couverture santé. Comme vous l'avez récemment déclaré à la télévision, cela permettrait sans doute de consacrer davantage de remboursements à des soins qui ne sont pas très bien couverts pour l'instant.

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, je dois bien reconnaître que votre proposition me laisse quelque peu perplexe. Vous savez que je considère la lutte contre le tabagisme comme un axe important de la politique à mener en termes de santé publique. Pour ce faire, je soutiens et soutiendrai toute mesure positive destinée à encourager les fumeurs à arrêter. Je pense par exemple au remboursement des consultations chez le médecin tabacologue à concurrence de huit fois vingt euros.

Cependant, je ne pense pas que la stigmatisation des fumeurs constitue la voie à suivre, encore moins sous la forme d'une mesure qui les rendrait plus vulnérables en termes d'accès aux soins. De plus, il faudrait développer toute une philosophie autour des remboursements préférentiels. Pensez notamment à la question du "bien manger", à la pratique d'un sport, etc. Dès lors, les soins de santé ne seraient plus totalement remboursés qu'en fonction de la capacité de tout un chacun à bien se nourrir, se consacrer à un sport, s'aérer, éviter le stress. Pour les parlementaires, je crois qu'il n'y aurait même plus de remboursement! Ce ne serait pas encore trop grave, mais songez aux gens qui n'ont pas la possibilité de mener une vie détendue, parce que leur travail est trop harassant.

À mon avis, la solution réside non dans la stigmatisation, mais plutôt dans une bonne prévention. Je comprends votre objectif, mais nous essayons de l'atteindre autrement, au moyen de grandes campagnes contre le tabac et les autres drogues, et pour lesquelles un accord a été conclu entre le fédéral et les Communautés.

Ces campagnes ciblent le tabac ainsi que les autres drogues. À coup de séances d'explication dans des centres, d'accompagnements, nous essayons d'inciter nos concitoyens à mener une vie plus saine qui leur permette d'être moins sensibles aux maladies.

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): En tout cas, je vois que cela fait avancer le débat! Il est clair que ma volonté n'était pas de stigmatiser. Ce qui me refroidit, c'est d'entendre des personnes qui ne sont pas sensibles à ces campagnes, considérant que "de toute façon, il faut bien mourir de quelque chose". Je trouve cela désolant.

Je préférerais aussi que seules les campagnes d'informations puissent être utiles. Même les campagnes australiennes qui montrent des organes entamés par la nicotine ne me dérangent pas. Il faut cependant constater que ces campagnes ne fonctionnent plus du tout, surtout chez les jeunes.

Il faudrait être extrêmement modéré si on utilise un jour le scénario que j'ai évoqué. Ce ne serait que si le malade persiste à refuser d'arrêter le tabac alors que l'infection est déjà installée, que l'on pourrait envisager de prendre des mesures, celles-ci restant à déterminer.

Cela me fait penser à la problématique du surpoids. Les Pays-Bas ont constaté que le surpoids sera sans doute une des causes les plus lourdes du coût de la santé dans les prochaines années.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Le Plan national Nutrition Santé prend en compte cette question fondamentale. L'obésité, on le voit notamment chez les jeunes, est véritablement un problème de société.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets néfastes sur la capacité auditive de l'usage excessif des baladeurs et des mp3" (n° 7938)

07 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gehoorschade als gevolg van het overmatig gebruik van walkmans en mp3-spelers" (nr. 7938)

07.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame le ministre, sur la foi d'études convergentes sur l'usage des baladeurs numériques, mp3 et téléphones portables permettant d'écouter de la musique et leurs conséquences sur la capacité auditive de leurs propriétaires, l'Union européenne a décidé de mener en 2009 une action pour en limiter les méfaits sur la santé des Européens, notamment les plus jeunes. Selon ces études, 5 à 10% des personnes utilisant ces appareils qui mettent le volume trop fort et qui s'en servent pendant plus d'une heure par jour pendant cinq ans risquent des pertes auditives irréversibles.

Préalablement à une refonte des contrôles en vigueur en ce domaine, l'Union européenne milite en faveur d'une action de sensibilisation en la matière visant notamment à pousser à baisser le volume d'écoute et limiter la durée quotidienne d'utilisation de ces appareils.

Madame le ministre, pouvez-vous nous communiquer des informations sur les méfaits desdits instruments sur l'appareil auditif? Êtes-vous en possession de données transmises par des médecins ORL, en médecine de ville et en milieu hospitalier, à même de nous éclairer sur la situation? Quelle est la teneur des outils de contrôle dont parle l'Union européenne, d'application en Belgique notamment? Comment pensez-vous les faire évoluer à la lumière de ces informations? Que comptez-vous entreprendre pour informer le public jeune notamment afin de prévenir des lésions irréversibles de l'appareil auditif dues à l'utilisation inappropriée de ces appareils audio?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: L'utilisation dans certaines conditions de diffuseurs musicaux de type mp3 entraîne un risque de perte auditive, en effet. Tant la durée d'utilisation que l'intensité sonore sont déterminantes en matière de dégâts éventuels. Par ailleurs, l'intensité du bruit auquel s'expose l'utilisateur est déterminée par deux facteurs: d'une part la quantité de bruit produite par l'appareil lui-même, d'autre part le type d'écouteurs. L'utilisation d'écouteurs de type "oreillette" placés dans l'oreille et non sur l'oreille accroît encore de 7 à 9dB le niveau de son reçu. Les données de la littérature internationale nous laissent supposer qu'en Belgique également, même si des chiffres précis font défaut, des dégâts auditifs sont provoqués par ces appareils.

La prise de mesures et les outils de contrôle pour faire face à ce problème ne sont malheureusement pas de mon ressort. Pour cette raison, j'ai pris contact avec mon collègue en charge de la protection des consommateurs et de la loi relative aux normes de produits afin de prendre des mesures qui s'imposent dans ce cas de figure. La sensibilisation du public à une utilisation adéquate de ces appareils relève quant à elle de la responsabilité des Communautés.

07.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie, madame le ministre. Cette question était

apparentée à la précédente. C'est peut-être encore plus grave dans ce cas car l'ouïe est essentielle. Si à moins de 25 ans, nos jeunes sont déjà sourds, il faut se poser des questions.

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 conséquences du traitement de l'obésité dans le budget de la santé" (n° 7939)

08 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de behandeling van obesitas voor het budget voor gezondheidszorg" (nr. 7939)

08.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): J'en viens aux conséquences du traitement de l'obésité dans le budget de la santé. Ceci est quelque peu lié à ce que je viens déjà d'évoquer. Pour tenter d'être complet au sujet du problème du coût des médicaments dans le budget de la santé, je pointe le fait suivant: certains médicaments sont utilisés pour pallier les problèmes consécutifs à notre mode de vie, que vous avez évoqués dans le chef des parlementaires, comme le stress, la mauvaise alimentation, la sédentarité. Pour les parlementaires, on ne peut pas vraiment parler de sédentarité!

Je sais qu'en Belgique, entités fédérées et pouvoir fédéral ont, de concert, mis en place le plan Nutrition Santé "Manger Bouger", que vous avez évoqué tout à l'heure. Pouvez-vous nous dire, madame la ministre, en premier lieu, ce que représente, en parts et en coûts, les traitements liés à ces trois problèmes de santé? Pouvez-vous nous indiquer quelle évolution a connue le budget santé entre 2002 et cette année, dans le domaine de cette problématique? Assiste-t-on à un début d'inversion de courbe concernant l'obésité et ses conséquences? Je vous demande ceci même si je crois que vous allez, hélas, me répondre non. Qu'avez-vous envisagé si un bilan d'étape s'avérait moins satisfaisant que prévu en la matière?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Votre question sur les conséquences du stress, de la nutrition mal adaptée et de la sédentarité sur la santé de la population recouvre un sujet qui, vous en conviendrez, est extrêmement large. Souvent, ces trois facteurs se renforcent l'un l'autre, agissent de concert et ont un effet sur l'apparition de pathologies diverses. Le surpoids est objectivement mesurable; la sédentarité, et surtout le stress, sont beaucoup moins quantifiables. En plus, ces trois facteurs ne sont pas des causes proprement dites, et il n'est pas possible de les lier directement aux pathologies comme l'hypertension, les accidents vasculaires ou cardiaques, le diabète, les troubles articulaires, etc. D'autres facteurs, comme le vieillissement de la population, sont également impliqués. Il n'est donc pas possible de vous donner des chiffres concrets quant à l'impact de ces facteurs sur le budget INAMI. Même si l'on observait une amélioration, il serait orgueilleux de l'attribuer au succès de la campagne "Manger Bouger" organisée par le plan national Nutrition Santé lancé en 2006.

Pour rappel, le budget total attribué à cette action est évalué et ajusté annuellement. En 2006 et 2007, 1.054.000 euros et 780.000 euros ont été respectivement attribués. En 2008, 754.000 euros sont disponibles. Dans ce même cadre, outre l'ensemble des mesures du plan national Nutrition Santé, plusieurs autres axes de travail ont été mis en œuvre en aval de la problématique, dont la décision de procéder au remboursement de la chirurgie bariatrique pour les personnes souffrant d'obésité dans certaines circonstances, telle la présence de diabète. Dans le prolongement, il est également demandé d'analyser la justification thérapeutique qui impliquerait de ramener l'IMC limite (indice de masse corporelle) à 35.

En outre, le contrat Health Promotion Hospitals a été conclu avec l'hôpital Erasme. L'objectif est de développer des actions visant à implémenter des méthodes de pilotage de la gestion de facteurs de risque dont l'obésité qui constitue actuellement le premier facteur de risque. Le budget alloué est de 99.000 euros. Un lancement d'appels d'offres pour un pendant néerlandophone est en cours et puis il y aura une reconduction de la prévention avec le centre médical pédiatrique Clairs Vallons stipulant l'importance de considérer l'obésité comme maladie demandant notamment une prise en charge à long terme et une prise en charge des rechutes.

À ce stade, il me semble difficile de statuer sur une inversion de courbe au niveau de l'obésité. Pour cela, il faudrait que nous reproduisions une enquête alimentaire pour voir comment évoluent les statistiques de BMI. Je suis en tout cas convaincue que nous devons poursuivre nos actions et intégrer la dimension santé dans l'ensemble des politiques menées (Agriculture, Enseignement, Environnement, Finances,

Infrastructure, Aménagement des territoires etc.) car il est évident qu'une nourriture saine et l'exercice physique quotidien ont un effet bénéfique sur la santé physique et mentale des individus à long terme. Il n'y a donc pas de raison immédiate de changer de politique.

08.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, il me semble que vous avez bien répondu à la question. Le plan Nutrition Santé est extrêmement important. On peut peut-être simplement regretter la faiblesse de ses moyens pour un problème si lancinant et important et qui s'aggravera hélas certainement fortement.

Il aurait été intéressant d'avoir les chiffres de l'évolution des remboursements des médicaments directement liés à l'obésité. Cela aurait été un paramètre intéressant, même si ce n'est sans doute pas le seul! L'obésité est souvent liée au type d'alimentation. On sait à quel point le "fast food" ou plutôt le "néfaste food" joue un rôle important. Il faudrait pouvoir encourager, au niveau des Communautés, des Régions ou du fédéral, les expériences qui se font déjà dans quelques communes. Je pense notamment à la commune de Silly que vous connaissez aussi qui met en place la notion de "slow food". Cela permet de redécouvrir la qualité des produits, la nécessité de l'équilibre des produits, etc. C'est extrêmement important!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Questions jointes de

- **M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge globale du patient diabétique" (n° 8086)**

- **M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre de personnes diabétiques en Belgique" (n° 8087)**

- **M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la Journée mondiale du diabète" (n° 8088)**

09 Samengevoegde vragen van

- **de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van alle medische kosten voor diabetespatiënten" (nr. 8086)**

- **de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal diabetespatiënten in België" (nr. 8087)**

- **de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Werelddiabetesdag" (nr. 8088)**

09.01 Josy Arens (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, la prise en charge globale multidisciplinaire du patient diabétique sévère est assurée depuis 1987 par des conventions de rééducation fonctionnelle.

Madame la ministre, pouvez-vous m'indiquer, par type de convention, combien d'ayants droit à cette prise en charge font partie de ces différentes conventions? Combien n'en font pas partie? Comment ce nombre est-il évalué?

Par ailleurs, étant donné la progression exponentielle du nombre de personnes diabétiques de type 2, ne pensez-vous pas que la distinction qui est faite actuellement entre diabète sévère et non sévère, entre diabète de type 1 et de type 2, sont des notions quelque peu dépassées? En d'autres termes, n'estimez-vous pas qu'il n'existe pas de petit diabète, comme le soulignent les spécialistes?

En outre, ne pensez-vous pas que les conventions vont rapidement atteindre leurs limites dans leur capacité à absorber les patients de type 2? En d'autres termes, comment assurer une prise en charge de qualité à toute personne diabétique?

J'en arrive ainsi à ma deuxième question. Selon les informations dont je dispose, il n'existerait pas, en Belgique, de chiffres précis relatifs au nombre de personnes diabétiques. Cette situation est, en quelque sorte, confirmée par le rapport annuel 2007 de l'INAMI. En effet, on peut y lire qu'en Belgique, on estime à plus de 450.000 le nombre de diabétiques, dont 80 à 90% sont des diabétiques de type 2. Par ailleurs, un diabétique sur deux ne serait pas diagnostiqué.

Madame la ministre, alors que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé parle d'épidémie à propos du diabète, ne pensez-vous pas que cette absence de données chiffrées précises constitue un handicap certain

dans la formulation d'un véritable programme de lutte contre le diabète et d'une évaluation du coût humain, social, économique et budgétaire de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles nous ne disposons pas d'informations précises? Quelles sont les sources (institutions, organismes, associations publiques et privées) qui disposent d'informations relatives au nombre de personnes diabétiques dans notre pays? Ces sources d'informations sont-elles coordonnées? Les données sont-elles validées? D'où provient l'estimation par l'INAMI des 450.000 personnes diabétiques? S'agit-il uniquement de personnes qui ont été diagnostiquées?

J'en arrive à ma troisième question. En décembre 2006, l'Assemblée générale des Nations unies a adopté à l'unanimité une résolution faisant de la Journée mondiale du diabète, qui a lieu annuellement le 14 novembre, une Journée des Nations unies. L'article 3 de cette résolution encourage les États membres à élaborer des politiques nationales de prévention et de traitement du diabète et de prise en charge des malades qui soient compatibles avec le développement durable de leur système de soins, en tenant compte des objectifs de développement convenus sur le plan international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement.

Madame la ministre, la Belgique a soutenu efficacement cette résolution. Quelles initiatives ont-elles été prises par votre département dans le cadre de cette résolution depuis le début de la législature? Des réunions de concertations entre les différentes entités fédérées ont-elles eu lieu?

L'accord de gouvernement prévoit la création de programmes de soins spécifiques et de mécanismes de couverture préférentiels des coûts de santé à charge des malades chroniques.

Un programme de soins spécifiques est-il prévu pour le diabète?

Quels sont les défis pour notre société que représente la progression exponentielle du diabète au cours des 20 prochaines années?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, ma réponse sera longue. Veuillez m'en excuser.

Je vais d'abord revenir sur le nombre de diabétiques.

Pour les personnes qui ignorent leur diabète et qui n'ont dès lors pas été diagnostiquées "diabétiques", quel que soit notre système de statistiques, il reste de toute façon impossible d'établir un chiffre précis. Pour les autres, via les conventions INAMI ou les statistiques de Pharmanet, nous disposons de chiffres fiables. Ceux-ci ne sont cependant pas organisés pour être utilisés comme tableau de bord épidémiologique dans le cadre d'un programme de lutte contre le diabète.

Cette véritable maladie de société, trop souvent – pas toujours, évidemment – le fruit d'un simple manque d'hygiène de vie, doit effectivement être une priorité de santé publique.

L'efficacité des traitements actuels du diabète dans les pays développés présente un coût certain en termes budgétaires pour l'assurance obligatoire soins de santé mais elle permet d'en limiter fortement le coût social, humain et économique. Il en va tout autrement dans les pays en voie de développement.

Pour répondre à votre deuxième question dans cette rubrique, aucune raison précise n'a pu m'être fournie par l'INAMI ou le SPF Santé publique. Je peux supposer que dans le cas précis du diabète, une prise en charge efficace de la maladie et sa prévention dont les causes sont très bien connues est moins dépendante de statistiques épidémiologiques complètes. Il reste qu'il est important de disposer de chiffres suffisamment complets pour suivre correctement sa prévalence dans notre pays.

Par ailleurs, les sources d'information quant au nombre de patients diabétiques sont les associations de patients, les mutuelles, les bases de données concernant les ventes de médicaments, les bases de données du résumé clinique minimum. Diverses études épidémiologiques belges et étrangères permettent d'estimer le nombre de patients diabétiques en Belgique. Les sources d'information sont recoupées afin d'en vérifier la concordance mais il n'y a pas actuellement de coordination et de validation des données.

Enfin, les chiffres mentionnés dans le rapport de l'INAMI proviennent d'une estimation basée sur les résultats de l'enquête de santé par interview réalisée en 1999 – 230.000 personnes diabétiques diagnostiquées – et sur la base des chiffres de prévalence en Europe – environ 4%, la moitié des cas n'étant pas diagnostiquée

–, données statistiques reprises de documents dont je puis vous donner la provenance doctrinale.

Il faut noter que l'OMS signale une prévalence de 3,3% de diabète en Belgique (données de 2002).

En 2006, l'assurance soins de santé a pris en charge le traitement délivré en officines publiques de 436.520 patients diabétiques. Ce nombre est en constante augmentation. En 2005, on ne comptait "que" 415.569 patients pris en charge. Parmi ceux-ci, 74% reçoivent des antidiabétiques oraux, 14%, de l'insuline ou un analogue de l'insuline et 12%, une combinaison d'antidiabétiques oraux et d'insuline.

Sur cette base, il est donc possible d'estimer le nombre de diabétiques de type 2 à environ 86%, soit 375.407 patients, du nombre total de diabétiques.

Pour ce qui concerne votre question relative à la prise en charge, les dépenses comptabilisées dans le cadre de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'autogestion des patients atteints du diabète sucré (convention générale), à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile au moyen d'une pompe à insuline (convention pompe à insuline) et à l'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents (convention pédiatrique), on peut répartir le nombre de patients pour l'année 2007 comme suit:

- convention générale: 82.552 patients;
- convention pompe à insuline: 1.267 patients;
- convention pédiatrique: 1.692 patients.

Ces chiffres sont des estimations et reproduisent le nombre de patients suivis pendant une année complète. Les chiffres ont été obtenus en divisant les forfaits comptabilisés d'un certain type dans le cadre de ces conventions types de rééducation fonctionnelle par le nombre de forfaits de ce type pouvant être réalisés par an et par patient.

Les patients qui n'ont été suivis qu'une partie de l'année ne peuvent, sur la base de ces chiffres comptables, être pris en compte chacun séparément. Mais dans les chiffres que je viens de citer, ils sont repris dans le nombre global de patients qu'ils représentent sur une base annuelle. Ainsi, deux patients suivis chacun pendant six mois figurent dans les chiffres comme un patient suivi pendant une année.

Il n'est pas possible d'évaluer le nombre de patients qui ne font pas partie des différentes conventions et qui répondent aux critères d'admission.

Les notions de diabète sévère et non sévère étaient initialement des notions cliniques, actuellement dépassées. Les diabétiques de type 2, de plus en plus nombreux, demandent des traitements complexes, y compris un traitement par insuline et une prise en charge globale, car ils développent souvent de nombreuses complications.

D'autres critères sont aujourd'hui utilisés pour exprimer la sévérité de l'atteinte des patients par la maladie. Ces critères reposent sur le recours au traitement par insuline et au nombre d'injections quotidiennes nécessaires au patient (caractère stable ou instable du diabète lié au contrôle de la glycémie, la présence de complications, etc.).

Je vous dirai aussi que les conventions visent des patients atteints d'un diabète sévère, pris en charge par des spécialistes dans des structures de soins de seconde ligne. Le nombre de médecins spécialistes en diabétologie et les capacités de prise en charge des patients dans les centres spécialisés sont importants mais ne permettraient pas de prendre en charge tous les patients diabétiques.

Heureusement, tous les patients diabétiques ne sont pas atteints d'une forme sévère demandant des soins très spécialisés. La prise en charge des patients diabétiques moins sévèrement atteints peut se faire en ayant recours à la première ligne. Le contrat "trajet de soins" pour le diabète sucré de type 2 débutera normalement le 1^{er} janvier prochain. Il vise une prise en charge optimale multidisciplinaire et de qualité des patients diabétiques par la première ligne de soins sous la coordination et la responsabilité du médecin généraliste traitant, en concertation avec le médecin spécialiste défini dans l'arrêté royal. Cette mesure devra permettre une prise en charge de qualité des patients adaptée à leur situation clinique, tout en répartissant la prise en charge entre les différents acteurs de la Santé.

Enfin, en réponse à votre troisième question sur la Journée mondiale du diabète, la Belgique s'est inscrite dans cette résolution adoptée en décembre 1996 par l'Assemblée générale des Nations unies. En 2005, les

conventions types de rééducation fonctionnelle relatives à l'autogestion des patients atteints du diabète sucré, à savoir la convention générale, les conventions types à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile au moyen d'une pompe à insuline et l'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents ont été adaptées afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients, en tenant compte de la réalité de terrain. Dans ce cadre, différents acteurs de terrain ont été consultés (médecins, représentants des hôpitaux, organismes assureurs, etc.)

Dans le cadre de l'accord Medicomut 2008, la Commission nationale s'est engagée à ce que les trajets de soins soient rendus – je viens de le dire – opérationnels pour le 1^{er} janvier 2009. Le texte d'un arrêté royal déjà approuvé par le Comité de l'assurance doit être prochainement soumis à l'approbation du Conseil des ministres. Le texte prévoit notamment la création d'un honoraire forfaitaire de 80 euros rétribuant le médecin généraliste et un honoraire forfaitaire de 80 euros rétribuant le médecin spécialiste dont la qualification est précisée dans l'arrêté royal et qui signent tous deux le contrat "trajet de soins". Il prévoit également la suppression de la quote-part personnelle des bénéficiaires de la première année du trajet de soins.

Un second arrêté royal est en préparation afin de prendre en charge l'éducation des patients à l'autogestion du diabète ainsi que le matériel qui y est lié. L'amélioration de l'accès aux soins pour les malades chroniques constitue une de mes priorités dans le cadre de cette législature. Différentes mesures permettant de mieux prendre en charge le coût engendré par ces maladies ont déjà été prises ou sont à l'étude au sein d'un groupe de travail.

Enfin, l'augmentation annuelle du nombre de patients dans la convention de diabète est le produit de différents facteurs: une meilleure prise en charge des patients traités plus vite avec deux injections d'insuline par jour, ce qui permet d'éviter ou de retarder les complications; un dépistage plus rapide de la maladie par un meilleur diagnostic et par une information permettant de réduire le risque de devenir diabétique à cause d'un style de vie inadapté.

Les mesures déjà adoptées ou en chantier permettant un diagnostic plus précoce de la maladie et une meilleure collaboration des agents de la santé sur le terrain devraient permettre de faire face au défi du diabète dans les prochaines années.

Le **président**: Je remercie la ministre pour sa réponse fouillée et complète.

09.03 Josy Arens (cdH): Je remercie la ministre pour sa réponse très longue mais très complète, ce qui nécessite un examen en profondeur avant de poser éventuellement d'autres questions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Madame la ministre, chers collègues, nous allons passer au point 19 de l'agenda. M. Maxime Prévot n'étant pas présent, je donne immédiatement la parole à Mme Snoy et d'Oppuers.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, avant de poursuivre, puis-je vous demander ce qu'il en est pour toutes les questions qui précèdent et qui n'ont pas été posées; sont-elles transformées en questions écrites?

Le **président**: Pour certaines questions, les parlementaires ne sont pas encore arrivés; je pense notamment à Mme Galant. Certains députés ont demandé le retrait ou le report de leur question; c'est notamment le cas de Mme Lejeune. Certaines questions de parlementaires jointes à d'autres sont automatiquement retirées en raison de l'absence de ces derniers; c'est le cas des questions de MM. Bacquelaine et Mayeur.

09.05 Laurette Onkelinx, ministre: Quand des parlementaires ne sont pas présents et demandent le report de leur question, l'habitude a été prise d'accepter ce report et, en cas de nouvelle absence, de transformer ladite question en question écrite. Par ailleurs, certains parlementaires demandent immédiatement de transformer leur question en question écrite. Mais j'estime, pour ma part, qu'il devrait être de règle de transformer automatiquement en questions écrites les questions dont les auteurs n'ont pas pris la peine de prévenir de leur absence.

Le **président**: Madame la ministre, je propose de suivre votre proposition si les membres concernés ne nous ont pas rejoints d'ici une heure. Les membres de la commission sont-ils d'accord? (*Oui*)

09.06 Véronique Salvi (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, je voudrais attirer votre attention sur le fait qu'il semblerait que M. Maxime Prévot ait prévenu qu'il reportait ses questions.

Le **président**: Nous n'en avons pas eu connaissance!

09.07 Laurette Onkelinx, ministre: Vous ne dites pas cela parce qu'il est de votre groupe?

09.08 Véronique Salvi (cdH): Non, mais entre parlementaires de notre groupe, nous avons abordé ce point tout à l'heure et nous avons constaté que l'ordre du jour de la commission d'aujourd'hui était chargé. Par ailleurs, je sais que M. Maxime Prévot a contacté le secrétariat. C'est la raison pour laquelle je me permets d'intervenir. Mais pour le reste, je partage votre position, madame la ministre

Le **président**: Malheureusement, pour les questions jointes, le report n'est pas possible. Mais pour ce qui est des autres questions, tout report demandé est accepté.

10 Questions jointes de

- **M. Maxime Prévot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la non-promulgation des arrêtés d'application de la loi de 1999 sur les médecines dites 'parallèles'" (n° 8094)**

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en application de la loi du 29 avril 1999 sur les médecines non conventionnelles" (n° 8147)**

- **Mme Tinne Van der Straeten à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des ostéopathes" (n° 8730)**

10 Samengevoegde vragen van

- **de heer Maxime Prévot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitblijven van de toepassingsbesluiten van de wet van 1999 betreffende de zogenaamde 'parallele' praktijken inzake de geneeskunde" (nr. 8094)**

- **mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde" (nr. 8147)**

- **mevrouw Tinne Van der Straeten aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van osteopaten" (nr. 8730)**

10.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Un colloque sur les éco-médecines, organisé les 17 et 18 octobre derniers à Namur par l'association Grappe (Groupe de réflexion et d'action pour une politique écologique), a mis en lumière cette question de la non-application de la loi de 1999. Des médecins et des professionnels de la santé ont longuement plaidé lors de ce colloque en faveur des méthodes de prévention et de soins qui renforcent les capacités de résistance et de défense de l'organisme. Ils ont aussi beaucoup insisté sur le droit du patient, en vertu de la loi de 2002.

Ils ont rappelé que la loi du 24 juin 1999 relative aux pratiques non conventionnelles, organisant la reconnaissance de l'homéopathie, de l'ostéopathie, de l'acupuncture et de la chiropractie, n'était pas encore entrée en application. Les difficultés de sa mise en œuvre résident, d'après les orateurs de ce colloque, dans les dispositions de la loi elle-même, dans la complexité de la procédure de reconnaissance.

Confirmez-vous cette difficulté de mise en œuvre? Avez-vous la même analyse sur la difficulté d'application de cette loi? Y a-t-il une autre cause à ce retard?

Lors d'une précédente question à propos des ostéopathes, vous m'aviez fait part de votre volonté d'avancement. Cela a-t-il progressé depuis? Ma collègue vous posera une question sur les ostéopathes en particulier.

Avez-vous élaboré un programme de mise en œuvre de cette loi pour cette législature? Quand pouvons-nous espérer avancer dans ce domaine?

10.02 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag sluit daarbij aan. Tevens verwijst ik naar de commissievergadering die vlak voor de vakantie plaatsvond, waarin u gesteld hebt dat u druk aan het werk was aan de uitvoering van de wet van 29 april 1999 op de niet-

conventionele praktijken.

Vlak voor de vakantie was er overleg gaande met de betrokken beroepsgroepen, zoals osteopaten en chiropractors. U zou onderzoeken of de wet uitgevoerd kon worden, dan wel of ze eventueel zelfs aangepast zou moeten worden.

Graag had ik het volgende geweten.

Ten eerste, wat is de stand van zaken in dat dossier?

Ten tweede, welke bijkomende elementen kwamen naar voren uit het overleg met de betrokken beroepsgroepen?

Ten derde, op welke termijn kan de wet uitgevoerd worden? Of bleek uit het overleg dat de wet aangepast zou moeten worden? Indien dat het geval zou zijn, op welke wijze?

Ten vierde, hoe verhoudt de aanvraag van een beroepstitel op basis van de wet van 24 september 2006 zich tot de wet van 29 april 1999? Vindt daarover overleg plaats met uw collega Laruelle?

10.03 Laurette Onkelinx, ministre: J'ai effectivement eu l'occasion de faire un état des lieux du dossier. Comme vous le savez, en mai 2008, deux organisations représentatives des ostéopathes ont cité l'État belge en justice en raison de l'absence d'exécution de la loi. À cette occasion, j'ai pris la décision de mener une concertation avec des représentants des quatre pratiques non conventionnelles visées par la loi, en ce compris donc l'ostéopathie. À l'issue de cette concertation, force est de constater que la situation de chaque pratique professionnelle est fort différente. Je peux même vous dire que, pour certaines des pratiques non conventionnelles, une majorité des praticiens ne sont plus demandeurs de l'application de la loi. Ceci rend les choses difficiles.

Entre 1999 et maintenant, dix ans se sont écoulés, les pratiques se sont répandues et ont évolué. L'acupuncture est aujourd'hui enseignée dans certaines facultés de médecine. L'Université Libre de Bruxelles a pris l'initiative d'organiser, cette année, un cycle de formation complet en ostéopathie. En outre, certaines prestations sont maintenant remboursées par les mutuelles dans le cadre de l'assurance complémentaire. Nous nous trouvons donc dans une situation tout à fait nouvelle. C'est normal: avec le temps, tout passe. En fonction de cette nouvelle situation, certains disent que la loi est complètement dépassée. C'est là notre difficulté. Je parle de mémoire, je devrais vous le confirmer, mais je pense qu'une grande partie des chiropracteurs et des homéopathes ne sont plus du tout demandeurs de l'application de cette loi.

Dans ces conditions, et préalablement à toute prise de décision quant à l'exécution de la loi ou à son éventuelle adaptation, il m'apparaît indispensable de disposer d'une nouvelle analyse de la situation. Ce n'est vraiment pas pour gagner du temps, mais quand je vois celles et ceux qui pratiquent les médecines non conventionnelles, je dois bien constater que tout ce que l'on pourrait faire est complètement dépassé par les faits. Je pense, par exemple, qu'il est nécessaire de connaître le nombre de praticiens non conventionnels en Belgique, les différentes formations amenant à ces pratiques et l'importance du recours à celles-ci par la population. De même, un examen des principales études prouvant ou non l'efficacité de ces pratiques ainsi qu'une évaluation des éventuels accidents ou effets secondaires engendrés par ces pratiques seraient utiles. J'ai, en conséquence, chargé le centre fédéral d'expertise des soins de santé de mener une étude en ce sens. Celle-ci permettra au gouvernement et au Parlement de prendre les mesures qui correspondront le mieux aux besoins des citoyens et à l'accomplissement de politiques de santé publique efficaces et pertinentes. Bien entendu, je vous informerai dès que je recevrai cette étude. Je pensais qu'il était vraiment utile d'en disposer avant de poursuivre, sans quoi nous allions droit dans le mur.

Ik wens in dit dossier nog steeds vooruit te gaan, maar ik wil geen onaangepast antwoord geven op een vraag die voor mij belangrijk is en die volgens mij de moeite loont om er nog enkele maanden aan te wijden indien men een duidelijk en actueel beeld van de situatie wil hebben.

Tot slot, en zoals ik reeds in deze commissie heb gepreciseerd, behoort de toepassing en de uitvoering van de wet van 2006 effectief tot de bevoegdheid van mijn collega Laruelle.

Ik kan u reeds zeggen dat de erkenning die kan worden verkregen in het kader van de wet van 2006

onafhankelijk moet worden gezien van een eventuele registratie in het kader van de wet-Colla.

Een eventuele erkenning in het kader van de wet van 2006 betekent dus niets inzake de eventuele uitoefening van de osteopathie in het kader van en in overeenstemming met de wet-Colla.

10.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vois que vous avez effectivement réalisé une analyse lucide de la situation.

De l'avis de nombreux praticiens et organisations de patients, il est beaucoup trop difficile d'appliquer cette loi. Ces pratiques ont été traitées selon le même moule alors qu'elles ne correspondent pas. Il y a la question de la formation universitaire ou pas, du fonctionnement avec les facultés de médecine, etc.

Je me demande s'il ne faut pas avancer pratique par pratique pour être efficace. Je me demande également si les juristes de votre administration ne pourraient pas envisager la possibilité de se baser sur l'arrêté royal de 1978 qui reconnaît les différentes pratiques pour avancer plus rapidement.

Par ailleurs, ne peut-on s'appuyer sur la loi relative aux droits des patients? Selon moi, les patients ont aussi le droit de demander à être soignés selon leurs convictions. Parfois ce n'est pas le cas, par exemple lors de traitements hospitaliers.

Il est nécessaire de réformer la loi pour encourager des médecines qui s'appuient sur la capacité de résistance de l'organisme humain, pratiques moins médicalisées et donc à terme beaucoup moins chères pour le budget de la Santé publique.

J'espère que dès que le KCE aura remis son avis, vous nous tiendrez au courant, ce qui nous permettra d'en parler.

10.05 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u zegt dat de situatie ondertussen helemaal veranderd is en dat u wil wachten op de studie van het federaal kenniscentrum. Ik zou dan wel willen vragen dat eens die studie er is de koe werkelijk bij de horens wordt gevat. Men moet dan wel vooruitgang boeken in dit dossier. De situatie is effectief veranderd maar natuurlijk ook omdat er nooit is ingegrepen om die wet uit te voeren. Bepaalde ziekenfondsen geven voor bepaalde osteopatische praktijken wel een terugbetaling terwijl andere dat niet doen. Dan creëert men in de praktijk een situatie met verschillende snelheden. Ik hoop dat u van veel daadkracht zult getuigen op het moment waarop de resultaten van de studie er zijn. Dan moet men werkelijk gaan naar een erkenning van de vier aanvullende niet-conventionele praktijken waarover het hier gaat.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inwerkingtreding op 1 januari 2009 van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg" (nr. 8120)

11 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" (n° 8120)

11.01 Sonja Becq (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb deze vraag reeds een tijdje geleden ingediend. Ze gaat over de wet van 15 mei 2007 op de vergoeding van medische schade. Destijds werd er hier in het Parlement een wet goedgekeurd. De inwerkingtreding werd dan uitgesteld, omdat men op dat moment niet klaar was met de uitvoeringsbesluiten. Als laatst mogelijke inwerkingtredingdatum was vooropgesteld 1 januari 2009.

Wij hadden indertijd gevraagd naar een hoorzitting, naar een evaluatie en dergelijke meer. Ik heb uit de communicatie begrepen dat u overleg gepleegd hebt met de verschillende groepen om inderdaad te kijken naar de toepassing van de wet.

Er was daarover toch wel wat discussie en er waren daarover toch wel wat vragen, namelijk of er één of twee pistes moeten komen via dewelke men kan werken en of er een aantal concrete aanpassingen mogelijk zijn in de wet, omdat er daarin toch nog wel wat onvolkomenheden zitten.

Mevrouw de minister, ik heb gelezen dat u inderdaad het tweesporenbeleid zou willen hanteren in verband met medische schade, enerzijds een forfaitaire en snelle weg wanneer er nog discussie kan zijn over fouten en dergelijke meer en anderzijds de terugvalpositie om via juridische weg effectief schade te laten vergoeden.

Mevrouw de minister, mijn bekommernis is vooral de volgende. Bent u zinnens om de bepalingen nu nog, voor 1 januari, te hanteren? Mogen wij nog een wetsontwerp verwachten voor die tijd? Of wordt er in de wet houdende diverse bepalingen of de programmawet het een en ander uitgesteld?

Er moeten immers nog berekeningen gebeuren om te weten hoeveel middelen er in het fonds zullen moeten zitten. Kortom, ik weet nog steeds niet of het nu uitgesteld wordt of dat er in sneltempo nog een ontwerp gemaakt wordt.

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: C'est une petite avance sur la discussion de la note de politique générale. J'avais déjà évoqué ce fait mais ce n'est pas grave.

11.03 Sonja Becq (CD&V): Mijn vraag dateert reeds van meer dan een maand geleden.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: Ce n'était pas une critique: je ne faisais que rappeler en avoir déjà parlé en commission de la Santé publique, dont vous n'êtes pas membre. Je vais m'expliquer à nouveau pour Mme Becq.

Il est vrai que cette loi est très importante. Tout le monde en convient aujourd'hui: l'application du régime traditionnel de la responsabilité civile au domaine des erreurs et des accidents médicaux n'est plus satisfaisante, ni pour le patient, ni pour les professionnels de la santé, ni pour les assureurs, et ce essentiellement en raison de l'inadéquation du régime ordinaire de la responsabilité civile au risque médical. La loi du 15 mai 2007 avait justement pour ambition d'apporter une réponse en créant un système original d'indemnisation qui ne se base plus sur la faute du prestataire de soins.

Cela étant dit, la loi devait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En raison de la période prolongée d'affaires courantes – vous vous souvenez, l'Orange bleue –, l'entrée en vigueur a été reportée au 1^{er} janvier 2009. Par ailleurs, de nombreux arrêtés d'exécution devaient être pris préalablement à l'entrée en vigueur. Un groupe de travail comprenant des représentants de l'ensemble des acteurs concernés (médecins, patients, hôpitaux, mutuelles, assurances) a été créé par le SPF Santé publique.

Deze werkgroep kwam tot de conclusie dat de wet op bepaalde punten moest geamendeerd worden, teneinde een soepele en probleemloze inwerkingtreding te garanderen. Op basis van de resultaten van de werkgroep heb ik op 4 juli 2008 een voorontwerp van wet voorgelegd aan de Ministerraad teneinde verschillende aanpassingen aan te brengen aan de wet van 2007. Bij die gelegenheid wenste de regering dat de denkoefening over meerdere vragen zou worden voortgezet, die daarna het voorwerp waren van een nieuw overleg met de betrokken sectoren.

Uit het overleg blijkt dat er thans een ruime consensus is ten gunste van een ander systeem dat soortgelijk is met hetgeen nu van kracht is in Frankrijk, uiteraard met bepaalde varianten en aanpassingen eigen aan de Belgische context. Deze standpunten bevestigen de trend die reeds naar voren kwam bij het einde van de werkzaamheden van de werkgroep die tijdens de periode van lopende zaken ingesteld werd door de FOD. Het nieuwe element hier is dat er een algemene convergentie is met het Franse systeem dat in werking is sedert 2002 en dat sedertdien zijn efficiëntie aantoonde.

Een essentieel element dat in dit opzicht moet vermeld worden, is dat het een zogenaamd tweewegsysteem betreft waarbij het slachtoffer de vergoeding van zijn schade tegelijk kan vragen aan het Vergoedingsfonds en aan de rechter. Het betrof hier een zeer ruim verzoek van het terrein.

Op die voorwaarden heb ik op 23 oktober aan de Ministerraad gevraagd om de wet aan te passen, ten einde rekening te houden met dit algemeen verlangen van de verschillende betrokken actoren. De regering heeft zich akkoord verklaard met dit voorstel en ik heb mijn diensten dus belast met het binnen de beste termijn overgaan tot het opstellen van het wetsontwerp in die zin. Onder die voorwaarden zal de inwerkingtreding van de wet van 2007 verdaagd worden.

Gelijklopend werd het Federaal Kenniscentrum gevraagd een studie te realiseren over de budgettaire weerslag van het overschakelen in België naar een systeem dat vergelijkbaar is met het Franse. Op deze manier zal de effectieve aanwending van het vergoedingsmechanisme kunnen gebeuren met de steun van alle actoren op het terrein, wat natuurlijk een zeer belangrijk element is voor de goede voortzetting van het ontwerp.

11.05 **Sonja Becq** (CD&V): Mevrouw de minister, ik begrijp uit uw antwoord dat de wet zoals die nu bestaat, wordt uitgesteld en er intussen een wetsontwerp wordt opgesteld met de nodige aanpassingen.

Ik vermoed dat het tweesporenbeleid en de vraagtekens inzake interpretatie, meegenomen zullen worden in het kader van de besprekingen. Er bestond immers nog wat onduidelijkheid. Ik weet dat men zich afvroeg of dit alleen in rusthuizen of in ziekenhuizen kon. We zullen zien of die zaken worden meegenomen in het debat of in de discussie. We zullen de discussie nu niet voeren.

Ik wil nog even zeggen dat er geen uitvoeringsbesluiten van de vorige regering klaarlagen. Althans, de voorbereiding ervan was nog niet helemaal afgerond toen men op 1 januari 2008 van start hoopte te kunnen gaan. Het ligt dus niet alleen aan het moeizaam tot stand komen van de regering, maar ook aan het feit dat de voorbereiding van de uitvoeringsbesluiten nog niet helemaal af was.

11.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik wil nog een beetje wachten alvorens verder te preciseren.

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

12 **Vraag van mevrouw Sofie Staelraeve aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling door het RIZIV van de Segway als mobiliteitshulpmiddel" (nr. 8060)**

12 **Question de Mme Sofie Staelraeve à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement par l'Inami du Segway en tant qu'équipement facilitant la mobilité" (n° 8060)**

12.01 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik had u graag een vraag gesteld over de terugbetaling door het RIZIV van de Segway als mobiliteitshulpmiddel.

Om voor een verzekeringstegemoetkoming in aanmerking te komen voor een mobiliteitshulpmiddel moet dit middel voorkomen op de lijst die wordt opgemaakt door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV. Deze lijst bevat een aantal specifieke producten. Vandaag blijkt dat die lijst toch ietwat verouderd is. Moderne toestellen zoals de Segway staan er bijvoorbeeld nog niet op. Dergelijk middel stelt mensen, die een probleem hebben aan de onderste ledematen zoals mensen met multiple sclerose die geconfronteerd worden met een heel geleidelijke aftakeling, in staat om nog heel goed geïntegreerd en langdurig in de maatschappij te functioneren.

Ik kom dan tot mijn vragen. Die mensen hebben tot op heden nog geen recht op terugbetaling van een dergelijk toestel, maar ook niet op een financiering of een tussenkomst à rato van het bedrag van bijvoorbeeld een rolstoel waarop zij wel recht hebben maar die hen minder integratiemogelijkheden in de maatschappij biedt. Zij kunnen dit bedrag ook niet krijgen voor een tussenkomst in de aankoop van een Segway als dat in hun geval goed zou passen of wenselijk zou zijn.

Gelet op het feit dat dit zo belangrijk is voor de integratie van deze mensen wil ik u daarover een aantal vragen stellen. Hebt u weet van deze situatie en denkt u dat deze situatie gerechtvaardigd is? Of meent u anderzijds dat er iets aan kan worden gedaan en dat de lijst van het RIZIV misschien kan worden gemoderniseerd zodat toestellen zoals de Segway kunnen worden opgenomen? Ten slotte, indien dit niet kan, kan er misschien gezorgd worden voor een tussenkomst van het bedrag van een rolstoel of een elektrische rolstoel voor de mensen in kwestie?

Ik dank u voor uw antwoord.

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, de nieuwe nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen voorziet in verzekeringstegemoetkomingen voor sommige mobiliteitshulpmiddelen die vroeger niet werden vergoed. Ik denk daarbij aan rolstoelen met sta-functie, kussens ter preventie van

decubitus, enzovoort. De continue bijwerking van de lijsten van terugbetaalde mobiliteitshulpmiddelen en de schrapping van een reeks technische criteria voor de terugbetaling hebben geleid tot de terugbetaling van moderne producten.

Al die maatregelen hebben tot doel om tot een meer rechtvaardige situatie te leiden. Uit een enquête bij rolstoelgebruikers is trouwens gebleken dat die nieuwe regelgeving een duidelijke verbetering betekent voor de meeste rolstoelgebruikers.

De technische raad voor rolstoelen binnen het RIZIV heeft als opdracht om de wetgeving betreffende de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen uit te werken. Die raad is samengesteld uit onder andere mensen van het terrein die op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen op de markt van de mobiliteitshulpmiddelen. Op die manier is het RIZIV op de hoogte van de nieuwe noden die opduiken en kan het steeds beslissen om de nomenclatuur aan te passen om aan die noden tegemoet te komen.

Ten tweede, in toepassing van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen, zijn rolstoelen, loophulpmiddelen, orthopedische driewiel fietsen of stasystemen te beschouwen als medische hulpmiddelen.

De Segway wordt door de fabrikant als een persoonlijk vervoermiddel voorgesteld, eerder dan als een medisch hulpmiddel voor personen met een beperking van de mobiliteit. De terugbetaling van dat soort van producten wordt dus niet in de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen voorzien.

De eerste stap echter die fabrikanten kunnen zetten om het RIZIV op de hoogte te brengen van hun nieuwste producten, is de indiening van een aanvraagdossier. Op basis van de omschrijvingen en de documentatie van het product, kan een aanpassing van de nomenclatuur overwogen worden om nieuwe technologieën terug te betalen. Die nomenclatuurwijzigingen moeten echter altijd gebeuren binnen een bepaald budgettair kader.

Volgens ons heeft de fabrikant van de Segway nog geen dergelijke aanvraag ingediend.

De Segway kan ook als een integratiemiddel voor personen met een beperkte mobiliteit beschouwd worden. In die zin zou het misschien nuttig zijn om een aanvraag in te dienen bij de regionale fondsen die bevoegd zijn voor de integratie van personen met een handicap.

Ten derde, in de nomenclatuur van mobiliteitshulpmiddelen is een systeem van forfaitaire tegemoetkomingen uitgewerkt. Dat systeem is bedoeld voor de rechthebbenden die in aanmerking komen voor een bepaald type van mobiliteitshulpmiddel, maar die een ander type wensen.

Bijvoorbeeld de gebruikers die voldoen aan de voorwaarden voor een manuele standaardrolstoel maar die kiezen voor een elektronische rolstoel kunnen een forfaitaire verzekeringstegemoetkoming krijgen op voorwaarde dat de rolstoel op de lijst van erkende elektronische rolstoelen is opgenomen.

Er bestaat dus een mogelijkheid om van het RIZIV een bijdrage te bekomen in het factuurbedrag van moderne middelen voor zover zij op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten zijn opgenomen.

Deze laatste voorwaarde heeft tot doel de kwaliteit van de terugbetaalde hulpmiddelen te garanderen. Enkel de hulpmiddelen waarvoor een aanvraag bij het RIZIV wordt ingediend en die aan de voorwaarden van de nomenclatuur voldoen, worden op deze lijst opgenomen.

12.03 Sofie Staelraeve (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw volledig en duidelijk antwoord.

Ik begrijp de insteek dat er heel zuinig moet worden omgegaan met middelen en dat er geen ongeoorloofde uitgaven mogen gebeuren. Ik sta daar volledig achter.

Vooraf in het geval van mensen met multiple sclerose merk ik dat wanneer zij geen gebruik wensen te maken van een rolstoel die op de lijst van de nomenclatuur staat, zij geen ander hulpmiddel kunnen gebruiken, behalve wanneer de fabrikant van het hulpmiddel dat zij wensen te gebruiken daarvoor een aanvraag indient.

12.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: C'est normal! On leur dit qu'ils peuvent utiliser un autre appareillage médical, mais il doit évidemment être reconnu par l'INAMI. Si c'est le cas, on a bien entendu le choix.

12.05 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Ik begrijp het, maar de mensen die met het voornoemde, specifieke geval worden geconfronteerd, zijn met uw voorstel niet meteen geholpen. Niettemin kan uw antwoord op onze vraag een signaal zijn.

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

De **voorzitter**: Wij krijgen nu twee vragen van mevrouw Colen. Vraag nr. 8126 van mevrouw Colen wordt echter ingetrokken.

13 **Vraag van mevrouw Alexandra Colen aan de vice-eerste minister en minister van Justitie en Institutionele Hervormingen over "de juridische implicaties van het falen van de commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking" (nr. 8610)**

13 **Question de Mme Alexandra Colen au vice-premier ministre et ministre de la Justice et des Réformes institutionnelles sur "les implications juridiques de l'échec de la commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse" (n° 8610)**

13.01 **Alexandra Colen** (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mijn vraag was eerst in de commissie voor de Justitie ingediend maar had een nogal algemene formulering. De voorzitter van de commissie voor de Justitie heeft mij aangeraden ze alsnog met een meer specifieke formulering in te dienen en gaf mij de verzekering dat zij ze op de agenda van de commissie voor de Justitie zou zetten.

Ik kan alleen constateren dat de vraag opnieuw doorverwezen is naar mevrouw de minister van Volksgezondheid, mevrouw Onkelinx. Dat is voor mij geen probleem. Ik meen dat het probleem eerder bij de minister van Justitie ligt. Vandaar dat ik de vraag hier toch volledig ga stellen, hoewel het meer een juridische vraag is.

Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de wet van 13 april 1990. Op 3 april 1990 werden artikels 348-353 van de Strafwet gewijzigd waardoor abortus niet langer als een misdrijf beschouwd wordt wanneer een geneesheer onder strikte voorwaarden een zwangerschap afbreekt. Om de toepassing van de wet te volgen werd vooral op aandringen van de toenmalige CVP een evaluatiecommissie aangeduid. Die evaluatiecommissie zou om de twee jaar, meer bepaald tijdens de even jaren, een rapport ten behoeve van het Parlement uitbrengen, en dat telkens voor 31 augustus.

De evaluatiecommissie had bijgevolg dit jaar voor 31 augustus 2008 haar bevindingen moeten neerleggen maar heeft dat niet gedaan. Daarmee is zij in overtreding van artikel 1, paragraaf 3, van de wet van 13 augustus 1990 houdende de oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 inzake zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikels 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde wetboek.

U ziet dat in de titel zelf al duidelijk wordt gemaakt dat de evaluatiecommissie onlosmakelijk verbonden is met de Strafwet. Vandaar dat mijn enige en expliciete vraag de volgende is. Wat zijn de implicaties van het falen van de evaluatiecommissie voor de abortuswetgeving en voor de controle op de wetgeving en de toepassing daarvan?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, collega's, het mandaat van de huidige leden van de commissie is op 16 januari 2007 ten einde gelopen. Ondanks 6 oproepen tot kandidatuurstelling – de laatste keer op 6 oktober jongstleden – was de Senaat sindsdien niet in staat een dubbele lijst van kandidaten met het oog op de hernieuwing van de leden van de commissie voor te stellen aan de Ministerraad.

Dat is de reden waarom zij nog steeds haar evaluatierapport niet heeft ingediend. De Senaat plant een nieuwe oproep tot kandidaten. De commissie zal in elk geval niet voor het einde van het jaar hernieuwd kunnen worden.

In overeenstemming met de wet, en op verzoek van de voorzitter van de Senaat, heb ik bijgevolg besloten de mandaten van de huidige leden van de commissie te verlengen tot 31 december 2008. Deze verlenging

is geformaliseerd in een koninklijk besluit van 18 november en is vandaag in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

In afwachting van de resultaten van de 6^e oproep tot kandidaten, die gepubliceerd werd in het Belgisch Staatsblad van 6 oktober jongstleden, zal deze verlenging de continuïteit waarborgen van de werkzaamheden van de commissie, onder meer het indienen van het evaluatierapport in het Parlement.

13.03 Alexandra Colen (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik leid uit uw antwoord af dat er geen juridische consequenties zijn van het feit dat het evaluatierapport niet conform de bepalingen uit de wetgeving over de evaluatiecommissie werd ingediend. Er is geen gerechtelijk toezicht op de evaluatiecommissie en daardoor ook niet op de naleving van de abortuswet.

Alle gegevens over de concrete toepassing van die wet komen bij de evaluatiecommissie terecht. De leden van die commissie zijn tot geheimhouding verplicht, ook tegenover de gerechtelijke instanties, volgens artikel 7 en paragraaf 3 van artikel 1 van de wetgeving op de evaluatiecommissie.

Aangezien de abortuscentra zelf in de commissie vertegenwoordigd zijn, volgens paragraaf 2 van artikel 1 van de wet van 13 augustus 1990, hebben wij hier te maken met een constructie die de centra toelaat om zich aan elke gerechtelijke controle te onttrekken, met de evaluatiecommissie als dekmantel. Wat blijkt namelijk duidelijk uit uw antwoord en uit de geschiedenis van deze vraag? De vereisten van de wet van 13 augustus, die de evaluatiecommissie instelde, zijn totaal vrijblijvend. Er werd niet in controle voorzien op de naleving van de bepalingen van die wet, tenzij door de evaluatiecommissie zelf. Een aantal van de eventuele overtreders maakt echter zelf deel uit van de commissie. De kern van het probleem op dit ogenblik is dus de moeilijkheid om de commissie bijeen te roepen.

Er werd ook niet in sancties voorzien bij overtredingen van de wet door de evaluatiecommissie. Erger nog, de leden van de evaluatiecommissie zijn de eersten, en wellicht de enigen, die weten wanneer er overtredingen op de abortuswet zijn, maar zij zijn door de wet die de evaluatiecommissie instelde zelf tot geheimhouding verplicht, ook tegenover het gerecht. Een evaluatiecommissie werkt dus als een buffer tussen de instellingen die abortussen uitvoeren en de eventuele gerechtelijke controle daarop.

In 1990 heeft de toenmalige CVP deze constructie zelf goedgekeurd en zelfs aan haar kiezers gepresenteerd als een middel om controle uit te oefenen op de toepassing van de abortuswet en om het aantal abortussen in te perken. Het lijkt er echter op dat de CVP zich destijds heeft laten ringeloren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van mevrouw Meyrem Almaci aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijziging van het koninklijk besluit tot verbod van bepaalde dierproeven" (nr. 8130)

14 Question de Mme Meyrem Almaci à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la modification de l'arrêté royal portant interdiction de certaines expériences sur des animaux" (n° 8130)

14.01 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb de vragen die mevrouw della Faille en mevrouw Colette Burgeon u reeds stelden en uw antwoorden daarop doorgenomen. Het gaat meer bepaald over het verbod op laboratoriumproeven op dieren.

Ik heb ook vernomen dat in de Ministerraad van 12 december 2008 werd beslist om het koninklijk besluit van 30 november 2008 te wijzigen, zodat het gebruik van dierproeven voor het testen van tabaksgerelateerde producten voortaan verboden is, wat ik absoluut toejuich en waarvoor ik u ook dank.

De maatregel gaat in de goede richting, rekening houdend met de wet die bepaalt dat dierproeven absoluut tot het minimum moeten worden beperkt.

Bij een onderneming zoals Philips Morris en bij onze tabaksindustrie in het algemeen kunnen inderdaad vragen worden gesteld. Het gevaar van tabak voor de gezondheid is immers alom bekend.

De eerste vraag die ik bij het onderwerp heb, heeft vooral betrekking op de toepassingstermijn die werd

vastgelegd. Uw eigen administratie had immers een termijn van zes maanden voorgesteld. Uiteindelijk werd in het koninklijk besluit een periode van twee jaar ingeschreven.

Hoe komt het dat wij uiteindelijk twee jaar moeten wachten om tests af te schaffen die geen medisch belang hebben en zeker niet levensnoodzakelijk zijn? Wat waren de exacte redenen waarom het advies van uw eigen administratie door de ministerraad uiteindelijk niet werd gevolgd, behalve dan de reden dat eventueel lopende onderzoeken alle kansen moeten krijgen om te worden afgerond?

Een tweede zaak waarvoor ik uw aandacht vraag, is het verbod op experimenten op mensachtige primaten.

Ten eerste wil ik u opnieuw feliciteren met de door uw regering getroffen maatregel. Er is echter een kanttekening. Zowel in Oostenrijk als in Nederland zijn experimenten op mensapen of primaten onvoorwaardelijk verboden, terwijl de maatregelen die in België werden getroffen, een theoretische mogelijkheid openlaten om eventuele afwijkingen toe te laten. In 2007 werden er nog 38 apen voor experimenten gebruikt. Dat zijn er toch al 158 minder dan in 2006. Dat is dus een significante daling.

Waarom kan er niet worden tegemoetgekomen aan het verzoek van bijvoorbeeld Gaia om experimenten op primaten onvoorwaardelijk te verbieden en stop te zetten? Gezien de sterke daling tussen 2006 en 2007 vraag ik mij af of het voorgaande mogelijk is. Indien het mogelijk is, waarom gebeurt het dan niet?

Ten slotte heb ik een niet zo leuke vaststelling. Uit cijfers van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid blijkt namelijk dat in 2007 het aantal experimenten waarvoor dieren worden gebruikt, met 3% is gestegen ten opzichte van 2006. Gelukkig gaat de stijging gepaard met een daling van het aantal experimenten op primaten.

Beschikt u over een kalender of een termijnplanning met een jaarlijkse doelstelling voor het verminderen van het aantal proefdieren – soort per soort – die voor tests worden gebruikt, om uiteindelijk te komen tot een verhoogd – uiteraard een zo hoog mogelijk – aantal alternatieve laboratoriumtests?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, ten eerste, rekening houdend met de noodzakelijke herstructurering van het bedrijf na het ingestelde verbod alsook met het feit dat het toch moeilijk zal zijn reeds opgestart onderzoek op datum van publicatie van het besluit binnen de zes maanden te beëindigen, heeft de regering verkozen de overgangperiode met achttien maanden te verlengen.

Ten tweede, sedert vele jaren grijpt in België of in de Europese Unie geen onderzoek meer plaats met behulp van mensapen. Een harmonisatie ter zake heeft zich echter op het vlak van de Europese Unie nog niet voltrokken. Hiermee rekening houdend wil ik in een eerder hypothetische uitzondering blijven voorzien voor het gebruik van mensapen in biomedisch onderzoek, als dit laatste zich op uitzonderlijke wijze aanmeldt als onmisbaar voor de gezondheid en de bescherming van de mens.

Pour ce qui est des singes, autres que les primates anthropoïdes, il ne faut pas se limiter à l'examen de fluctuations annuelles qui peuvent être importantes, comme c'est le cas du nombre de singes utilisés en 2007 par rapport à 2006. Il faut considérer l'évolution sur un terme plus long. Ainsi, si on examine l'évolution du nombre de singes utilisés de 2000 à 2006, on a une variation d'une valeur maximale de 710 singes en 2001 à une valeur minimale de 196 singes pour 2006. Pour cette période de 2000 à 2006, les chiffres annuels ont parfois varié du simple au double. Je veux dire par là que, si on observe une tendance générale à la diminution du nombre de singes utilisés dans les tests, le chiffre de 36 animaux en 2007 ne signifie pas que cette diminution drastique va se poursuivre. Il n'est donc pas réaliste de se baser uniquement sur cette donnée de l'année 2007 et d'interdire purement et simplement le recours aux singes pour des tests de sécurité de vaccins exigés par la réglementation européenne et pour des recherches sur des maladies graves pour les humains.

Troisièmement, voir diminuer le nombre d'animaux dans les expériences est une préoccupation publique. Je peux affirmer que ce souci n'est pas uniquement réservé aux organisations de défense des animaux mais tous les intéressés, et le monde de la recherche en premier lieu, sont activement engagés dans ce sens. J'en réfère pour cela aux très nombreux symposiums internationaux et nationaux qui sont organisés spécifiquement autour du thème du développement des alternatives aux essais sur animaux.

J'ai déjà répondu à d'autres questions parlementaires à cet égard, et je répète que l'intensité de la recherche scientifique ne se laisse pas diriger ni prévoir par la politique, y compris en ce qui concerne le

développement des méthodes alternatives qui nécessitent aussi une base scientifique fiable. Actuellement, via la recherche contractuelle du SPF Santé publique, cinq projets de recherche ont été lancés. Proposer le principe d'une diminution annuelle du nombre d'animaux en totalité ou par espèce ne me paraît pas opportun. Imposer unilatéralement en Belgique un quota, ce que votre proposition revient à dire, risque de voir la recherche biomédicale de haut niveau aussi bien fondamentale qu'appliquée ne plus se dérouler en Belgique. Une telle réglementation, bien que pertinente, ne me semble possible que dans un large contexte, au moins européen.

Cela dit, et les organisations pour la protection des animaux le savent puisque je travaille beaucoup avec elles, je souhaiterais obtenir à tout le moins une clause de "stilstand", ce qui existe dans d'autres domaines. C'est en discussion. J'ai été avec le dossier au Conseil des ministres pour dire ma détermination. Des consultations ont actuellement lieu avec les différents organismes intéressés, que ce soit au niveau du Conseil de la recherche scientifique, etc., pour voir si nous pouvons mener à bien ce projet.

14.03 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor uw algemene inspanningen in dit dossier.

Ik begrijp dat u over het algemeen de bekommernis van de dierenrechtenorganisaties en van het wetenschappelijke deel deelt.

Ik betreur wel dat de beëindiging van de opgestarte onderzoeken moeilijk is, zelfs al gaat het om onderzoeken van tabaksgiganten. De overgangperiode is verlengd. De beslissing daartoe is genomen op de Ministerraad. Ik begrijp niet goed waarom dat voor dat soort organisaties wordt gedaan.

Ik heb ook begrepen dat een deel van het antwoord ligt op het vlak van de harmonisatie op Europees niveau, niet alleen met betrekking tot de experimenten waarbij primaten worden gebruikt, maar ook wat betreft het wetenschappelijk onderzoek. Op Europees vlak moet daaromtrent nog wat werk worden geleverd.

Ik wil u vragen dat bij uw Europese collega's aan te kaarten. Ik begrijp dat wetenschappelijk onderzoek eigen wetmatigheden heeft en dat de fluctuatie over de jaren heen meer in de gaten moet worden gehouden.

Uw en mijn langetermijndoelstelling is dat het aantal effectief daalt tot een minimum. In 2007 werden 38 primaten gebruikt. Ik begrijp dat we niet mogen verwachten dat dat aantal nog veel verder zal dalen. Hoe dan ook, met onderzoek naar alternatieven en met degelijke afspraken met Europa moet het mogelijk zijn om verdere vooruitgang te boeken.

Mevrouw de minister, ik vraag u het punt mee te nemen naar Europa en de verdere harmonisatie vanuit ons land toch te proberen bewerkstelligen, zodat we kunnen komen tot zo weinig mogelijk dierproeven.

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

15 Samengevoegde vragen van

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan ziekenhuispediaters" (nr. 8144)

- mevrouw Els De Rammelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal geneesheren-specialisten in de pediatrie in de Belgische ziekenhuizen" (nr. 8148)

15 Questions jointes de

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de pédiatres hospitaliers" (n° 8144)

- Mme Els De Rammelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre de médecins spécialistes en pédiatrie dans les hôpitaux belges" (n° 8148)

De **voorzitter**: Mevrouw De Rammelaere is niet aanwezig. Haar vraag wordt dan ook ingetrokken.

15.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil met deze vraag even terugkomen op een "oud zeer", het tekort aan ziekenhuispediaters, met andere woorden het tekort aan kinderartsen in ziekenhuizen. Iedereen die de situatie op het terrein op dit moment een beetje volgt, weet dat op zijn minst ruim honderd plaatsen van ziekenhuispediater niet ingevuld raken op het terrein, concreet in de

ziekenhuizen.

Ieder van ons die het dossier in het verleden een beetje heeft gevolgd, weet dat vanaf 2010 normaal gezien de nieuwe regel ingang zou moeten vinden, waarbij men op iedere kinderafdeling in een ziekenhuis in plaats van de klassieke drie kinderartsen, zoals nu, naar vier kinderartsen zou moeten gaan. U weet dat de toenmalige oppositie de nieuwe regel, die dateert van uw voorganger, minister Demotte, altijd op basis van concrete dossierkennis heeft tegengesproken en heeft trachten tegen te houden. Voor een deel konden wij daarbij telkenmale – ook nu weer – terugvallen op de concrete adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, die zowel in de vorige legislatuur als nog zeer recentelijk adviseert om de verplichting om het aantal van drie naar vier kinderartsen in de ziekenhuizen op te trekken, te schrappen.

Daarom heb ik twee zeer concrete vragen, mevrouw de minister.

Ten eerste, in welke mate denkt u deze keer tegemoet te komen aan het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen?

Ten tweede, in welke mate hebt u het dossier ondertussen laten bestuderen om eventueel de verplichting die door uw voorganger, minister Demotte, is ingevoerd, alsnog terug te draaien, al was het maar op basis van concrete dossierkennis op het terrein, waar iedereen ziet dat wij er nu niet toe in staat zijn om meer dan honderd plaatsen voor kinderartsen in ziekenhuizen concreet in te vullen?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen adviseert inderdaad om de uitbreiding van drie naar vier pediaters in het zorgprogramma Pediatrie niet in te voeren. Ik ben mij ook bewust van het belangrijk aantal niet-ingevulde vacatures voor ziekenhuispediaters. De FOD Volksgezondheid voert momenteel twee studies uit, in samenwerking met het Universitair Ziekenhuis Gent en de Ecole de Santé Publique van de ULB en in samenwerking met de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde. Die studies evalueren de actuele en toekomstige demografie van de pediaters en de werkelijke noden aan ziekenhuispediaters. Ik wacht op het rapport van die studies vooraleer een definitieve beslissing te nemen.

Ten tweede, er wordt een KB voorbereid om de datum van inwerkingtreding van de verhoging van de personeelsnorm van drie naar vier pediaters, uit te stellen tot een door de Koning te bepalen datum en ten vroegste op 1 januari 2010.

De definitieve datum zal worden bepaald overeenkomstig de studie en naar gelang van de afweging van de argumenten van de sector.

15.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u uiteraard voor uw meer dan interessante antwoord. Ik ben al tevreden dat de vraag aanleiding geeft tot een KB waarbij de inwerkingtreding van een vorig KB van uw voorganger wordt uitgesteld.

Een concrete, bijkomende vraag is wanneer wij het resultaat van die rapporten en studies mogen verwachten. In het globale dossier is dat uiteraard zeer belangrijk om de zaken verder te kunnen opvolgen. Ik ben al tevreden dat u op basis van concrete terreinkennis...

15.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb daarop nu geen antwoord maar in het kader van de algemene discussie over de programmawet kan ik u dat antwoord misschien wel geven.

15.05 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, als dat voor u goed is, stel ik voor dat ik morgen bij de algemene bespreking van de beleidsbrief daarop terugkom. Op die manier bent u in staat om zeer concreet te antwoorden op die problematiek.

Ik zeg nogmaals dat ik met tevredenheid akte neem van het feit dat er een KB komt om de inwerkingtreding uit te stellen. Wij zullen het dossier voort opvolgen. Ik hoop dat u mij tijdens de bespreking van de begroting en de beleidsbrief concretere antwoorden zult kunnen geven. Ik dank u alvast.

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

16 **Question de M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et**

de la Santé publique sur "le poste médical de garde de Seraing" (n° 8156)

16 Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de artsenzachtdienst in Seraing" (nr. 8156)

16.01 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, ma question ne concerne pas que la bonne ville de Seraing, mais l'ensemble des postes médicaux de garde. L'année 2007 a vu émerger ce système de postes médicaux de garde, principalement en milieu urbain, en médecine générale.

À Seraing, deuxième ville de la province de Liège et septième du pays de par sa population, un poste médical a été mis sur pied en janvier 2007. Hélas, ce poste vient de fermer faute de moyens financiers suffisants. L'enveloppe budgétaire de 2007 se fait toujours attendre. Un préfinancement a été assuré par les médecins impliqués dans ce poste médical. Pour des raisons de trésorerie, ils n'ont pu attendre. On leur a promis que le solde de l'enveloppe budgétaire serait payé en 2009 mais, apparemment, ils n'avaient pas les moyens d'attendre ce solde.

Il semble que d'autres postes médicaux de garde soient également en difficulté pour les mêmes raisons. Je rappelle que ce poste médical de Seraing accueillait les patients en soirée de 19 heures à 23 heures et les week-ends, de 9 heures à 19 heures et qu'il avait un certain succès. Il accueillait une quinzaine de patients par soirée. Ce type de structures vise une prise en charge des urgences de première ligne. Elle répond tant à des besoins des patients qu'à des besoins des soignants.

Cette fermeture est dommageable pour les partenariats qui avaient été mis en place: les neuf maisons médicales de Seraing, le Centre hospitalier du Bois de l'Abbaye à Waremme, les médecins généralistes, etc. Elle est aussi dommageable en termes de santé publique, d'information et d'éducation aux patients, de motivation des jeunes médecins et en terme d'organisation intégrée des urgences de médecine générale et des urgences hospitalières.

Dans la région de Seraing, de nombreuses personnes n'ont pas de médecin traitant, notamment en raison de leur situation socio-économique précaire, ce qui rend le recours à un service médical d'urgence encore plus courant. D'une manière générale, le poste médical de garde, que ce soit à Seraing ou ailleurs, est une des réponses qui a été imaginée pour pallier le manque de généralistes dans cette région, pour permettre aux généralistes en exercice d'aménager plus humainement leur semaine de travail et pour recourir, de manière plus pertinente, aux services d'urgence hospitaliers. Je le rappelle, ce service avait été mis en place en pleine intelligence avec le service d'urgence du Bois de l'Abbaye à Waremme.

Mes questions sont les suivantes: qu'en est-il du financement des postes médicaux de garde? Qu'en est-il du financement du poste médical de garde de Seraing en particulier? Pourquoi le déboursement de ce financement prend-il tant de temps? Avez-vous déjà pris des dispositions pour résoudre ce problème? Dans quelle mesure le budget 2009 tient-il compte des besoins financiers et surtout de la question du paiement en temps et en heure des postes médicaux de garde?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, cher collègue, voilà ce que je peux dire à mes amis de Seraing.

Les postes de garde avancés font partie d'une politique générale de soutien au système des urgences de première ligne, politique que je souhaite vraiment poursuivre intensivement au cours des prochains mois. Après la mise en place des cercles de généralistes et de l'honoraire de disponibilité, les priorités vont à présent à la création d'un dispatching central et au soutien de tous les postes de garde avancés qui rendent un véritable service à la population tout en simplifiant le travail des généralistes de terrain.

Chaque poste de garde signe une convention avec l'INAMI. Il est vrai que la convention avec le poste de Seraing s'est terminée en 2007. Entre-temps, de nombreux autres postes ayant ouvert leur porte, j'ai demandé à l'INAMI de réaliser une étude évaluant l'ensemble des expériences actuelles. Celle-ci sera finalisée dans quelques semaines.

En attendant cette évaluation, j'ai proposé d'augmenter la subvention générale aux postes de garde pour 2008 afin de maintenir en place l'ensemble des postes actifs, y compris celui de Seraing.

Cette proposition doit toutefois être approuvée par le comité d'assurances que j'ai interpellé en la matière et qui se réunit ce soir.

À plus long terme, je compte soutenir, dans les limites des moyens financiers à notre disposition, toutes les initiatives de postes de garde qui auront été évaluées positivement sur base de critères objectifs comprenant, entre autres, la population couverte et le nombre moyen d'utilisateurs.

16.03 Georges Dallemagne (cdH): Monsieur le président, je remercie Mme la ministre pour l'intérêt qu'elle porte aux postes médicaux.

Au-delà de la question relative à la reconnaissance et au financement de postes de garde, je vous ai également interrogée quant au déboursement ou plutôt à la vitesse de déboursement dudit financement. Je me permets donc d'insister une nouvelle fois sur le fait qu'il semble exister un solde 2007 qui n'aurait pas encore été payé.

16.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...) pour Seraing?

16.05 Georges Dallemagne (cdH): Oui. Il s'agit de la fin du solde 2007.

16.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je vais faire procéder à des vérifications. Il est donc question du solde dû pour 2007?

16.07 Georges Dallemagne (cdH): Exactement! Madame la ministre, pourriez-vous intervenir pour que ce solde puisse être réglé rapidement?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Samengevoegde vragen van

- de heer **Luc Goutry** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het Kenniscentrum over het tekort aan huisartsen" (nr. 8178)

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het Kenniscentrum over de huisartsengeneeskunde" (nr. 8210)

17 Questions jointes de

- M. **Luc Goutry** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise sur la pénurie de généralistes" (n° 8178)

- M. **Koen Bultinck** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise sur la médecine générale" (n° 8210)

De **voorzitter**: De heer Goutry is hier niet aanwezig.

17.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom nog eens terug op de problematiek van de huisartsengeneeskunde. Op basis van mijn vragen tijdens de voorbije maanden zult u wel gemerkt hebben dat ik op dat soort van zaken regelmatig terugkom in deze commissie.

Ieder van ons heeft akte kunnen nemen van de recente publicatie van het Kenniscentrum dat aangaande de huisartsengeneeskunde toch een aantal zeer concrete aanbevelingen formuleert.

We kennen ondertussen allemaal de problematiek: de vervrouwelijking van het beroep, de problemen waarmee huisartsen geconfronteerd worden om privéleven te combineren met zeer lange werkdagen, en dergelijke meer. Alle collega's in deze commissie kennen het dossier des te meer en volgen het ook op.

Huisartsen zitten ook met een imagoprobleem. Wij weten allemaal dat het veel lucratiever is om specialist te worden in plaats van voor huisartsengeneeskunde te kiezen.

Mevrouw de minister, vandaar wil ik u de volgende concrete vragen stellen, al was het maar omdat ook in het dossier van de fameuze Impulseo-fondsen – misschien moet ik daar morgen in de bespreking van de algemene begroting op terugkomen – blijkt dat ook Impulseo III een beetje in de mist blijft hangen. Voor de solopraktijken, voor de huisartsen die alleen werken, blijft er toch nog wat onduidelijkheid. Daarom heb ik drie concrete vragen voor u.

Ten eerste, een klassieke vraag naar uw politieke reactie op die studie.

Ten tweede, een vraag naar uw concreet plan om de huisartsgeneeskunde meer aantrekkingskracht te geven. De voorbije jaren heeft iedereen de mond vol gehad over het attractiever maken van het huisartsenberoep, maar als het concreet op maatregelen aankomt, blijft iedereen een beetje op zijn honger zitten. Vandaar dat ik toch wel eens naar een concreet plan zou willen vragen. Het moeten niet alleen woorden zijn. Het zou goed zijn als er naast woorden in het Parlement over de appreciatie voor het huisartsenberoep ook concreet op het terrein daden komen.

Ten derde, zelfs bij het lezen van de begroting en de concrete beleidsmaatregelen in uw beleidsbrief, blijf ik eigenlijk een beetje op mijn honger zitten voor de begroting van 2009. Misschien heb ik enkele zaken over het hoofd gezien, maar toch wil ik u vragen waar de sympathie voor de huisartsgeneeskunde uitdrukkelijk blijkt in concrete maatregelen van de begroting-2009.

17.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Bultinck, de recente studie van het KCE over de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep verstrekt interessante pistes betreffende de herwaardering van de huisarts, wiens centrale rol binnen ons gezondheidssysteem moet worden behouden en verbeterd. Het rapport bevestigt diverse analyses die de jongste jaren uitgevoerd werden door onze diensten van Volksgezondheid, door de universiteiten en door leden van het beroep.

In de conclusies van het rapport staan drie belangrijke aanbevelingen.

Allereerst, de herwaardering van de huisartsgeneeskunde in de medische faculteiten. Een dergelijke hervorming behoort uiteraard toe aan de verantwoordelijkheid van de Gemeenschappen en de universiteiten van ons land.

Er moet echter nota van worden genomen dat er de laatste jaren enorme vooruitgang is geboekt: alle medische faculteiten hebben thans verplichte cursussen en stages in huisartsgeneeskunde. In meerdere universiteiten verschijnt de huisartsgeneeskunde transversaal tijdens de hele cursus, vanaf de bachelorjaren tot in het vierde masterjaar.

Omdat deze hervormingen progressief en recent zijn, is het waarschijnlijk nog wat te vroeg om te oordelen over de impact op de huidige en toekomstige generaties. Er moet verder gepreciseerd worden dat het aantal stagemeesters dat bereid is om huisartsen in opleiding te ontvangen, thans de vraag ernaar overstijgt. Ik herinner er eveneens aan dat ik in juni laatstleden een KB liet goedkeuren over de medische planning waarbij per jaar een minimum wordt vastgelegd van 300 huisartsen tot in 2014 en 360 vanaf 2015. Naast de cursusproblemen moet het beeld zelf van de huisarts in de medische faculteiten verbeterd worden. Alhoewel al deze aspecten niet tot mijn bevoegdheid behoren, zal ik toch verder werken in overleg met de verantwoordelijken voor onderwijs en gezondheid van de twee Gemeenschappen.

De tweede aanbeveling legt de nadruk op de noodzaak om de bezoldigingen en de werkvoorwaarden voor de eerste lijn te verbeteren. Mijn voorgangers en ikzelf hebben in die zin talrijke hervormingen op de rails gezet. Ik herinner er in de eerste plaats aan dat de honoraria van de huisartsen terecht met meer dan 30% geherwaardeerd werden over een periode van vijf jaar. Het globaal medisch dossier, een symbool van de opvang van de patiënten door de eerste lijn, werd ingevoerd en het aantal neemt elk jaar toe: 40% van de bevolking heeft thans een dergelijk dossier. Andere vormen van bezoldiging zoals de honoraria voor beschikbaarheid of hulp bij de automatisering werden eveneens ingesteld. Andere maatregelen die de centrale rol van de huisarts in het zorgsysteem bevestigen, zullen weldra genomen worden, in het bijzonder wat het preventief aspect betreft.

Het KCE beveelt enerzijds een intensere werking in netwerken en in groep aan en, anderzijds, een betere delegering van de administratieve taken. Het Impulseo II-fonds, dat net ingesteld werd, beantwoordt gedeeltelijk aan deze vraag, aangezien het een jaarlijkse subsidie verleent die het voor groepspraktijken mogelijk maakt om administratieve krachten in dienst te nemen. Een fonds Impulseo III, voor de alleenwerkende artsen, is momenteel in opmaak. Er zullen in de loop van de komende maanden ook vereenvoudigingsmaatregelen worden genomen inzake het voorschrijven.

Het KCE legt ook de nadruk op de verbetering van de wachtdiensten, teneinde de levenskwaliteit van de eerstelijnsartsen te verbeteren. Ik ben van plan om in dit raam, en na een evaluatie door mijn diensten, alle projecten inzake vooruitgeschoven wachtposten te ondersteunen die overeenstemmen met een reële

behoefte op het terrein. In 2009 zal er eveneens een proefproject opgestart worden met een centrale dispatching, hetgeen nadien voor het hele grondgebied veralgemeend zou kunnen worden.

De derde aanbeveling stelt het behoud voor van de huidige steunmaatregelen aan de samenwerkende praktijken en aan de praktijken die gevestigd worden in zones met een lage medische densiteit. Het fonds Impulseo I dat subsidies en leningen geeft aan huisartsen die zich in deze zones vestigen, werd recentelijk nog uitgebreid. De fondsen I en II zullen na evaluatie behouden blijven en verbeterd worden.

17.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik zou er toch willen op aandringen om nog enkele stappen verder te zetten.

Ik blijf uiteraard vragende partij voor het op korte termijn op poten zetten van Impulseo III. Mevrouw de minister, het is niet gebruikelijk om u vanuit de oppositie suggesties te doen maar naar goede analogie met het verpleegkundeplan, waarmee u terecht heeft uitgekapt om dat beroep te herwaarderen, zou ik bijna een pleidooi durven houden voor een volledig huisartsenplan. Ik denk dat daar dringend nood aan is, al was het maar om de perceptie voor die mensen terug in de goede richting te krijgen en op het terrein iets te doen.

Iedereen heeft de mond vol van een opwaardering van de eerste lijn. Jammer genoeg moet iedereen bij de bespreking van de begroting vaststellen dat het te veel bij woorden blijft en dat concrete daden af en toe wel eens mankeren. Ik zal blijven aandringen om die huisartsen nog meer in de picture te zetten en positieve maatregelen te nemen.

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

18 Question de Mme Véronique Salvi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition des cigarettes de contrebande" (n° 8179)

18 Vraag van mevrouw Véronique Salvi aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van smokkelsigaretten" (nr. 8179)

18.01 Véronique Salvi (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, en avril dernier, plus de cent millions de cigarettes frauduleuses – quantité énorme – ont été saisies en région liégeoise, dans le cadre d'une enquête judiciaire.

Selon plusieurs sources, ce phénomène comporte un volet fiscal, un volet juridique, sur lequel nous avons déjà eu l'occasion d'interroger votre collègue le ministre Dewael, mais aussi un volet sanitaire, car les cigarettes contrefaites n'offrent aucune garantie quant à leur fabrication et contiendraient de nombreuses matières toxiques.

Par ailleurs, un rapport récent de l'ICIJ (International Consortium of Investigate Journalists) fait état de l'introduction en Europe d'une nouvelle marque de cigarettes qui circulerait sur le territoire de manière tout à fait illicite. Il s'agirait de cigarettes de marque Jin Ling, sans aucun équivalent, qui concurrenceraient le commerce légal de marques reconnues. En 2008, la police a ainsi réalisé une saisie de deux millions de cigarettes en Belgique. Évidemment, aucune mise en garde sanitaire n'apparaît sur ces paquets de cigarettes.

Madame la ministre, les cigarettes de contrebande ont-elles déjà fait l'objet d'analyses fiables qui détermineraient leur composition et confirmeraient leur niveau de toxicité? En effet, aucun contrôle ne touche de telles cigarettes vendues frauduleusement. Les acheteurs doivent savoir qu'ils agissent de manière répréhensible.

Puisque de telles cigarettes ont déjà été saisies, des analyses spécifiques sur leur niveau sanitaire sont-elles réalisées? C'est plus particulièrement à ces cigarettes en provenance d'Asie que je m'intéresse: il me semble qu'elles risquent de provoquer d'énormes dégâts sur les consommateurs. Même si tout cela se passe dans le domaine de l'illégalité la plus complète, ne serait-il pas nécessaire, à un certain moment, d'informer aussi les utilisateurs du risque de toxicité que peut entraîner la consommation de ces cigarettes?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: En fait, la fumée de tous les produits du tabac, tant ceux de marques que ceux qui sont falsifiés ou trafiqués, contiennent des particules toxiques, dont une série est très cancérigène. On le sait: il n'existe pas de cigarette saine.

Sans faire aucune distinction entre les types de produits du tabac, nous pouvons dire que fumer a des conséquences dramatiques sur la santé. Voici deux ans, le service de contrôle tabac du SPF Santé publique a analysé une cinquantaine de produits du tabac. Dans environ 20% des produits, un léger dépassement du goudron, de la nicotine et du taux de monoxyde de carbone ont été constatés.

Les produits de marques trafiqués peuvent, en principe, être sur le marché de manière légale, et donc avoir été aussi soumis à un contrôle. Les produits de marque falsifiés sont évidemment encore plus difficiles à rechercher; ceux-ci ne sont donc pas contrôlés ni analysés par le service de contrôle. C'est une raison supplémentaire pour ne pas se procurer des produits falsifiés ou trafiqués.

La marque de cigarettes Jin Ling n'est pas connue au service de contrôle du tabac. Lorsque vous me dites que l'on en a saisi une quantité fort importante, je m'inquiète de ce que me dit mon service de contrôle. Ils ont peut-être trouvé autre chose, je n'en sais rien! Je vais donc les interpellier à nouveau pour voir comment il se fait que la police pratique des saisies aussi importantes et que, de l'autre côté, notre service de contrôle n'est pas dûment informé, notamment sur les dangers au niveau de la santé publique. Je reviendrai ensuite vers vous.

18.03 Véronique Salvi (cdH): C'est ce que j'attendais; je vous remercie de me tenir informée de cette deuxième recherche de manière plus ciblée.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

19 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les revendications formulées par la communauté transsexuelle" (n° 8145)

19 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de eisen van de transseksuele gemeenschap" (nr. 8145)

19.01 Katrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je voudrais vous interroger sur la question particulièrement sensible de la psychiatrisation des transidentités.

En effet, il y a quelques jours, la communauté transsexuelle se mobilisait à Bruxelles, mais également conjointement dans neuf autres villes européennes, pour faire connaître son désaccord sur le fait que la transsexualité soit toujours considérée comme un trouble d'identité sexuelle, un trouble que tant l'Organisation mondiale de la Santé que l'Association américaine de psychiatrie classent parmi les pathologies mentales.

Bien entendu, je connais les termes de la loi du 10 mai 2007, laquelle prévoit un suivi médical et psychiatrique très strict pour toute personne qui désire changer de sexe. Loin de moi l'idée de remettre en cause le bien-fondé de cette mesure. Par contre, il est important de pouvoir étendre les revendications des personnes directement concernées. Dans cette optique, les associations regrettent que le suivi soit en fait une espèce de "tutelle de l'État aux lourdeurs bureaucratiques importantes". Elles réclament également "un positionnement des autorités contre la notion de troubles d'identité sexuelle".

À la suite de cette mobilisation, un cahier de revendications a d'ailleurs dû vous parvenir. Outre les points que je viens d'évoquer, ce cahier parle aussi d'un accès libre aux traitements hormonaux et à la chirurgie et réclame des actions de prévention de la transphobie. Selon la presse, il serait également question d'un souhait formulé à l'échelle européenne, à savoir le fait d'instituer le droit d'asile aux transmigrants persécutés par leur pays.

Madame la vice-première ministre, je suis intéressée de vous entendre sur ce dossier. Avez-vous reçu le cahier des revendications de la communauté transsexuelle? Le cas échéant, pouvez-vous m'informer quant aux suites réservées aux différents points évoqués? Un dialogue est-il établi entre votre département et les associations qui représentent ces citoyens? Dans l'affirmative, que pouvez-vous en retirer? Quelles mesures pourriez-vous prendre afin de faciliter l'intégration des personnes transsexuelles dans notre société? Dans la négative, au vu du caractère particulièrement sensible de cette question, mais aussi dans le souci de protection des personnes concernées, n'estimez-vous pas opportun d'instaurer une telle concertation?

Le **président**: Madame le député, cette question a été abordée sous un autre de ses aspects avec Mme Milquet, ministre de l'Égalité des chances.

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Pour le ministère des Affaires sociales et de la Santé, ni à titre personnel ni à travers mon équipe, je n'ai été sollicitée par les associations qui pourtant connaissent en général mon ouverture sur le sujet. Je n'ai pas reçu le cahier de revendications: il m'est donc difficile de prendre position à son sujet. Je leur dis et vous pouvez leur dire également que je suis ouverte au dialogue. Même si l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que l'Association américaine de psychiatrie considèrent la transsexualité comme une pathologie mentale, j'estime pour ma part que les personnes concernées ont droit à des traitements médicaux adaptés ainsi qu'à des traitements chirurgicaux adéquats.

Toute intervention en vue d'un changement de sexe doit bien évidemment faire l'objet d'un examen médical et psychologique. De même, les personnes ayant opté pour ce type d'intervention doivent être suivies rigoureusement. Voilà ce que je peux vous dire à ce point de mes contacts.

19.03 Kattrin Jadin (MR): Je pensais que le cahier de revendications vous était parvenu. Je constate que sur ce problème éthique, nous avons le même point de vue. Il serait intéressant d'approfondir la question. Je verrai dans quelle mesure je peux prendre contact à ces fins avec cette association. Je remercie Mme la ministre.

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

20 Question et interpellation jointes de

- Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'amélioration du statut des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente" (n° 8256)

- M. Peter Vanvelthoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 233)

20 Samengevoegde vraag en interpellatie van

- mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verbetering van het statuut van vrijwillige ambulanciers in de medische noodhulpverlening" (nr. 8256)

- de heer Peter Vanvelthoven tot de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dringende medische hulpverlening" (nr. 233)

20.01 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, j'avais déjà interrogé votre prédécesseur, M. Donfut, l'an dernier à ce sujet, mais je souhaiterais refaire le point avec vous sur la problématique liée à l'amélioration du statut des ambulanciers volontaires.

En fait, on sait qu'en date du 27 avril 2007, le Conseil des ministres a approuvé un projet d'arrêté royal exécutant notamment la loi du 3 juillet 1995 relative aux droits des volontaires. Ce projet vise essentiellement à améliorer le statut des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente en augmentant le montant annuel de leurs indemnités. Cette décision permet notamment de supprimer l'actuelle discrimination existant entre les pompiers volontaires et les ambulanciers de l'aide médicale urgente qui effectuent des prestations comparables.

Quand j'ai interrogé le ministre Donfut sur ce sujet, j'ai insisté sur le fait – ce en particulier en région rurale où j'habite – que cette situation décourageait fortement les ambulanciers volontaires. D'où ma question et mon intérêt tout particulier à cette problématique.

Le projet de 2007 a été transmis au Conseil d'État qui a formulé des remarques. À l'époque, M. Donfut m'a fait savoir que le texte était adapté à l'exception d'un point dont l'analyse était encore en cours car des questions concernant les assurances du type "accident du travail" devaient encore être réglées. Et, dans certains cas, cette volonté n'était pas explicite.

Ma question est la suivante: où en est ce dossier, madame la ministre? Où en est la publication de cet arrêté royal? Dans quel délai verra-t-on sa mise en œuvre effective?

20.02 Peter Vanvelthoven (sp.a+VI.Pro): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil vooral een

aantal vragen ter verduidelijking aan u stellen. Uw gezondheidswetsontwerp werd in november in het Parlement ingediend. Ondertussen heeft de Ministerraad al een aantal koninklijke besluiten goedgekeurd, zo heb ik begrepen, en er zou nog een aantal volgen, waarmee de dringende medische hulpverlening toch wel grondig hervormd zou worden.

Dat wetsontwerp zal toch wel wat impact hebben op het werk op het terrein van de ambulanciers en de verschillende hulpdiensten. De vragen die ik ter verduidelijking stel, leven dan ook op het terrein.

Ten eerste, hoeveel erkende ziekenwagens rijden er vandaag binnen het 100-systeem in ons land? Hoeveel van die ziekenwagens worden er bemand door hulpverleners van een brandweerdienst of staan ingeschreven op naam van een brandweerdienst of van de gemeente?

Ten tweede, hoeveel bedraagt de jaarlijkse kostprijs voor de gemeente als een ambulancedienst georganiseerd wordt door de lokale brandweerdienst? Hoeveel subsidie wordt er door de FOD Volksgezondheid uitgekeerd aan de erkende ziekenwagendiensten, werkzaam binnen het 100-systeem?

Ten derde, indien het nieuwe KB in voege treedt, hoeveel zal dan de geschatte meerprijs bedragen, enerzijds voor de gemeenten indien de ambulancedienst door de lokale brandweer wordt georganiseerd, en anderzijds voor de andere partners, zoals privéambulancediensten of de ziekenhuizen? De vraag is of de FOD Volksgezondheid daarvoor ook extra financiële middelen heeft uitgetrokken.

Ten vierde, op welke manier zal de subsidie voor de ziekenwagendiensten in de toekomst georganiseerd worden? Is er in een financiële tegemoetkoming voorzien voor de ziekenwagendiensten?

Ten vijfde, heeft er overleg plaatsgevonden met de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten, die toch ook wel heel erg bij die problematiek betrokken is? Is de VVSG een partner geweest in het overleg? Werd de VVSG betrokken bij de besprekingen in het kader van dat koninklijk besluit?

Ten zesde, hoe ziet u de positie van de vrijwilliger in de toekomst binnen de dringende geneeskundige hulpverlening? Wil men daar blijven werken met vrijwilligers? Als dat het geval is, welke faciliteiten bent u dan zinnens om aan die groep van vrijwilligers aan te bieden?

Mijn laatste vraag gaat over de minimale ervaring die in het nieuwe KB wordt opgelegd aan de ambulanciers. Die minimale ervaring is gedefinieerd in een aantal ritten dat men gereden moet hebben.

Wat indien die ervaring niet gehaald wordt of niet gehaald kan worden door een ambulancier? Wanneer de ambulancier omwille van externe omstandigheden als langdurige ziekte, zwangerschap of een ongeval, niet als ambulancier kan fungeren, betekent dit dat hij ook in de toekomst niet langer als ambulancier kan werken?

20.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chers collègues, je vous confirme que les travaux sont en cours dans le domaine de l'aide médicale urgente et notamment dans le domaine des ambulances et des secouristes ambulanciers. Les secouristes ambulanciers pratiquent, de par leur activité, certains actes réservés aux professions des soins de santé. Nous en avons longuement parlé en commission de la Santé publique. Ces actes, bien qu'enseignés dans les écoles de secouristes ambulanciers, n'ont actuellement aucune base légale. La loi Santé inclut deux articles qui, en inscrivant les secouristes ambulanciers dans les professions de la santé, permettent de leur offrir cette protection légale inexistante actuellement.

Cette mesure qui apporte une protection à la fonction de secouriste ambulancier ne modifie en rien le statut de ce dernier et n'a aucun coût. Elle permettra par ailleurs ultérieurement d'améliorer la formation des secouristes ambulanciers dont la formation actuelle est une des plus faibles d'Europe. C'est ce dont nous venons de discuter en commission de la Santé publique dans le cadre de la loi Santé qui a été transmise au Sénat.

En outre, le Conseil national des secours médicaux urgents, qui regroupe tous les intervenants de l'aide médicale urgente, vient de donner un avis positif sur un projet d'arrêt royal fixant les normes des services ambulanciers de l'aide médicale urgente.

J'en viens à la série de questions posées.

Premièrement, il y a, à ce jour, 541 véhicules agréés comme ambulance 100. Pas moins de 8.993 intervenants sont en ordre de badge AMU (aide médicale urgente) dont 6.448 appartiennent à un service incendie ou à une administration communale. Parmi ces intervenants, 7.636 sont secouristes ambulanciers, 296 infirmiers ambulanciers, 954 infirmiers SISU (soins intensifs et soins d'urgence) et enfin 107 infirmiers assimilés.

Ten tweede, de kosten voor de ziekenwagens verschillen van de ene dienst tot de andere. Er komen ook nog talrijke varianten bij kijken, onder meer de deelneming van een of meerdere gemeenten, de organisatie en de grootte van brandweerdiensten, de bijdrage van het OCMW, de subcontracting die de gemeente organiseert en de eventuele deelname aan het medisch-sanitair vervoer.

De subsidies die verkregen worden van Volksgezondheid dekken de kosten voor de opleiding van de hulpverleners-ambulanciers en een deelname in de kosten voor ritten zonder vervoer. De financiering van die diensten is afkomstig van het factureren van de ritten aan de patiënten, op basis van een tarief dat met een KB is vastgelegd.

Ten derde, de beste diensten werken reeds volgens de normen in het ontwerp van KB, en zullen dus geen meerkosten moeten dragen. Voor de andere zullen de meerkosten hoofdzakelijk verbonden zijn met de medische of verpleegkundige supervisie, en zullen dus redelijk laag zijn.

Ik meen dus dat het niet nodig zal zijn om in nieuwe subsidies te voorzien. Mijn team werkt niettemin, in samenwerking met de administratie, aan een project van globale herziening van de financiering, onder meer voor het verbeteren van de financiering van de kleine diensten en het mutualiseren van de kosten.

Ten vierde, de integratie van het vervoer in een ziekenwagen van de dienst 100 in de sociale zekerheid is reeds voor dit jaar gepland, evenals een mutualisering van de kosten. Ik ben ook bezig met het voorbereiden van een versterking van het Fonds voor dringende geneeskundige hulpverlening.

Ten vijfde, binnen de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening zijn alle partijen vertegenwoordigd. Er was een specifieke interactie met de federaties van de brandweer.

Ten zesde, deze vraag heeft voornamelijk betrekking op de hervorming van de civiele veiligheid voor de operatoren brandweer. Inzake volksgezondheid zijn er kwaliteitsnormen vastgelegd. Het statuut van het personeel dat eraan voldoet, hangt af van de organisator van deze dienst. Voor de vrijwillige ambulanciers heeft de Ministerraad op 27 april 2007 een ontwerp van besluit goedgekeurd dat het statuut verbetert van de vrijwillige ambulanciers die in de dringende geneeskundige hulpverlening werken.

De tekst werd aan de Raad van State bezorgd, die een aantal opmerkingen formuleerde. Wegens het antwoord van de Raad van State was de aanpassing van de wet op het statuut van de vrijwilligers verplicht. Dit werd vertraagd door de periode van lopende zaken. De aanpassing van deze wet staat in de toekomstige wet "diverse bepalingen". Dit zal het mogelijk maken om het besluit af te ronden dat het statuut verbetert van de vrijwillige ambulanciers die in de dringende geneeskundige hulpverlening werken. Deze aanpassing zal de Koning machtigen om de voorwaarden en nadere regels vast te leggen voor de verzekering van het type arbeidsongevallen, zodat het akkoord met de sector om de terugbetaling te verhogen, samen met de verplichte dekking tegen arbeidsongevallen van kracht kan worden.

De activiteitsdrempels van de hulpverleners/ambulanciers zullen vastgelegd worden na advies van de professionelen in de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Het is te vroeg om dit antwoord te geven, maar zoals bij elke integratie van gezondheidszorgberoepen, zal er in overgangsmaatregelen voorzien zijn. Ik wijs er u op dat op mijn initiatief een werkgroep, belast met het definiëren van het statuut van de ambulanciers en de hulpverleners/ambulanciers, ingesteld wordt binnen de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, ook al overschrijd ik hiermee mijn bevoegdheden. De regionale entiteiten en de representatieve organisaties van de ambulanciers en de hulpverleners/ambulanciers zullen uitgenodigd worden om deel te nemen aan deze werkgroep, om eindelijk aan deze sector, die er om vraagt, een echt professioneel statuut te geven.

20.04 **Katrin Jadin** (MR): Merci, madame la ministre. J'ai eu droit à des éléments de réponse très intéressants, vu ma question très précise. J'ai bien entendu vos réponses. Il reste beaucoup à faire mais nous sommes sur la bonne voie.

20.05 Peter Vanvelthoven (sp.a+VI.Pro): Ik dank de minister voor haar uitgebreid antwoord. Het statuut voor de vrijwillige ambulancier, zit dat bij de dringende of de niet-dringende diverse bepalingen?

20.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne le sais plus!

Le **président**: Aucune motion n'a été déposée.

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

Les questions n^{os} 8227 et 8228 de Mme Avontroodt ont été reportées.

21 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la coopération transfrontalière entre la Belgique et l'Allemagne en matière de services de secours d'urgence" (n° 8255)

21 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grensoverschrijdende samenwerking tussen België en Duitsland inzake noodhulpverlening" (nr. 8255)

21.01 Katrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je ressors mes vieilles questions! En effet, je vous avais interrogée l'année passée au sujet de la coopération transfrontalière en matière de services de secours d'urgence.

Nous connaissons déjà l'existence d'accords, l'exécution de certains allant déjà bon train avec nos amis français, et nous ne pouvons que nous en réjouir. En ce qui concerne la coopération avec le Luxembourg, un projet de convention a été rédigé. Vous m'aviez dit à l'époque qu'il devait encore être soumis à l'administration luxembourgeoise pour conclusion.

Mon interrogation porte sur l'est de la Belgique, donc la zone à proximité de l'Allemagne. Je voulais déjà connaître voici un an l'opportunité de conclure aussi des accords similaires avec l'Allemagne. Je sais qu'un besoin et une demande existent depuis un certain temps. Vous m'aviez rassurée à l'époque en m'affirmant que des pourparlers en ce sens étaient en cours entre votre administration et l'administration allemande et qu'une convention était en cours d'élaboration.

Ma question est très simple. J'aurais souhaité connaître l'évolution de ce dossier. Je crois me souvenir que vous nous aviez aussi dit que, dès qu'une ébauche de convention serait disponible, vous nous la transmettriez. Il aurait éventuellement été intéressant de pouvoir étudier le cas de plus près via une copie du projet de convention.

21.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cette question est bien intéressante. Le dossier de la coopération transfrontalière ne me concerne, vous le savez, que pour ce qui touche à l'aide médicale urgente et aux secours médicaux en situation d'urgence collective. Le dossier avec l'Allemagne n'a pas avancé. En effet, mon administration a proposé de rencontrer l'administration allemande pour finaliser le texte, mais aucune réponse n'a été transmise par l'Allemagne.

Le dossier relatif à la coopération belgo-luxembourgeoise n'a pas avancé non plus. Enfin, le dossier de coopération avec les Pays-Bas a fait l'objet d'une réunion en octobre, afin d'aboutir prochainement à une signature. Un peu de retard a été accusé, dû au changement de gouvernement aux Pays-Bas, mais aussi au changement de personnes en charge de ce dossier au sein de l'administration néerlandaise. Aux Pays-Bas, l'accord va se conclure très prochainement.

21.03 Katrin Jadin (MR): Je suis déjà heureuse de voir que l'initiative belge a été au rendez-vous, comme nous l'avions souhaité. À présent, si nos voisins allemands ne voient pas les choses de la même manière, il y aurait peut-être matière à approfondir la chose, pour voir si le besoin existe bel et bien de part et d'autre, ce que je pense toutefois.

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

22 Questions jointes de

- M. Yvan Mayeur à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la proposition de directive de la Commission européenne relative à l'information sur les médicaments" (n° 8287)

- Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une éventuelle révision de la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain" (n° 8644)

22 Samengevoegde vragen van

- de heer Yvan Mayeur aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorstel van richtlijn van de Europese Commissie met betrekking tot informatie over geneesmiddelen" (nr. 8287)

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een mogelijke herziening van de richtlijn 2001/83/EG tot vaststelling van een communautair wetboek betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik" (nr. 8644)

Le **président**: M. Mayeur avait demandé de reporter sa question, mais cela n'est pas possible vu qu'il s'agit d'une question jointe.

22.01 **Maya Detiège** (sp.a+VI.Pro): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben blij dat ik deze vraag vandaag kan stellen. Het gaat immers om een richtlijn die oorspronkelijk al door de Europese Commissie zou voorgelegd zijn maar die blijkbaar verdaagd is. Om die reden wil ik vandaag het belang ervan benadrukken.

Het gaat om de richtlijn 2001/83/EG over geneesmiddelen voor menselijk gebruik. Het is de bedoeling om de farmaceutische industrie de mogelijkheid te geven om het publiek rechtstreeks te informeren. Rechtstreeks informeren gebeurt voor een deel al in Europa als men kijkt naar de televisiereclame voor geneesmiddelen. Ik heb daar sowieso al bedenkingen bij omdat patiënten dan bij de apotheek komen vragen om de siroop van Vickx, bijvoorbeeld. Ik moet dan vragen welke ze willen omdat er voor twee siropen met een totaal andere werking reclame wordt gemaakt. Dat toont dus de relativiteit aan van het geven van informatie over medicatie via de televisie.

Het is eigenlijk nog erger, het gaat niet over gewone reclame, maar over informatie van de farmaceutische industrie over geneesmiddelen op voorschrift. In Europa mag de industrie dat op dit ogenblik niet doen. In een aantal landen mag dat blijkbaar wel. Men wil thans uniformiseren. Ik ben er echter van overtuigd, door mijn jarenlange ervaring in een apotheek, dat heel wat farmaceutische bedrijven erin slagen de patiënt te beïnvloeden in plaats van te informeren. Ik hamer op het belang van het tegenhouden van die richtlijn. Als minister kunt u in naam van België spreken op Europees niveau, om te vragen om die richtlijn niet uit te stellen maar gewoon te schrappen van de agenda.

Ik zal niet uitweiden maar ik geef u een voorbeeld. Ik ben onlangs naar een debat geweest voor het programma Volt van de VRT. Het ging over antidepressiva. Ik heb dus eerst heel veel opgezocht. De laatste tien jaar was er een verdubbeling van het gebruik van antidepressiva. Dat heeft een aantal redenen maar men voelt wel tendensen. In Amerika is Prozac bijvoorbeeld erg bekend en bepaalde tendensen waaien over. België moet alert zijn. We hebben altijd een heel goed gezondheidsbeleid gehad. We kunnen de industrie hier niet aan het woord laten. De thans bestaande kanalen om de patiënten te informeren, moeten we ten volle blijven gebruiken. We hebben een heel dicht netwerk van apotheken en de huisartsen staan heel dicht bij de patiënt.

Laat echter alstublieft de farmaceutische industrie erbuiten als het gaat over informatie over geneesmiddelen op voorschrift. Ik wil dus graag uw houding hierover kennen.

22.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Notre pays n'est pas du tout favorable à cette directive. Ce n'est d'ailleurs pas la première directive de Santé publique qui nous oppose à la Commission européenne.

Par exemple, la directive qui a été considérée à un moment donné comme prioritaire par la nouvelle commissaire européenne de la Santé sur les soins transfrontaliers et la mobilité des patients a fait l'unanimité moins une voix contre elle. C'est vous dire qu'il y a régulièrement des divergences de vue entre la Commission européenne et l'ensemble des États membres de l'Union européenne sur le sujet!

Je ne pense pas qu'il y aura une unanimité des pays membres contre cette directive mais je peux vous dire

qu'avec quelques-uns, nous constituons un groupe de pression et d'action contre cette directive "publicité des médicaments".

L'Europe a raison sur un point. Il est vrai que les patients veulent être acteurs de leur traitement. Ils s'informent sur la santé, les maladies et leur traitement.

Kunnen beschikken over kwalitatieve, geschikte, objectieve en niet-publicitaire informatie is voor hen een verworven recht geworden en een onmisbaar element om de patiënt toe te laten op een verantwoorde manier met zijn gezondheid om te gaan. Niettemin zijn artsen en apothekers de eerstelijns-gesprekspartners van patiënten. Dat moet ook zo blijven.

Kwalitatieve en gemakkelijk toegankelijke informatie kan een aanvulling op de tussenkomst van gezondheidszorgbeoefenaars zijn, kan de dialoog gaande houden en een waardevol instrument zijn waarnaar beroepsbeoefenaars hun patiënten kunnen verwijzen.

Alle spelers op het gebied van geneesmiddelen hebben een bepaalde rol te vervullen. Zij moeten hun verantwoordelijkheden nemen.

Farmaceutische firma's beschikken wellicht over de nodige competenties, de knowhow en de middelen om over hun geneesmiddelen te informeren. Op hun niveau is er echter een duidelijk belangenconflict dat de objectiviteit en geschiktheid van de informatie dreigt aan te tasten.

Ik ben dus van mening dat de rol van de industrie beperkt moet blijven tot het verstrekken aan patiënten die ernaar op zoek zijn, van informatie die in het kader van de vergunning voor het in de handel brengen werd goedgekeurd, met name de inhoud van de bijsluiter, en dat op een strikt waarheidsgetrouwe manier. De firma kan het eventueel op een beter leesbare manier voorstellen, maar steeds in een niet-commerciële en niet-promotionele context.

Bovendien mag de informatie geen elementen bevatten die direct of indirect naar bedoelde geneesmiddelen verwijzen, zoals gezondheidsinformatie of informatie over de ziektes waarvoor de middelen werden geïndiceerd.

Ook moeten patiënten toegang kunnen hebben tot vergelijkende en kritische informatie over mogelijke behandelingen, die bovendien door een onafhankelijke bron moet worden verstrekt. De instanties van Volksgezondheid hebben op dat vlak zeker ook een belangrijke rol te vervullen, met name door de voorlichting te organiseren of door partnerschappen met onafhankelijke instellingen te creëren.

22.03 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Ik ben eigenlijk blij met dit antwoord.

Wat betreft de werkgroep zegt u dat er blijkbaar maar een beperkt aantal mensen dezelfde lijn volgen als in ons land. Op zich vind ik dat spijtig.

Ik zou u willen vragen om u daarvoor in te zetten want het is echt belangrijk. Ik heb op een aantal niveaus op het RIZIV jaren met de farmaceutische industrie moeten samenwerken voor de terugbetaling van producten. Ik kan u verzekeren dat zij wegen vinden om de patiënten te informeren. Als wij kunnen vermijden om hen een vrijegeleide te geven in Europa zou ik heel blij zijn. U hebt trouwens zelf ook het belangenconflict aangehaald.

Ik zou u dan ook willen vragen om u hiervoor in te zetten.

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

23 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la demande de convention de Dianova et l'INAMI" (n° 8351)

23 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanvraag tot overeenkomst tussen Dianova en het RIZIV" (nr. 8351)

23.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Depuis 2003, l'ASBL Dianova échange régulièrement des courriers avec l'INAMI concernant une demande de convention dans le cadre de la revalidation de patients

dépendants. Cette convention est la formule la plus appropriée pour les communautés thérapeutiques pour toxicomanes et doit se conclure avec le comité de l'assurance soins de santé sur proposition du collège des médecins directeurs et après avis de la commission de contrôle budgétaire.

Dianova accueille 50 à 60 toxicomanes en résidence, pour un traitement thérapeutique assez long. Le coût pour les familles est lourd, et malgré cela l'ASBL inscrit encore aujourd'hui des patients sur une liste d'attente, vu le nombre de personnes qui lui sont envoyées, y compris par d'autres opérateurs de santé, des mutualités, des hôpitaux, des médecins.

En 2004, 2005, 2006 et 2007, l'ASBL a essuyé des refus de convention pour différentes raisons, mais chaque année la raison budgétaire était invoquée en tête de celles-ci. Pour l'année 2006, le refus s'appuyait aussi sur le choix de ne pas soutenir des lieux d'accueil résidentiels pour toxicomanes au profit de structures ambulatoires. Ce type d'argument ne tient pas compte à mes yeux de la réalité de Dianova auprès de qui les autres structures, y compris ambulatoires, envoient régulièrement des patients, mais aussi de l'importance en matière d'aide à la désintoxication de proposer des approches thérapeutiques diverses.

Madame la ministre, pouvez-vous me dire ce qui explique les délais écoulés pour trouver une réponse adéquate à cette structure qui offre des garanties confirmées par des rencontres et des échanges de courriers, mais aussi par la collaboration avec des nombreux médecins et sa reconnaissance par la Région wallonne? Qu'est-ce qui explique que malgré les marges budgétaires de la sécurité sociale, puisque vous vous êtes battue pour maintenir les normes de croissance, l'argument budgétaire soit encore invoqué? Où en est ce dossier auprès de l'INAMI? Quelles solutions sont-elles envisagées pour l'avenir de cette ASBL et surtout pour les toxicomanes qu'elle accueille?

23.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je vous confirme qu'il y a quelques années, l'ASBL Dianova a introduit une demande de convention de rééducation fonctionnelle auprès de l'INAMI. C'est le comité d'assurance des soins de santé qui conclut les conventions de rééducation fonctionnelles avec les établissements pour toxicomanes, sur proposition des médecins directeurs et après avis de la commission de contrôle budgétaire.

Le collège des médecins directeurs a examiné à plusieurs reprises la demande de conclusion d'une convention avec Dianova. Il a été décidé de ne pas accéder à cette demande pour plusieurs raisons. La première est que le collège doit agir dans le cadre des mesures budgétaires fixées par le conseil général pour le secteur de la rééducation. Le conseil général fixe de façon détaillée les nouvelles initiatives qu'il considère comme étant prioritaires et à réaliser.

Deuxièmement, la priorité est donnée à d'autres initiatives pour toxicomanes. Durant les années précédentes, un choix a dû être opéré entre différentes initiatives. Certains projets n'ont donc pas pu aboutir. C'était le cas de Dianova. Ce choix opéré a dû tenir compte du fait que de nombreuses communautés thérapeutiques dans notre pays existaient déjà. Il n'était donc plus prioritaire de créer à ce moment-là d'autres communautés thérapeutiques. La priorité a été donnée aux centres candidats à la convention de rééducation fonctionnelle pour toxicomanes qui offraient une prise en charge en ambulatoire et aux centres qui visaient une population de patients pour laquelle l'offre de soins actuelle ne suffisait pas.

La troisième raison réside dans la considération avancée par les instances gestionnaires de l'INAMI de conclure une convention à l'avenir avec Dianova uniquement dans le cas où cette association offrirait une formule qui diffère fondamentalement de l'offre thérapeutique pour toxicomanes. Dans le passé, ces conditions ont également été imposées à un autre centre pour toxicomanes. Le collège des médecins directeurs avait également posé comme conditions, d'une part, que Dianova établisse un lien structurel avec une université belge, afin de garantir la qualité du programme thérapeutique et d'assurer l'évaluation de cet établissement, et, d'autre part, que la communauté thérapeutique de Dianova soit bien intégrée dans le réseau de toutes les autres structures spécialisées et non spécialisées pour toxicomanes existantes.

Par rapport à la condition relative au lien établi avec une université belge, Dianova a fait part à l'INAMI, par le biais d'un courrier, que la sélection d'une université belge avec laquelle Dianova allait établir un lien structurel, allait être réalisée. Cependant, à ce jour, l'INAMI est toujours sans éléments concrets.

Au vu de ce qui précède, les instances gestionnaires de l'INAMI estiment peu judicieux d'accéder pour le moment à la demande de Dianova.

23.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse précise. Je me suis personnellement rendu sur le terrain pour y rencontrer les gestionnaires de cette ASBL. J'y ai également rencontré des médecins actifs dans une université reconnue en matière de lutte contre la toxicomanie. Ainsi ai-je pu constater qu'elle répondait effectivement à une demande, qu'il y avait beaucoup d'attente ainsi qu'une démarche qui se voulait de qualité et à l'écoute des normes de l'INAMI, mais avec des moyens très limités, en raison de l'absence de reconnaissance, si ce n'est de la part de la Région wallonne.

J'ai réellement l'impression que cette approche est complémentaire à d'autres approches dans un secteur où la demande est importante et où des réponses concrètes sont apportées à des drames humains. En vous interrogeant sur le dossier, je voulais attirer votre attention sur ce projet. Il ne s'agit pas d'essayer de faire reconnaître une association et un acteur thérapeutique qui ne répondrait pas aux critères de l'INAMI. Il s'agit d'attirer votre attention sur un projet, dont je crains qu'il ne fasse l'objet de blocages de principe. J'espère que l'INAMI, face aux besoins importants en matière d'aide aux toxicomanes, a une vision positive de ce projet, qui me semble important. On ne peut, en effet, laisser pendant autant d'années une association dans l'incertitude, car de nombreuses personnes et familles en dépendent tout en espérant bénéficier encore de son soutien, voire plus dans le futur.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Questions jointes de

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au ministre du Climat et de l'Énergie sur "la norme des radiations non ionisantes" (n° 8128)

- M. Roel Deseyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lien entre les rayonnements de GSM et le risque de tumeurs au cerveau" (n° 8668)

24 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Klimaat en Energie over "de normen voor de niet-ioniserende stralingen" (nr. 8128)

- de heer Roel Deseyn aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verband tussen gsm-straling en het risico op hersentumoren" (nr. 8668)

Le **président**: M. Deseyn étant absent, sa question n° 8668 est supprimée.

24.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, j'ai rédigé cette question le 23 octobre, il y a déjà un mois. À ce moment, je citais le journal "Le Soir" du 15 octobre qui avait titré en première page "le gsm est cancérigène", s'appuyant sur les résultats provisoires de l'étude épidémiologique Interphone.

Pour être brève, vous savez que depuis un certain temps, de nombreuses voix se font entendre dans notre pays pour demander des normes de protection plus exigeantes. Le Parlement bruxellois a voté une ordonnance qui prévoit une exposition maximale à 3 volts par mètre en crête. Comme vous le savez, cette ordonnance a fait l'objet d'un recours à la Cour constitutionnelle. D'après mes informations, la Cour donnera son avis avant la fin de cette année. Le Parlement flamand a organisé des auditions au printemps dernier. Le Parlement wallon vient d'accepter des auditions. Un peu partout, l'affaire est sur le feu, avec des objectifs de renforcement de la norme.

Au Parlement fédéral, j'avais déposé une résolution comprenant différentes demandes, y compris la modification de la norme de l'arrêté de 2005. Je dois dire que nous avons été repoussés par la majorité qui a demandé qu'on soumette le projet de résolution au KCE. Depuis lors, je ne sais pas très bien où il en est.

Dès lors, je voudrais vous poser des questions surtout sur la position que vous avez prise dans la presse le 17 octobre en indiquant que vous alliez vous rallier à l'avis du Conseil supérieur de la Santé qui, avant l'adoption de l'arrêté de 2005, avait plaidé pour une norme de 3 volts par mètre. Nous pouvons donc nous réjouir de votre évolution.

Pouvez-vous nous confirmer votre position?

Je voulais aussi savoir si vous alliez appliquer cette norme aux autres installations WiFi, WiMax et/ou à l'ensemble des appareils susceptibles d'émettre des rayonnements d'hyperfréquences.

En tant que ministre fédérale de la Santé, votre compétence porte sur les normes de produits. Dans notre résolution, nous proposons de nous attaquer à cet aspect sous l'angle des normes de produit et nous demandions aussi des mesures d'information systématiques.

Allez-vous renforcer les obligations des producteurs et des distributeurs en matière d'information sur les effets possibles sur la santé?

24.02 Laurette Onkelinx, ministre: J'en profite pour vous rappeler que lors du Printemps de l'environnement, un atelier avait été consacré à la question des ondes électromagnétiques. Vous constaterez que cet événement organisé par mon collègue Paul Magnette aura permis de faire avancer plusieurs dossiers. Permettez-moi de m'en réjouir.

Quant à la norme relative aux radiations non ionisantes, je tiens d'abord à vous rappeler que mon souci principal est toujours la santé de nos concitoyens. Il était donc indispensable de les informer correctement, d'une manière neutre et objective, en évitant des messages contre-productifs comme celui paru dans un quotidien que vous avez cité dans votre question. À ce propos, il convient aussi de ne pas tout mélanger, notamment l'usage du gsm avec exposition active et normes d'émission d'antennes avec exposition passive qui nécessitent des approches et des politiques différentes.

Informé est donc une priorité car cela répond à une demande pressante et légitime de la population, avant de prendre des mesures proportionnelles et décidées en concertation avec les instances de contrôle, les organes d'analyse scientifique. Dès lors, je vous confirme mon souhait de diminuer la norme d'émission des antennes conformément à l'avis rendu par le Conseil supérieur de la Santé. Qui plus est, j'ai demandé à mes services de se pencher sur la question des antennes émettant sur des fréquences comprises entre 10MHz et 10GHz, ce qui concerne évidemment les opérateurs de téléphonie mobile mais aussi les services de radio et de télévision publics et privés, les services d'urgence avec le réseau ASTRID, les services de police et de l'armée, les radioamateurs et les opérateurs du réseau WiMax. Les installations WiFi placées dans les zones accessibles au public devront également respecter la nouvelle norme, bien que les chances de la dépasser soient limitées vu sa puissance d'émission très faible.

Quant aux installations WiFi de particuliers pour un usage domestique, il est indispensable de donner des conseils d'utilisation et d'installation de ces systèmes. Des informations précises à ce sujet sont disponibles dans la brochure "Les champs électromagnétiques et la santé" du SPF Santé publique.

Enfin, quant aux normes de produits et aux conditions d'utilisation, si vous avez raison de trouver la matière importante, je me permettrai de vous renvoyer à mon collègue en charge de la Protection du consommateur, car ces compétences ne m'appartiennent pas.

Le **président**: Merci, madame la ministre. Deux sonneries de gsm seulement ont retenti pendant la question!

24.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je me réjouis de votre intention de rendre la norme plus exigeante pour les antennes et pour différentes fréquences, y compris le WiMax et le WiFi. C'est un pas dans la bonne direction. Je ne suis pas d'accord avec vous sur le fait qu'il soit contre-productif de souligner les dangers de l'utilisation du gsm, même si les messages sont parfois simplistes.

Le fait d'attirer l'attention des personnes sur le danger de l'usage intensif du gsm est une chose indispensable, qui n'est pas encore suffisamment présente.

24.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense qu'on a toujours intérêt à faire une campagne d'information quand on a tous les éléments objectifs. Sinon, on va banaliser la chose. Il y aura éventuellement des résultats objectifs qui ne concordent pas avec le message de la campagne et, au fur et à mesure, ce genre de campagnes n'aura plus aucun impact auprès de la population.

24.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Qu'appellez-vous des résultats objectifs?

Le problème est qu'effectivement, les études scientifiques donnent une tendance mais qu'il y a peu d'études épidémiologiques. Malgré cela, elles vont toutes dans le sens de demander une plus grande précaution, tout comme le font beaucoup de scientifiques, dont certains sont membres du Conseil supérieur de la Santé.

Il faut aller plus loin. Je continue à penser que la brochure d'information que vous avez réalisée n'atteint pas

suffisamment le public. Il faut vraiment travailler au niveau des lieux de vente, avec une information et un étiquetage systématiques en attirant l'attention sur les dangers pour la santé. En outre, au sein du parti Ecolo, à différents niveaux de pouvoir, nous demandons qu'après 3 volts par mètre, on aille assez rapidement vers un niveau de 0,6 volt par mètre pour la fréquence des gsm parce que nous pensons qu'il faut diminuer l'exposition à basse intensité permanente mais aussi l'exposition intensive au moment de l'usage du gsm. Tout cela est possible tout en gardant le confort minimum que nous donne la télécommunication.

Le **président**: Je rappelle que nous avons décidé, dans cette commission, d'établir une recension de l'ensemble des études qui ont été faites à différents niveaux de pouvoir (régional, fédéral, européen, etc.). Sur cette base, nous devrions pouvoir avancer dans notre réflexion.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Questions jointes de

- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les appareils auditifs" (n° 8370)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente des appareils auditifs en Belgique" (n° 8450)

25 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hoorapparaten" (nr. 8370)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van hoorapparaten in België" (nr. 8450)

Mme Lejeune avait demandé le report de sa question mais il est impossible étant donné qu'il s'agit de questions jointes.

25.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, selon les résultats d'une étude du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé), les Belges dont l'audition baisse s'orientent souvent vers les modèles d'appareils auditifs les plus chers. Pourtant ces appareils plus sophistiqués n'offrent pour beaucoup de patients aucun avantage particulier. Une raison essentielle de ce choix s'expliquerait par le pourcentage que le vendeur perçoit sur le prix de l'appareil auditif vendu. Celui-ci a donc un intérêt financier à préconiser les appareils les plus chers.

Afin d'éviter cela, le KCE recommande de séparer le remboursement des services du vendeur de celui de l'appareil auditif lui-même.

De plus, les patients devraient avoir la possibilité de tester plusieurs appareils auditifs, y compris les moins chers, qui n'exigent pas de supplément à payer de leur part. Pour rappel, l'assurance maladie rembourse 500 euros pour un appareil à une oreille et 950 euros pour un appareil aux deux oreilles. Le patient pourrait ainsi choisir au mieux l'appareil qui répond à sa situation financière, son style de vie et son souhait de qualité.

Ensuite, le KCE suggère que des marchés publics soient lancés afin de faire jouer la concurrence entre les fournisseurs et de faire baisser les prix de vente à un niveau comparable à celui des pays voisins.

Madame la ministre, je suppose que vous avez pris connaissance de cette étude. Pouvez-vous me dire si votre administration compte mettre rapidement en application ces recommandations?

25.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, le 30 juin 2008, la Commission de convention auditiens, organisme des assureurs à l'INAMI, a conclu une nouvelle convention nationale afin de prévoir un meilleur remboursement des appareils auditifs. La nouvelle convention est conclue pour une durée de huit mois, jusqu'au 31 mars 2009.

Cette courte période a pour but d'évaluer en profondeur la nouvelle mesure et d'éventuellement décider des mesures correctives, si nécessaire. La Commission de convention souhaite en tout cas parvenir à une meilleure transparence des prix sur le marché belge.

À cet effet, la Commission de convention souhaite prendre connaissance des principales conclusions et recommandations du rapport du KCE au sujet des appareils auditifs. Ce rapport sera présenté lors de la prochaine réunion de la Commission de convention. Toutes les recommandations figurant dans le rapport KCE, entre autres, une scission du remboursement en un remboursement pour le travail du dispensateur, d'une part, et un remboursement pour l'appareil auditif, d'autre part, seront attentivement examinées par la Commission de convention.

À côté de cela, une nouvelle attestation de délivrance a également été élaborée permettant de se faire une image claire du montant que les patients devront payer de leur propre poche. Les premiers résultats de ce nouveau système de suivi seront également intégrés dans l'évaluation des nouvelles mesures.

25.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour ces informations. Je suppose que nous reviendrons donc prochainement sur le sujet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 8385 de M. Goutry et n° 8431 de M. Otlet sont reportées. Comme Mme Lejeune l'avait demandé, M. Brotcorne a proposé de reporter les questions figurant au point 41 de l'agenda. Je n'ai pas de nouvelles de M. Jeholet. M. Bultinck a demandé d'attendre quelques minutes avant d'entamer les questions figurant au point 43 de l'agenda.

26 **Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des factures hospitalières impayées" (n° 8400)**

26 **Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toename van onbetaalde ziekenhuisfacturen" (nr. 8400)**

26.01 **Josy Arens** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, c'est un fait, les Belges ont de plus en plus de mal à payer leurs factures d'hôpitaux. Les factures hospitalières en attente de paiement représenteraient la somme de 400 millions d'euros, le délai de paiement moyen étant de l'ordre de 100 jours. Selon le SPF Santé publique, cette dette a augmenté d'un tiers en l'espace de cinq ans. Les hôpitaux ne se font, en outre, guère d'illusions sur les possibilités de recouvrement. Plus de la moitié des sommes dues ne seront jamais payées. Le solde sera récupéré par exploit d'huissier ou par la médiation de dettes. De nombreux hôpitaux, pressés d'être payés, envoient aussi plus rapidement leurs factures aux patients, et certains réclament des garanties à l'admission. Il s'agit probablement d'un nouveau signe de la crise économique.

Malgré les filets de sécurité sociale et d'aide sociale, l'accès aux soins de santé reste problématique pour une partie croissante de la population. La baisse du pouvoir d'achat et, partant, la précarisation sociale sont largement en cause. On ne peut cependant nier une autre réalité: l'augmentation du coût des soins de santé à charge des patients, et ce singulièrement à l'hôpital. Si, globalement, les soins remboursés représentent 80% du coût total de la santé, le solde, soit les 20% restants, restent donc à charge des patients. Ce sont les tickets modérateurs des médicaments, du matériel médical, des prestations non remboursées, des suppléments d'honoraires et de chambres, des frais divers à l'hôpital qui alourdissent souvent la facture du patient, confronté à des montants à payer auxquels il ne s'attendait pas.

Mme la ministre, pouvez-vous me confirmer les chiffres évoqués ci-dessus? Quel est votre sentiment à propos de cette augmentation du nombre de factures impayées? Les hôpitaux, comme tout autre créancier de dettes, sont tenus de respecter une série de dispositions légales lorsqu'ils cherchent à récupérer une somme qui ne leur a pas été payée. Ces impayés mettent en péril la fragile santé financière des hôpitaux, lesquels appliquent désormais des procédures de recouvrement énergiques pour récupérer leurs créances; pouvez-vous m'indiquer quelles procédures de recouvrement sont admises et quels frais de recouvrement sont autorisés? Troisièmement, pensez-vous que les services de médiation de dettes peuvent constituer une aide précieuse pour les personnes concernées? Enfin existe-t-il des données par province quant aux montants impayés, au délai moyen de paiement, au nombre de personnes concernées et à leur statut, à savoir usagers du CPAS ou non?

26.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, monsieur Arens, je vous confirme en effet que, sur la base de l'évolution des comptes constatée ces dernières années, nous pouvons observer une augmentation du nombre de factures impayées dans les hôpitaux. Cependant, il convient de relativiser ces

chiffres, car nous devons tenir compte du fait que le chiffre d'affaires des établissements a, lui aussi, augmenté de manière importante ces dernières années. En conséquence, la part relative de factures impayées reste plus ou moins stable: 2,74% en 2000, 2,99% en 2005, avec un pic de 3,9% en 2003. La comparaison en chiffres absolus doit donc être plus nuancée.

Aucune règle spéciale ou spécifique n'est prévue pour les hôpitaux en ce qui concerne la récupération de factures impayées. Ils doivent donc suivre les procédures légales existantes. Je tiens cependant à souligner que plus de 97% des patients sont affiliés à un organisme assureur et sont, par conséquent, soumis au système du tiers payant, grâce auquel les établissements hospitaliers sont assurés de percevoir la part relative aux frais de séjour du patient. C'est par ailleurs ce qui explique la proportion assez faible des factures impayées par rapport au chiffre d'affaires. Ce phénomène ne met donc pas en danger la survie d'un hôpital.

Les problèmes sociaux auxquels peut être confronté un établissement et qui peuvent expliquer partiellement les factures impayées sont abordés via les montants octroyés dans le cadre de la sous-partie B8 du budget des moyens financiers, conformément aux règles prescrites de l'arrêté royal du 25 avril 2002 fixant les règles relatives au financement. Il s'agit d'un budget de 19 millions d'euros répartis annuellement selon des critères qui reflètent le risque d'une patientèle plus fragilisée et probablement confrontée à des problèmes économiques et sociaux plus importants. De plus, les services sociaux des hôpitaux remplissent également une mission importante sur le plan de la médiation de dette, et ce depuis de nombreuses années.

Enfin, s'agissant des chiffres, je renvoie aux éléments de réponse donnés précédemment. En effet, je ne dispose pas de chiffres plus récents que ceux de 2005, et la répartition est organisée de manière régionale. Un tri par province est plus fastidieux. Par conséquent, je suis bien obligée de vous demander de me poser éventuellement la question par écrit, afin que mon administration puisse prendre le temps d'accomplir les travaux informatiques nécessaires.

26.03 Josy Arens (cdH): Monsieur le président, je remercie la ministre pour cette réponse. La province de Luxembourg ne compte que quatre hôpitaux. C'est pourquoi j'aurais souhaité recevoir des chiffres plus précis quant à cette province, puisque c'est elle qui me concerne et qui m'intéresse le plus en ce domaine.

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

27 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de Fibroscan dans la province de Luxembourg" (n° 8401)

27 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het niet voorhanden zijn van de Fibroscan in de provincie Luxemburg" (nr. 8401)

27.01 Josy Arens (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, ma question concerne le Fibroscan dans la province de Luxembourg.

Combien de Fibroscan compte-t-on actuellement par province en Belgique?

Le recours à la technique du Fibroscan a-t-il une incidence sur le nombre de biopsies effectuées?

Quel est le coût, pour une même indication, d'un examen réalisé par biopsie et par Fibroscan?

L'INAMI intervient-il dans la prise en charge d'un examen par Fibroscan? Si non, pour quelle raison?

Dans le cadre de l'hépatite C, lorsqu'on compare la province de Luxembourg aux autres provinces, estimez-vous que l'équivalence de soins est une réalité, puisque nous n'avons pas de Fibroscan?

Que comptez-vous faire pour remédier à cette situation?

27.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je possède une série d'informations, mais il faudra que je complète ma réponse. Je le dis d'emblée.

La biopsie du foie et l'examen anatomopathologique du tissu hépatique qui s'ensuit constitue le test standard de référence en cas de fibrose et/ou de cirrhose du foie. Les désagréments qu'il présente sont connus. S'agissant d'un examen invasif, ils sont mal ressentis auprès des patients. Les résultats peuvent varier selon l'endroit où l'échantillon a été prélevé, d'où la nécessité de développer des méthodes de diagnostic non invasives visant à évaluer la fibrose du foie. La démarche a toute son importance, lorsque des médicaments

nouveaux dans ce domaine doivent être testés, d'autant que des avancées considérables sont réalisées dans le traitement des hépatites chroniques, parmi lesquelles l'hépatite C chronique.

Ces dernières années, les tests de biologie clinique sur la fibrose hépatique sont devenus beaucoup plus précis. Mais il n'empêche que l'analyse directe du tissu hépatique au moyen d'une biopsie reste inestimable. Idéalement, les tests de fibrose devraient présenter les propriétés suivantes: il doit être spécifique, biologique et non invasif. Il doit pouvoir être reproduit sans difficulté chez différents patients; il ne peut interagir avec des médicaments ou autres maladies; enfin, il doit pouvoir démontrer clairement le stade ou le degré de l'affection.

Outre les techniques médicales classiques d'imagerie médicale comme le CT-scan, l'IRM et l'échographie, d'autres techniques sont mises au point, par exemple la technique de l'imagerie par résonance magnétique de diffusion qui permet d'évaluer une fibrose à un stade très avancé.

L'imagerie médicale a pour mission essentielle le diagnostic de cirrhose chez les patients atteints d'une maladie du foie chronique. Elle livre également des informations relatives aux patients pour lesquelles les résultats de la biopsie n'étaient pas suffisamment clairs. Le Fibroscan ou Echosen est une nouvelle méthode d'examen non invasive. Elle revêt en quelque sorte la forme d'une élastographie, qui tente de mesurer la rigidité du foie à l'aide d'une onde en progression à basse fréquence (50MHz) à travers le foie. Plus le foie est dur et rigide, plus la vitesse de l'onde sera élevée. La valeur de cette nouvelle technique fait actuellement l'objet d'une évaluation.

Une méta-analyse récente de 2008 a collecté et résumé les résultats de 50 études distinctes. Il en ressort que les résultats les plus fiables ont été recensés chez les patients atteints d'une hépatite C. Mais l'élastographie par ultrasons n'est pas sans poser d'importantes restrictions comme la non-fiabilité de l'examen chez les patients obèses, les patients souffrant d'ascite ou chez lesquels une forte poussée d'hépatite est ressentie.

Aussi prometteuse qu'elle puisse paraître, cette technique développée en France fait encore l'objet d'analyses poussées pour contrôler son utilité globale et la place qu'elle occupe dans le traitement des patients atteints d'hépatite chronique. Une autre forme d'élastographie est l'élastographie par résonance magnétique permettant de mesurer l'élasticité à l'aide d'une onde magnétique. Cette nouvelle technique est également en cours d'élaboration. Vous connaissez bien tout cela, n'est-ce pas?

Nul doute que l'assurance maladie-invalidité obligatoire examinera l'intégration de ces nouvelles techniques d'examen dans le paquet de soins remboursés dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité une fois qu'elles auront acquis leur place dans le traitement dispensé aux patients. L'objectif dans ce cas sera de proposer une offre égale de l'examen.

Il va sans dire que les patients hépatiques seront suivis dans les règles de l'art, même à défaut de pouvoir disposer de ces nouvelles techniques diagnostiques dans notre pays.

Voici ma réponse à l'heure actuelle. J'imagine qu'elle sera prochainement complétée par quelque chose de plus spécifique concernant la province du Luxembourg. Je propose de la compléter par écrit. C'est important!

27.03 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, je vous remercie surtout pour la fin de votre réponse!

27.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est déjà ça!

27.05 Josy Arens (cdH): Vous avez parfaitement raison! J'attends donc avec impatience cette partie de la réponse.

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

27.06 Josy Arens (cdH): Monsieur le président, pour accélérer nos travaux, je propose de transformer le point 46 en question écrite.

Le **président**: La question n° 8403 de M. Josy Arens est transformée en question écrite.

28 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions de vente de médicaments contenant de la sibutramine" (n° 8433)

28 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoopvoorwaarden voor geneesmiddelen die sibutramine bevatten" (nr. 8433)

28.01 **Colette Burgeon** (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, une jeune femme de 32 ans est décédée il y a quelques jours en Seine-Saint-Denis des suites de l'absorption de gélules amaigrissantes. Cette tragédie rappelle que des femmes et aussi des hommes peuvent risquer leur vie afin de perdre des kilos en trop tant la pression sociale exercée sur l'image de soi peut être insupportable. Les premiers résultats de l'analyse toxicologique post-mortem ont révélé la présence de sibutramine, une substance dotée d'une structure de type "amphétamine" et qui dispose d'une autorisation européenne de mise sur le marché pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Cette substance utilisée sous la forme d'hydrochloride est l'ingrédient actif du Reductil, un médicament contre l'obésité vendu sous la forme de gélules. La prise de Reductil affecte deux neurotransmetteurs du cerveau, donnant un sentiment de satiété. Ces neurotransmetteurs, la noradrénaline et la sérotonine, permettent entre autres de moduler l'humeur et de contrôler l'appétit. Les effets secondaires de ce médicament sont essentiellement d'ordre cardiovasculaire et peuvent avoir des conséquences dramatiques: augmentation de la pression sanguine, augmentation de la fréquence cardiaque, attaque cardiaque.

Selon le Dr Anne Casteau, responsable de l'évaluation et de la surveillance du risque à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, "la prescription de sibutramine est réservée aux spécialistes et ce médicament n'a rien à faire dans une préparation magistrale de gélules amaigrissantes". Ainsi, l'AFSAPS a interdit en 2007, d'importer, de prescrire et de délivrer des gélules préparées dans les pharmacies privées ou hospitalières contenant de la sibutramine, y compris à doses homéopathiques.

Madame la vice-première ministre, quelles sont les conditions de délivrance de ce médicament en Belgique? La sibutramine peut-elle entrer dans la composition de gélules fabriquées en pharmacie? Est-il acceptable de pouvoir acquérir aussi facilement ce médicament, qui coûte 130 euros pour une cure de 28 jours, sur un site internet tel que "buyreductil.be" alors qu'il est susceptible de mettre en péril la santé de candidats à l'amaigrissement mal encadrés?

28.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, les seules spécialités pharmaceutiques contenant le principe actif sibutramine autorisées en Belgique sont les médicaments Reductil 10 mg par gélule et Reductil 15 mg par gélule. Ces médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

En théorie, la sibutramine peut entrer dans la composition de gélules, mais l'utilisation d'une matière première dans les préparations magistrales et officinales est strictement réglementée par l'arrêté royal du 19 décembre 1997 relatif au contrôle et à l'analyse des matières premières utilisées par les pharmaciens d'officine.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de matière première sibutramine autorisée, conformément à cet arrêté royal.

Par ailleurs, acheter du Reductil sur internet est non seulement inacceptable, mais strictement interdit en Belgique. En effet, la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments interdit l'offre en vente à distance aux patients par n'importe quel moyen de tout médicament soumis à prescription médicale.

De telles pratiques, qui relèvent de la criminalité pharmaceutiques, sont bien entendu inacceptables. Je me suis déjà exprimée sur le sujet à maintes reprises. En termes d'action, il est souvent difficile d'agir rapidement et efficacement à l'encontre de certains sites internet illicites de vente de médicaments. J'entends toutefois soutenir davantage sur le plan national la collaboration qui existe déjà entre l'Agence des médicaments, la douane et les services de police.

À l'échelon international, une solide collaboration a été développée et doit être maintenue avec les autres États membres, avec les membres du Conseil de l'Europe ainsi qu'avec les membres d'organismes comme l'Organisation mondiale de la Santé et le PFIPC (Permanent Forum on International Pharmaceutical Crime).

Outre ces mesures, il me semble tout particulièrement important de développer aussi une communication objective vis-à-vis du public. Il faut faire comprendre clairement au public que seule la délivrance de médicaments enregistrés via des canaux officiels reconnus et contrôlés permet de garantir leur sécurité et leur qualité.

L'Agence des médicaments a placé sur son site web un message d'avertissement pour le public concernant la vente de médicaments via internet. Très prochainement un site internet de l'Agence sera opérationnel et ce message sera mis davantage en évidence. On le fera par ailleurs connaître.

Je soutiens pleinement le projet que développe actuellement l'Agence d'une campagne grand public de mise en garde des risques liés à l'achat de médicaments sur internet.

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

Il est rassurant que vous parliez de prescription médicale en Belgique. C'est important.

Toutefois, avez-vous des moyens concernant votre réponse au point 3 concernant de tels sites? Pouvez-vous porter plainte?

28.04 Laurette Onkelinx, ministre: Cela dépend du propriétaire du site, de sa provenance. S'il est situé en Belgique, il n'y a pas de souci mais généralement, ce n'est pas le cas.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

29 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vrije keuze van de patiënten om hun zorgverstreker te kiezen" (nr. 8526)

29 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la liberté des patients de choisir leur dispensateur de soins" (n° 8526)

29.01 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, het is een veelgehoorde klacht dat de instellingen de vrije keuze van de patiënten om zelf hun zorgverstreker te kiezen, negeren als het op de doorverwijzing voor thuisverpleging aankomt.

Meestal wordt de thuisverpleging geregeld zonder de patiënt iets te vragen. De sociale diensten contacteren de verpleegdiensten van hun keuze en op die manier ontnemt men de patiënt zijn vrije keuze om zelf zijn zorgverstreker te kiezen. Daardoor blijven de zelfstandige praktijken in de kou staan.

Een oplossing zou zijn dat men de patiënt of zijn familie een lijst met de mogelijkheden tot thuisverpleging in zijn gemeente zou aanbieden. Zo kan de patiënt of zijn familie zelf kiezen.

Zulke lijsten vindt men in elke sociale atlas terug. Als bevoegd minister kunt u aan de instellingen een methode opleggen, zoals bijvoorbeeld die alfabetische lijst met zorgverstrekkers, die garant staat voor de vrije keuze van de patiënt.

Mijn vraag is dus of u hiervan werk wilt maken. Zo ja, op welke manier?

29.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, de mogelijkheid van de patiënt om vrij zijn zorgverstreker te kiezen is een belangrijk principe binnen de volksgezondheid. Het betreft trouwens een van de rechten die erkend worden door de wet op de rechten van de patiënt. Artikel 6 van de wet preciseert inderdaad dat de patiënt het recht heeft op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar inzake gezondheidszorg. Deze keuzemogelijkheid geldt zowel voor de patiënt zelf als voor zijn vertegenwoordiger. U signaleert een beperking van die vrije keuze van ziekenhuispatiënten.

Ik zie twee pistes om die situatie op te lossen. Een eerste mogelijkheid is de ziekenhuizen herinneren aan de noodzaak om de vrije keuze van de patiënt te eerbiedigen zodat hij bij het ontslag voldoende informatie krijgt en hij zijn zorgverstreker zelf kan kiezen. Dit kan bijvoorbeeld door een lijst aan te bieden van thuisverpleegkundigen die actief zijn in de buurt van de patiënt. Ik heb mijn administratie gevraagd om de haalbaarheid van deze piste te onderzoeken.

Ten tweede hebben de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging daarnaast momenteel de mogelijkheid om een multidisciplinair overleg te organiseren voor ziekenhuispatiënten waarvoor een terugkeer naar de thuisomgeving is gepland.

Bij dit overleg worden verschillende partners van de eerstelijnsverzorging betrokken, zoals de huisarts en de thuisverpleegkundige. Gelet op de contacten van de GDT met de plaatselijke zorgverstrekkers, is zij wellicht ook een goede partner om de patiënt te informeren over de plaatselijke mogelijkheden inzake thuisverpleging. Ik heb trouwens, in het kader van een technische subgroep "hulp aan ouderen" van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, de reflectie over de rol en de werking van de GDT's opnieuw gestart, waarbij nieuwe taken zoals een dergelijke informatieverspreiding aan bod kunnen komen.

29.03 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de minister, ik dank u omdat u zich bewust bent van het probleem dat zich stelt. Is het mogelijk om mij de resultaten van het onderzoek dat de administratie doet, schriftelijk over te maken?

29.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ja, misschien wel.

29.05 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Is dat dan mogelijk?

29.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Ja.

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

30 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de anti-decubituskussen" (nr. 8527)

30 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les coussins anti-escarres" (n° 8527)

30.01 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, wie decubitus heeft, lijdt pijn op een heel onaangename plek.

Dit is eigenlijk een vraag van mensen uit de praktijk. Ze hebben mij erover aangesproken en ik vond het echt wel opportuun om die vraag hier in de commissie te stellen.

Het gaat over de regelgeving in verband met anti-decubitusmateriaal. Eerlijk gezegd vind ik die een beetje kafaiaans, echt heel bizar.

Kort zal ik de situatie schetsen. Een kankerpatiënte met uitzaaiingen in de wervelkolom en de schouders, kon door de metastase moeilijk in bed blijven liggen. Zij moest dus de hele tijd in haar zetel blijven zitten, met de gevolgen van dien. De dame begon doorligwonden te krijgen aan haar stuit. Om verdere doorligwonden te voorkomen, heeft zij een aanvraag ingediend voor zo'n kussen. Wat blijkt nu? Om een dergelijk kussen aan te vragen, moet de patiënt ook een rolstoel aanvragen. Dan heeft ze maar een rolstoel aangevraagd, omdat zij behoefte had aan het anti-decubituskussen.

Dat lijkt me nu toch wel een heel bizarre situatie. De regelgeving zit zo in elkaar dat bij een rolstoel ook de accessoires worden terugbetaald, zoals bijvoorbeeld dat speciaal kussen. Apart wordt dat kussen echter niet terugbetaald. Bij het Vlaams agentschap kan men wel terecht voor zo'n kussen, maar dan geldt het enkel voor gehandicapte mensen.

Kortom, patiënten die aan een progressieve ziekte lijden en niet gehandicapt zijn, blijven in de kou staan, tenzij zij een rolstoel aanvragen. Dat is echter verspilling.

Een patiënt drukte het plastisch uit: "Mijn kussen is voor de poep; de rolstoel is om in de garage te laten roesten."

Kan of zal u voornoemde situatie rechtzetten?

30.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, de tenlasteneming van de anti-decubituskussens door de verplichte ziekteverzekering werd ingevoerd tijdens de hervorming van de nomenclatuur van mobiliteitshulpmiddelen, die op 1 oktober 2005 in werking trad.

In de terugbetaling van dat type materiaal is momenteel dus enkel voorzien voor rolstoelgebruikers. De bedoeling is natuurlijk niet om tot situaties te komen zoals de situatie die u beschreef. De reglementering betreffende de mobiliteitshulpmiddelen wordt momenteel geëvalueerd.

Op basis van de resultaten van voornoemde evaluatie zou de terugbetaling van het anti-decubitusmateriaal kunnen worden uitgebreid.

Wij verwijzen ook naar het programma "Voorrang aan de chronisch zieken", dat als ambitie heeft om een coherent en globaal kader te scheppen voor de aanwending van maatregelen die bedoeld zijn voor het dekken van de specifieke noden die thans onvoldoende voor de chronische zieken zijn gedekt, en dat op korte, middellange en lange termijn.

In voornoemde context en dus los van de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen kan een analyse van de noden in geval van preventie van decubitus worden overwogen om in een tenlasteneming van anti-decubitusmateriaal te voorzien. Ik zal daarom het advies vragen van de Wetenschappelijke raad voor chronisch(e) ziek(t)en van het RIZIV.

30.03 **Maya Detiège** (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. U zegt dat er inderdaad een evaluatie komt. De experts die daar aanwezig zijn, zullen ook op basis van hun expertise beslissingen nemen, maar ik wil u toch vragen om een signaal te geven. Zij letten ook niet altijd op alles. Dit zijn echt praktische zaken die zij op het veld zien. Ik weet dat de mensen die daar beslissen vaak niet meer op veld actief zijn. Ik wil u dus nog vragen om dat aan de commissie door te geven.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.13 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18.13 heures.*