

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 13 JANUARI 2009

Namiddag

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

du

MARDI 13 JANVIER 2009

Après-midi

Le développement des questions commence à 15.37 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.37 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Madame la ministre, chers collègues, j'entame l'ordre des travaux en signalant que Mme Pécriaux a demandé le report de sa question n° 9537.

01 Question de M. Pierre-Yves Jeholet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les nouveaux animaux de compagnie" (n° 9543)

01 Vraag van de heer Pierre-Yves Jeholet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nieuwe gezelschapsdieren" (nr. 9543)

01.01 Pierre-Yves Jeholet (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai interrogée par écrit au sujet de toute une série de statistiques relatives aux nouveaux animaux de compagnie et suite à certains articles de presse faisant état de saisies de mygales ou de serpents.

Je tiens à vous dire d'emblée que je ne suis pas un spécialiste des nouveaux animaux de compagnie. Le problème lié au bien-être de ces animaux est souvent évoqué. Pour ma part, ma préoccupation a plutôt trait à la sécurité des propriétaires de ces animaux, mais aussi à celle des proches, des voisins, des personnes habitant dans le quartier où résident les personnes possédant ce type d'animal.

Madame la ministre, ma question porte sur le nombre d'animaux de ce type recensés en Belgique. Pouvez-vous me dire quelles sont les différentes espèces et races recensées, quelle est la fréquence des contrôles et qui les effectue? Pouvez-vous également me préciser combien de blessures ont été causées et combien de virus ont été transmis par ces animaux?

Je comprends qu'il peut être difficile de répondre à certaines de ces questions. En effet, même si une filière légale existe, il y a aussi une filière parallèle pour le commerce de ces nouveaux animaux de compagnie. Il serait intéressant de faire un recensement de ces animaux et des dangers - blessures ou maladies -, qu'ils peuvent représenter.

Les contrôles ne sont pas systématiques et sont effectués par différents services qui ne coopèrent pas toujours entre eux. Il vaut mieux prévenir que guérir. Moi, j'ai déjà peur des animaux de compagnie traditionnels...alors des serpents!

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Le mieux, pour le bien-être des animaux, c'est de ne pas en avoir si on n'a pas la possibilité d'en assumer la charge.

01.03 Pierre-Yves Jeholet (MR): Je vous rassure: je n'en ai pas et n'en veux pas.

Il vaut mieux prévenir que guérir. Le phénomène est relativement nouveau. J'aimerais connaître vos intentions quant au recensement d'animaux de ce type et des espèces présentes sur notre territoire. Ne peut-on opérer certains contrôles de manière plus systématique? Vérifier l'origine – légale ou pas – de ces animaux? Les services compétents ne devraient-ils pas partager les informations en leur possession? Un organisme particulier ne devrait-il pas les centraliser?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Le nombre d'espèces animales tombant sous le terme NAC (nouveaux animaux de compagnie) est considérable. À côté de 9.000 espèces d'oiseaux et 8.400 espèces de reptiles, ce vocable désigne également certaines espèces dont la détention comme animal de compagnie est devenue commune, par exemple le furet ou le lapin. En dehors de certaines espèces de reptiles, la majorité d'entre elles ne présente pas de danger et une très grande partie n'est pas protégée.

Bien qu'on ne dispose pas du chiffre total de NAC détenus en Belgique, on sait qu'il est extrêmement élevé. Voici quelques exemples en guise d'illustration. Pour la seule tortue d'Hermann (*testudo hermanni*), espèce protégée par la CITES et fréquemment élevée et détenue en captivité, qui ne présente aucun danger et dont la détention pose rarement des problèmes de bien-être animal, environ 1.500 certificats individuels ont été délivrés en 2008 par le service CITES. Par ailleurs, la Belgique compte environ 15.000 éleveurs de psittacidés (perruches et perroquets) et une multitude de détenteurs de ces animaux.

Ces chiffres démontrent qu'un contrôle systématique des NAC détenus représenterait un travail titanesque et sans doute hors de proportion avec les résultats qu'on pourrait en attendre en matière de lutte contre la détention d'animaux d'origine illégale comme en matière de vérification des conditions sanitaires ou de bien-être des animaux.

La dangerosité éventuelle d'une espèce, les risques de nuisance pour le voisinage et de falsification de la faune sauvage – vous le savez, étant donné que vous avez siégé à la Région – sont déjà couverts par les réglementations régionales. Ainsi, en Wallonie, un permis d'environnement est obligatoire pour la détention par un particulier de tout exemplaire d'une espèce exotique.

En matière de bien-être animal, une liste positive de mammifères pouvant être détenus et commercialisés librement a été fixée. Parmi ceux-ci figure un certain nombre de nouveaux animaux de compagnie fréquemment détenus. Actuellement, le service Bien-être animal et CITES, assistés par un groupe d'experts, sont d'ailleurs occupés à établir une pareille liste pour les reptiles.

Les espèces considérées comme difficiles à détenir du fait de leur taille, de leur agressivité ou venimosité en seront exclues, tout comme celles dont la détention requiert des installations et des connaissances particulières.

Les espèces non reprises sur la liste positive ne pourront dès lors être acquises par un particulier qu'après présentation d'un dossier détaillé et avis favorable de la Commission des parcs zoologiques. Ainsi, les risques de problèmes de bien-être seront fortement réduits.

Un recensement généralisé des NAC serait, selon moi, superflu dans le cadre de la protection de la sécurité publique et du bien-être animal et, en tout cas, peu efficace en vue de la protection des espèces.

01.05 Pierre-Yves Jeholet (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Serait-il possible de disposer de la réponse écrite car je découvre certaines espèces?

Ce phénomène est effectivement nouveau si l'on considère son ampleur. Il ne s'agit pas de donner des leçons mais bien de déterminer la manière de réagir. Ma collègue, Josée Lejeune, a d'ailleurs déposé une proposition intéressante dans laquelle elle envisage une formation, même basique, pour les services d'incendie ou de police. Il me semble en effet intéressant de former, d'informer et de sensibiliser les hommes de terrain qui risquent d'être confrontés à ce type d'espèces.

Madame la ministre, je suis assez d'accord avec vous. Les espèces sont nombreuses et il ne s'agit pas d'alourdir ou de ralentir le travail administratif. Il faut simplement être attentif et voir ce qu'il est possible de faire au niveau du recensement et du contrôle, éventuellement plus intensif, de certaines espèces dangereuses.

C'est cela qui compte. Je ne pense pas que les perruches et les perroquets soient dangereux; tout au plus

peuvent-ils être ennuyants pour les voisins. Personnellement, je suis effrayé de voir certaines espèces de reptiles considérées comme des animaux domestiques au même titre qu'un petit chien ou un petit chat par rapport à des enfants. Une action de sensibilisation devrait être menée et des actes posés en ce qui concerne le danger que présentent certaines espèces. Certes, un recensement exhaustif des animaux et des espèces serait un travail non pas inutile, mais disproportionné par rapport au résultat escompté.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le développement des pharmacies en ligne" (n° 9548)

02 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ontwikkeling van de on line-apotheken" (nr. 9548)

02.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, une société liégeoise a présenté tout récemment la première pharmacie en ligne de Belgique. Selon les informations parues, ce projet devrait bénéficier sous peu d'une modification de législation permettant dans le futur de vendre sur internet des médicaments ne nécessitant pas de prescription médicale. L'arrêté royal ad hoc que vous avez préparé se trouve à présent pour avis au Conseil d'État.

Cette perspective n'est pas sans poser des questions déontologiques de santé publique, ainsi que des questions relatives aux risques liés à l'automédication, à son coût potentiel pour notre système de soins de santé, à la remise en cause du rôle du pharmacien mais aussi du médecin en tant que conseiller médical de ses patients, mais également par rapport à l'augmentation de la pression qui pourrait en découler sur le corps médical en matière de prescriptions. De même, on peut craindre que des médicaments ne soient achetés via internet pour être revendus en Belgique ou à l'étranger.

Madame la ministre, ce type de pharmacies en ligne est-il légal ou illégal à l'heure actuelle?

Votre intention est-elle d'autoriser ces futures pharmacies en ligne ou plutôt de purement et simplement les interdire? Si vous les autorisez, quelles balises comptez-vous installer pour tenter d'éviter tous les excès décrits plus avant?

Les associations représentatives des médecins et des pharmaciens ont-elles été consultées sur ce projet d'arrêté?

Enfin, de façon plus générale, comment comptez-vous lutter contre le phénomène d'auto- ou de surmédication? Redonner un rôle central aux acteurs de première ligne que sont le pharmacien et le médecin généraliste ne doit-il pas, dans ce cadre, constituer une priorité?

02.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, à l'heure actuelle, la vente de médicaments par internet n'est, en aucun cas, autorisée en Belgique. Le principe est clair.

Cela dit, le projet d'arrêté royal auquel M. Gilkinet fait allusion devrait être publié sous peu. Il s'agit d'un arrêté portant instruction pour les pharmaciens, qui remplacera l'actuel arrêté royal du 31 mai 1885. Une des sections de l'arrêté réglementera la délivrance des médicaments. Je soulignerai que la délivrance des médicaments dans la pharmacie même reste le principe de base.

Une dérogation est toutefois prévue pour permettre aux seules pharmacies ouvertes au public autorisées en Belgique, de vendre par internet, mais sous conditions très strictes, des médicaments à usage humain non soumis à prescription médicale, ainsi que certains dispositifs médicaux. Il ne sera donc pas possible pour des sociétés étrangères de s'appuyer sur cet arrêté pour se lancer dans le créneau de la vente de médicaments aux citoyens belges.

Par ailleurs, je rappelle que l'article 3, §4 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments interdit l'offre en vente à distance aux patients de tout médicament soumis à prescription. Les médicaments qui seront offerts en vente en ligne par les pharmacies devront, bien entendu, être des médicaments dûment autorisés en Belgique.

La décision de permettre la vente de ces médicaments par internet repose sur la volonté des autorités

belges de se conformer à l'arrêt de la Cour européenne de Justice, dit arrêt Doc Morris, du 11 décembre 2003. Ce projet d'arrêt a été rédigé en totale concertation avec les associations professionnelles de pharmaciens les plus représentatives. Le site internet d'une pharmacie offrant des médicaments en vente doit être considéré en quelque sorte comme une extension virtuelle de l'officine, faisant ainsi partie de la pharmacie.

L'arrêt prévoit une série de mesures afin que les règles de délivrance en officine soient également appliquées lors de la fourniture de médicaments commandés par internet, par exemple l'obligation de mentionner des informations permettant d'identifier clairement la pharmacie et de joindre aisément le pharmacien. Pour chaque médicament offert en vente, le site internet devra reprendre la notice et fournir les renseignements indispensables pour que le patient puisse commander un médicament en connaissance de cause et sans risque d'erreur. Lors de leur livraison, les médicaments commandés en ligne devront aussi être accompagnés d'informations essentielles garantissant leur bon usage et, ce, dans la langue convenue avec le patient.

En termes de qualité, les médicaments offerts en vente par internet devront bien entendu répondre aux mêmes exigences que ceux délivrés en pharmacie. La fourniture devra avoir lieu à partir de la pharmacie elle-même, sous l'entière responsabilité du pharmacien et en suivant les règles de bonne pratique officinale. Des dispositions ont été insérées dans l'arrêt pour garantir que l'offre en vente, la commande, l'emballage et la fourniture soient organisés de manière à respecter le droit à la protection de la vie privée du patient.

Les pharmacies qui souhaiteront ouvrir un site internet de vente de médicaments devront au préalable le notifier à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), ainsi qu'à l'Ordre des pharmaciens, afin de permettre aux citoyens d'identifier les sites légaux de vente de médicaments par internet. J'examine actuellement avec l'Agence la possibilité de publier sur son site web la liste des pharmacies autorisées en Belgique qui ont un tel site.

En termes de contrôle, les inspecteurs de l'Agence élargiront leur surveillance à ce nouvel aspect des officines. Ils sont habilités à prendre les mesures qui s'imposent pour veiller au respect de la réglementation, conformément à la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments. Compte tenu du type d'infraction, des peines et amendes seront prévues par la loi.

La vente par internet ne constitue qu'un aspect du projet d'arrêt qui comprend d'autres axes, dont les principaux sont un meilleur encadrement de l'art pharmaceutique et de la responsabilité des pharmaciens, un meilleur encadrement de l'accessibilité de la pharmacie, un meilleur encadrement de la délivrance des médicaments et des soins pharmaceutiques et un guide des bonnes pratiques pharmaceutiques officinales.

L'ensemble de ces mesures confirme certainement que le pharmacien reste un acteur de première ligne important et incontournable dans la politique des soins de santé.

J'ai dit et je répète qu'il s'agit d'un arrêt. Il était nécessaire de travailler à son élaboration en tenant compte de la décision de la Cour européenne de Justice. Toutefois, j'ai voulu restreindre au minimum les possibilités. En effet, le pharmacien est un acteur essentiel d'information, de prévention et de santé. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai toujours refusé la vente de médicaments en dehors des pharmacies. Par ailleurs, il ne faut pas dénaturer à travers la vente par internet le rôle essentiel du pharmacien.

Si j'avais agi autrement, j'aurais été en contradiction avec la Commission européenne, mais je n'ai pas voulu faire plus.

02.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse complète.

Cela dit, je ne pense pas que vous ayez donné la date d'entrée en vigueur de cet arrêt.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Un mois après sa publication.

02.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Mais quand cet arrêt sera-t-il publié?

02.06 Laurette Onkelinx, ministre: À mon avis, il devrait être publié dans le courant de ce mois. Mais je ne

peux vous donner de précision quant à sa date d'entrée en vigueur. Je vais me renseigner à ce sujet et je vous ferai parvenir la réponse.

02.07 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Toujours est-il que cet arrêté devrait rentrer rapidement en vigueur.

Cela dit, j'ai pris acte de l'avis rendu par la Cour européenne de Justice et de votre souci de prévoir un encadrement important, ce que vous avez d'ailleurs largement explicité et je vous en remercie.

Mais cela ne m'empêchera pas de penser que rien ne peut remplacer le contact personnel soit avec son médecin traitant ou son pharmacien. En effet, les médicaments ne sont pas une marchandise comme une autre, y compris ceux qui ne nécessitent pas de prescription médicale. Il est donc logique de s'inquiéter de ce type d' "anonymisation" du contact patient-pharmacien, même s'il faudra passer par la pharmacie pour retirer son colis. Un suivi me paraît nécessaire, de manière à éviter des excès en matière de santé publique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Le point suivant est une question jointe de M. Gilkinet (n° 9552) et de Mme Lejeune (n° 9877) concernant la surconsommation d'antidépresseurs et, pour M. Gilkinet, d'antipsychotiques.

02.08 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je ne voudrais certes pas éluder la question, mais comme je l'avais déjà dit, j'ai, avant les vacances, demandé à deux experts d'effectuer une étude particulière. Or, je viens de recevoir le rapport. Aussi, je me demande s'il ne serait pas plus opportun de postposer la question, de manière à me laisser 15 jours pour en étudier le contenu avec mon administration. Ma réponse sera d'autant plus complète.

02.09 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Votre demande ne me pose aucun problème, madame la ministre, d'autant que la question a déjà été posée, ce que je n'avais pas relevé. Ce problème n'est pas sans lien avec la question précédente.

La **présidente**: Effectivement, plusieurs questions de ce type ont été posées lors de la discussion générale.

02.10 Josée Lejeune (MR): C'était dans le cadre de la discussion générale, madame la ministre, mais pour ma part, je suis d'accord de postposer ma question.

La **présidente**: Il est superflu de la redéposer. Nous l'inscrirons à l'ordre du jour de la commission qui aura lieu d'ici une quinzaine de jours.

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de diagnostiek voor adoptiekinderen" (nr. 9573)

03 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le diagnostic pour les enfants adoptés" (n° 9573)

03.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom iets sneller terug op deze materie omwille van het misverstand dat is gerezen door het antwoord van uw collega, de heer Delizée. Hij had mijn vraag toen niet juist begrepen. Ik wil dit doen om een en ander recht te zetten en om geen polemiek te laten ontstaan. Uit het antwoord leek het net alsof we eerst zouden laten diagnosticeren en daarna de kinderen niet adopteren, terwijl het precies het tegenovergestelde is.

Het gaat om een organisatie van mensen die kinderen met een afwijking of een handicap adopteren. Zij willen voor die kinderen de beste zorgen en willen daarom proactief een aantal zaken opnemen. Ik vond het antwoord een beetje choquerend. De heer Delizée wist het ook niet, maar hij beschikte enkel over het antwoord dat door de administratie was voorbereid. Daarom wil ik hierop kort terugkomen.

Mijn vraag dateert van 9 december en ik verwijs naar de uiteenzetting die ik toen in de commissie heb gehouden. In het verslag staat zwart op wit vermeld dat de vraag naar mijn aanvoelen verkeerd was begrepen. Het vooraf in België laten nakijken van die medische dossiers heeft niet de bedoeling ontradend te werken ten opzichte van de adoptieouders. Integendeel, het is de bedoeling hun gerust te stellen en hun reeds opties tot behandelingen en tot een betere opvolging van die kinderen met een afwijking of een

handicap te bieden in ons land.

Mevrouw de minister, een aantal ouders gaat effectief over tot de adoptie van kinderen met special needs. Het gaat om kinderen met strabisme, open verhemelte, hartfalen, orthopedische of andere aangeboren afwijkingen, enzovoort. Het aantal special needs-adopties zal nog toenemen omwille van de evolutie wereldwijd. Het gaat vaak over Chinese kinderen. Er zijn weinig kandidaat-adoptieouders. Die mensen doen dat echt om de situatie van die kinderen te verbeteren. Ik vind het normaal dat zij een dergelijke vraag stellen.

Er bestaat immers geen nomenclatuur om dergelijke adviezen of voorbereidingen te formuleren. Daarom heb ik mijn vraag toch herhaald.

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Dès qu'un enfant est adopté, il est à charge et bénéficie comme n'importe quel autre enfant de l'ensemble des soins de santé dans les mêmes conditions d'accès. Je ne vois donc pas où réside la difficulté. C'est peut-être pour cela que je ne réponds pas à votre question...

03.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het probleem situeert zich in de periode dat het kind is toegewezen, maar nog niet in België is en er nog een aantal formaliteiten dient te worden afgehandeld of belemmeringen dient te worden weggewerkt.

Imaginons que l'enfant soit encore en Chine et que des parents aient déjà été désignés.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: Vous parlez du cas de parents ayant accompli les premières formalités?

03.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Oui, c'est déjà leur enfant mais ils doivent encore remplir certaines formalités administratives.

03.06 Laurette Onkelinx, ministre: Peuvent-ils déjà le ramener en Belgique?

03.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Non, il est encore en Chine.

Au fond, il s'agit de consultations informatives. Des médecins se mettent à disposition des parents mais ils ne peuvent ni certifier une consultation, ni prescrire quoi que ce soit.

03.08 Laurette Onkelinx, ministre: L'adoption est une procédure compliquée, qui est encadrée par pas mal de conventions, et pour laquelle des décrets communautaires et une loi fédérale existent. La situation juridique d'un enfant dans une procédure d'adoption change sans cesse.

Pour prendre l'exemple de la Chine, il faut savoir si cet enfant vit déjà avec les parents adoptifs, à l'hôtel ou au lieu de résidence par exemple, ou s'il se trouve toujours dans un orphelinat, avant d'avoir les papiers qui permettent de le rapatrier en Belgique. Afin que les parents connaissent les processus qu'ils auront à mener en Belgique, ils souhaitent avoir un bilan de santé. Mais même si les sentiments des parents adoptifs ne changent pas, il s'agit à chaque fois de situations juridiques différentes qui entraînent des implications différentes concernant l'accès aux soins de santé en Belgique. C'est la raison pour laquelle il est difficile de trouver une réponse bateau.

03.09 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik kan mijn vraag als volgt formuleren. Bent u bereid de groep ouders die de special needs-adopties effectief waarmaakt, dus om effectief special needskinderen te adopteren, de dokter of de vertegenwoordiger die zich dat aantrekt op uw kabinet te ontvangen? Dan kan men het nakijken. Ik denk dat dit de beste weg is.

03.10 Laurette Onkelinx, ministre: (...) comme l'autre jour pour les maladies orphelines. Il n'y a aucun souci. C'est avec grand plaisir.

03.11 Yolande Avontroodt (Open Vld): Zij krijgen het medisch dossier thuis. Het kind is nog ginder. Ze krijgen heel het dossier.

03.12 Laurette Onkelinx, ministre: S'ils peuvent me transmettre un dossier avec des exemples concrets, cela m'aiderait à mieux cerner les situations juridiques et voir celles qui sont acceptables et celles qui ne le

sont pas.

03.13 Yolande Avontroodt (Open Vld): Omdat de nomenclatuur het niet toelaat een consultatie voor te schrijven voor het instuderen van een dossier dat niet hun dossier is.

La **présidente**: On convient donc de cela. Il est vrai qu'il est intéressant d'avoir cette information.

03.14 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het is om de nomenclatuur niet te misbruiken.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Detiège reporte sa question n° 9594.

04 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kinder- en jeugdpsychiatrie" (nr. 9596)

04 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la psychiatrie infantile et juvénile" (n° 9596)

04.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een korte vraag naar aanleiding van het rapport van professor Marina Danckaerts van de KUL en de cijfers die zij daarin voorlegt. Ik weet dat er extra inspanningen gebeuren in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De verdeelde middelen blijven ontoereikend. De inschatting is dat er momenteel in Vlaanderen ongeveer 160 kinderpsychiaters zijn, terwijl dat er naar internationale normen 420 zouden moeten zijn. Het absolute minimum zou 320 zijn.

Mevrouw de minister, het aantal bedden is verhoogd. Het honorarium is verhoogd. Het aantal zittingen is verhoogd. Dat zijn zeker heel goede inspanningen in een sector waarin – ik denk dat u dat vanuit uw ervaring als minister van Justitie alleen maar kan beamen – er nog altijd een absoluut tekort is. Bovendien staan de kandidaten niet te springen om die opleiding te volgen. Maar dat is een ander verhaal.

Het echte hiaat vindt u bij de ambulante sector. Men verwijst dan nogal vlug naar de verdeling van de bevoegdheden, terwijl dat niet nodig is. Een kinder –en jeugdpsychiater kan immers ook ambulant heel goed werk verrichten wanneer hij kinderen kan behandelen in hun eigen omgeving en context, zonder dat men daarom in Vlaanderen via de centra voor geestelijke gezondheidszorg moet gaan, die per definitie niet die permanentie hebben en die per definitie ook niet altijd zo toegankelijk zijn.

Mevrouw de minister, hoe staat u tegenover de cijfers die professor Danckaerts heeft genoemd? Wilt u in overleg met de regio's toch nog verder aan een globaal plan werken, in het bijzonder met accenten op de ambulante sector, dus niet op het vlak van het aantal bedden?

04.02 Minister Laurette Onkelinx: Er is een initiatief om in overleg met de Gemeenschappen en Gewesten te werken aan een globaal plan dat tegemoet kan komen aan de meest dringende noden in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorgverlening. Het overleg vindt momenteel plaats bij de interkabinettenwerkgroep "Taskforce GGZ" en de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

Teneinde kort op de bal te kunnen spelen, werd tijdens de vergadering van de IMC Volksgezondheid van 8 december 2008 besloten een inventaris op te maken van alle knelpunten in de sector van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het actieplan zal een reeks maatregelen omvatten om op het terrein een meer optimale spreiding van het bestaande kinder- en jeugdpsychiatrische zorgaanbod te kunnen realiseren.

We moeten tevens voorzien in een continuïteit van de bestaande outreachingteams en in een uitbreiding van een specifiek zorgaanbod voor jongeren met een psychiatrische problematiek, die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd, onder meer in overleg met mijn collega van Justitie.

04.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Dank u wel, mevrouw de minister. Een verhoging van de middelen voor de outreaching en vooral het accent leggen op de ambulante jeugdpsychiatrische zorg is exact wat de sector vraagt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de M. Jacques Otlet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les maisons de soins psychiatriques" (n° 9605)

05 Vraag van de heer Jacques Otlet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychiatrische verzorgingstehuizen" (nr. 9605)

05.01 Jacques Otlet (MR): Madame la présidente, madame la ministre, dans sa circulaire aux hôpitaux psychiatriques du 13 octobre 2008, le ministre de la Santé de la Région wallonne rappelait que 1.061 places en maisons de soins psychiatriques programmées dans sa Région n'étaient toujours pas rencontrées. Il y invoquait notamment des clefs de reconversion parfois jugées défavorables ainsi que des contraintes architecturales difficiles à concrétiser. J'ajouterai à mon tour que le principe même de la reconversion est inadéquat dès lors que, dans certaines provinces, les programmations de lits hospitaliers psychiatriques ne sont déjà pas atteintes.

De son côté, le Centre d'expertise fédéral des soins de santé a dénoncé quelque 13.000 malades psychiatriques en Belgique, dont seulement 40% vivraient, depuis plus d'un an, dans une structure psychiatrique hospitalière.

Lors du débat budgétaire - je vous ai déjà interpellée sur la question - vous m'aviez répondu que cette problématique serait évoquée lors de la Conférence interministérielle programmée le 8 décembre 2008. Cette conférence ayant eu lieu, je vous demande aujourd'hui quelles sont les mesures prises pour rencontrer ce besoin collectif récurrent et surtout créer des conditions légales et budgétaires qui permettront de combler ce manque de places en maisons de soins psychiatriques eu égard à la programmation.

Je suis assez étonné de constater que, dans notre pays, il existe de nombreuses programmations, théoriquement fondées sur les besoins de la population et qui ne sont pas rencontrées concrètement.

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, tout d'abord, je confirme les informations données par M. Otlet concernant le rapport du Centre fédéral d'expertise. En effet, sur un nombre de 13.000 malades psychiatriques en Belgique, près de 40% vivent depuis plus d'un an dans une structure psychiatrique hospitalière.

Cette étude scientifique se focalise sur des personnes présentant des troubles psychiatriques complexes, graves et de longue durée. Il s'agit d'une population spécifique parmi les patients psychiatriques et de patients très vulnérables sur le plan social. Leur demande en soins suit rarement une voie linéaire. Elle varie dans le temps. Elle est cyclique. De ce fait, ces patients ont besoin tantôt d'un traitement, par exemple dans une phase de crise, tantôt de davantage de soins, tantôt encore d'une approche de réintégration, accompagnement et soutien.

Par ailleurs, toutes ces formes de soins doivent être disponibles tant en ambulatoire qu'en résidentiel. Pour ce groupe cible, il n'existe donc pas de solution simple, mais la nécessité d'une approche intégrée.

Les formes de soins alternatifs sont pourtant aujourd'hui insuffisantes et trop uniformes pour pouvoir intervenir avec flexibilité sur une demande de soins très variés.

Encore plus intéressant est le constat de l'étude du placement très fréquent en Belgique des personnes dans des structures MSP ou IHP. On va beaucoup plus réorienter, c'est-à-dire référer vers d'autres formes d'accueil résidentiel que réintégrer, c'est-à-dire référer vers des structures communautaires. C'est bien là où se trouve le grand défi! Il s'agit non seulement de créer plus de formes d'accueil résidentiel mais aussi de préparer, avec les Communautés et les Régions, une politique sur du long terme basée sur les besoins du patient et de sa famille, ces derniers constituant en effet le pivot du développement futur des soins en santé mentale.

Si l'on veut mieux répondre aux besoins, il faut une politique qui puisse offrir des soins plus personnalisés, plus sur mesure. La répartition administrative des services en index et en nomenclatures doit donc aller progressivement vers des programmes de soins pour les trois grands groupes d'âge: les enfants et adolescents, les adultes et les personnes âgées. Cela suppose que les différentes institutions assurent la gestion de ces programmes de soins dans les réseaux des établissements et des initiatives. Les programmes doivent comprendre, par groupe d'âge, différents modules.

Pour permettre la réalisation de ces programmes de soins, des accords seront conclus et les hôpitaux psychiatriques pourront engager avec flexibilité une partie de leur budget, de leurs moyens financiers. En outre, lors de la Conférence interministérielle du 8 décembre dernier, dans le cadre du groupe de travail intercabinets "Taskforce SSM", il a été convenu de poursuivre le travail sur la problématique des lits MSP et l'absence de forme de soins intermédiaires entre la MSP et l'IHP. Il a également été convenu, dans une première phase, pour des raisons pragmatiques, de chercher les besoins en places d'accueil résidentiel pour le groupe cible des adultes avec un trouble de comportement et un handicap mental. Je vous renvoie concernant ce sujet à l'étude menée par le KCE dans laquelle il apparaît que dans les IHP, pour la Belgique, un patient sur quatre a un diagnostic de retard mental. La proportion des personnes avec un diagnostic de retard mental dans les lits T est de 30% en Wallonie et de 15% en Flandre. Dans les MSP, la proportion de personnes avec un diagnostic de retard mental est de 35% en Wallonie et de 52% en Flandre. Il me semble que vous l'aviez déjà mentionné.

Nous y travaillons avec les Communautés et les Régions. C'est un sujet difficile qui nous oblige à revoir complètement notre conception de la nomenclature dans le cadre des programmes de soins.

Ces programmes de soins doivent donc également être négociés avec les Régions et les Communautés, dans une continuité, avec parfois des hospitalisations ou des intégrations dans une maison de soins psychiatriques et parfois tout un programme d'insertion-réintégration par les Communautés. C'est long mais on ne pourrait pas aller plus vite.

05.03 Jacques Otlet (MR): Madame la ministre, aujourd'hui, des milliers de gens ne trouvent pas de structure d'accueil. Des normes arrêtent les nécessités au regard de la population de chaque Région. On impose aux hôpitaux des critères de conversion pour ouvrir des structures intermédiaires comme les MSP, voire les IHP. Mais comme il n'y a déjà pas assez de lits hospitaliers psychiatriques en Région wallonne, on se trouve dans l'impossibilité de pratiquer ces conversions. À l'inverse, en Flandre, il y avait beaucoup plus de lits hospitaliers psychiatriques et forcément, la reconversion en structures intermédiaires a été plus aisée. En Wallonie et à Bruxelles, c'est plus compliqué: selon les statistiques, la Flandre compte bien plus de lits agréés que Bruxelles ou la Wallonie par rapport à la population. C'est là la question fondamentale.

Je comprends qu'il faille tout réétudier mais ce blocage existe depuis plusieurs années. Les demandes sont là et on n'arrive pas à les satisfaire. Nombre de structures hospitalières demandent des places d'habitation protégée; d'autres demandent d'ouvrir des places de maisons de soins psychiatriques. On leur rétorque que pour ce faire, elles doivent convertir des lits hospitaliers alors qu'elles en manquent déjà par rapport à leur population. C'est la quadrature du cercle! Que faut-il faire?

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: On cherche une solution avec les Régions et les Communautés. Je ne peux vous répondre autrement. Une task force est à pied d'œuvre mais la solution n'est pas facile à trouver. Je ne peux pas ouvrir de nouvelles places comme cela; il y a un moratoire.

05.05 Jacques Otlet (MR): Il y a une demande.

La **présidente:** Je ne vais pas défendre la ministre mais parfois, on a une vision restrictive de ce qu'on peut apporter comme soins de santé mentale. On a connu la même chose avec les personnes handicapées. On prétend qu'il manque des places en institutions pour les personnes ayant de grandes difficultés et on pense que c'est uniquement en créant des places supplémentaires qu'on arrivera à répondre aux besoins alors qu'une diversification des aides est possible. Peut-être faudrait-il consacrer des budgets plus importants pour l'ambulatoire et les milieux ouverts pour permettre leur développement.

Les patients ne veulent pas non plus rester plus longtemps et plus souvent dans les hôpitaux. Créer toujours plus de lits ne correspond donc pas forcément à leurs attentes. Ils demandent surtout une prise en charge, pas forcément une hospitalisation.

05.06 Jacques Otlet (MR): Madame la présidente, je vous adresserai les listes d'attente.

La **présidente:** Vous pouvez. Je suis convaincue que d'autres formes d'aide peuvent se mettre en place et s'avérer complémentaires.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les expériences relatives au tabac menées en Belgique sur les animaux" (n° 9507)

06 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dierproeven voor de ontwikkeling van tabaksproducten in België" (nr. 9507)

06.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, depuis quelque temps, la question du caractère essentiel des expériences sur animaux en vue du développement de produits du tabac suscite une polémique.

Une récente enquête démontre que la Belgique est le seul État membre de l'Union européenne qui a pratiqué ou pratique encore de telles expériences in vivo sur des animaux pour le développement de produits du tabac.

Je pense avoir lu un projet ou un arrêté royal concernant cette problématique, avec des demandes de diverses entreprises désireuses de poursuivre des expériences sur animaux soi-disant pour avoir des produits du tabac moins nocifs.

Au niveau européen, la volonté est pourtant d'encourager à ne pas fumer ou à moins fumer, et non à développer des produits du tabac un peu moins nocifs pour la santé; de toutes façons, ces produits restent nocifs.

Madame la ministre, combien d'expériences sur animaux ont-elles été menées en Belgique en 2007 et pendant le premier semestre 2008? Combien d'expériences relatives à la problématique du tabac, donc pour le développement de produits du tabac soi-disant moins nocifs ont-elles été menées en Belgique durant la même période? S'il y en a eu, comment se fait-il que de telles expériences ont pu être menées sur des animaux alors qu'elles sont explicitement interdites en principe par la loi de 1986 sur la protection et le bien-être animal?

En réalité, ma question est: y a-t-il eu récemment ou encore aujourd'hui des expériences sur des animaux par rapport aux produits du tabac alors que la législation semble claire sur cette question?

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, monsieur Baeselen, d'abord quelques statistiques: en 2007, 779.860 animaux ont été utilisés pour des expériences; pour 2008, les chiffres ne sont pas encore connus, car les responsables des laboratoires doivent remettre leurs statistiques d'animaux utilisés durant l'année 2008 au plus tard le 31 janvier 2009.

Dans le cadre de la recherche sur le tabac, il faut distinguer, d'une part, les expériences concernant les recherches utiles à la santé publique sur le traitement des maladies liées au tabac et, d'autre part, les expériences menées pour le développement des produits du tabac.

On peut estimer que 0,43% des animaux utilisés en 2007 l'étaient pour les recherches sur le développement des produits du tabac.

La loi du 14 août 1986 sur la protection et le bien-être des animaux précise dans son article 24 que les expériences sur animaux doivent être limitées au strict nécessaire. En l'absence de méthodes alternatives substitutives, ce strict nécessaire signifie aussi veiller à utiliser dans les expériences le moins d'animaux possible et les animaux les moins sensibles, ainsi qu'à suivre les procédures les moins douloureuses. Quant aux expériences qui doivent être interdites, c'est bien évidemment l'évolution scientifique, éthique et sociétale qui doit guider à la décision.

En ce qui concerne ces expériences sur les produits du tabac, c'est justement une analyse approfondie de l'utilité de ces protocoles qui m'a amenée à clarifier la situation et à publier un arrêté royal qui interdit à l'avenir les expériences sur les animaux pour le développement des produits du tabac. Il s'agit très précisément de l'arrêté du 28 octobre 2008 publié le 15 décembre 2008.

L'entrée en vigueur de l'interdiction est prévue le 1^{er} du mois qui suit le deuxième anniversaire de la publication, en l'occurrence à partir du 1^{er} janvier 2011. J'avais proposé six mois mais dans votre groupe, on a préféré donner une période plus longue pour parer les difficultés que connaîtraient éventuellement les

entreprises concernées.

06.03 Xavier Baeselen (MR): Quand vous dites "dans votre groupe", s'agit-il du groupe des animaux?

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne pense pas que vous fassiez partie d'un groupe d'animaux. Je n'en sais rien! Je ne connais pas votre vie privée!

06.05 Xavier Baeselen (MR): Je ne suis pas zoophile; je vous rassure!

06.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je parlais plutôt du groupe MR.

06.07 Xavier Baeselen (MR): En ce qui me concerne, je vous remercie pour les chiffres que vous nous avez transmis.

J'avais effectivement vu la publication de l'arrêté royal concerné mais je pense que la loi actuelle sur la protection du bien-être animal permettait déjà d'interdire tout simplement ce type d'expériences sur les animaux pour le développement des produits du tabac. Je regrette donc qu'il faille revenir avec un arrêté royal pour interdire une pratique qui, à mon sens, n'est pas utile pour le développement de produits du tabac soi-disant moins nocifs.

06.08 Laurette Onkelinx, ministre: Ce n'est pas ce qu'a dit le Conseil d'État.

Par ailleurs, si vous déposez une proposition de loi qui clarifie le texte, je la soutiendrai sans réserve.

La **présidente:** Je pense qu'un accord a été trouvé en vue de la rédaction de cette proposition de loi et que nombreux sont ceux qui seraient prêts à la cosigner.

06.09 Laurette Onkelinx, ministre: En tout cas, il semble que la quasi-totalité des groupes de la majorité soit d'accord sur ce point. Monsieur Baeselen, si c'est également le cas de votre groupe, il ne devrait pas y avoir de problème!

06.10 Xavier Baeselen (MR): Nous serons tous contents!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation du nombre de fumeurs en Belgique" (n° 9611)

07 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhoging van het aantal rokers in België" (nr. 9611)

07.01 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le 4 décembre dernier, la Fondation contre le Cancer a publié les résultats de son enquête annuelle concernant l'évolution du nombre de fumeurs en Belgique. Elle mettait en évidence une augmentation de la part de fumeurs dans la population. On passe de 27 à 30% en 2008. Ces chiffres sont interpellants dans la mesure où, ces dernières années, on avait plutôt constaté une diminution progressive.

Votre prédécesseur avait déjà été interrogé sur les chiffres publiés par le SPF Économie. À l'époque, il les avait interprétés avec prudence, préférant plutôt se fier aux chiffres de la Fondation contre le Cancer.

Dans ses conclusions, la Fondation met en évidence l'absence de nouvelles mesures ou de nouveaux incitants pour amener les fumeurs à arrêter de fumer. Dans ses recommandations, elle propose de faire figurer sur les paquets de cigarettes le numéro vert d'accès à la ligne Tabac-Stop ainsi que son adresse internet.

Madame la ministre, cautionnez-vous ces chiffres? Peut-on se baser sur ces chiffres afin de prendre certaines mesures?

Envisagez-vous de concrétiser les recommandations qui sont mises en évidence par la Fondation contre le

Cancer?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je confirme bien entendu les chiffres. Le nombre de fumeurs augmente par rapport à l'année dernière; c'est indéniable. En 2007, le nombre de fumeurs journaliers âgés de quinze ans et plus avait été estimé, d'après une enquête réalisée par la Fondation, à 27% contre 29% en 2006, soit une diminution de 2%. En 2008, ce pourcentage est estimé à 30% sur la base d'un échantillon de 4.000 personnes. Après une diminution de 2% l'an passé, on remarque donc une augmentation de 3%, avec une marge d'erreur de 1,2%.

Qu'est-ce qui avait bien fonctionné les années précédentes et mené enfin à cette importante diminution? La création d'un fonds tabac en 2004 avait permis de soutenir les actions contre le tabagisme. L'interdiction de la vente des produits du tabac aux mineurs de moins de seize ans en 2005 avait apparemment porté ses fruits, tout comme l'obligation de faire mention du numéro de Tabac-Stop sur les produits du tabac en 2006, l'interdiction de fumer sur le lieu du travail en 2006, l'interdiction de fumer dans les restaurants en 2007 et l'obligation d'apposer des photos sur tous les paquets de cigarettes en 2007. Je pense sincèrement que ces mesures sont efficaces. Il faut continuer à lutter de cette manière contre le tabagisme. Toute une série de mesures complémentaires sont déjà prises ou en passe de l'être.

En matière d'étiquetage, la Belgique a été la première à utiliser les avertissements combinés sur les paquets de cigarettes. Or, ces avertissements ne sont pas obligatoires sur les autres produits du tabac tels que le tabac à rouler. Il y a donc lieu de rendre ces avertissements obligatoires sur de tels produits. Nous devrions également prévoir un système de rotation obligatoire entre les séries d'avertissements combinés, faute de quoi ces derniers ne sont tout simplement plus vus. A l'heure actuelle, l'arrêté royal prévoit la libre initiative des cigarettiers. A l'usage, nous constatons que ces derniers ne changent pas les séries; or, il est indéniable que des photos identiques créent l'accoutumance. Ce premier travail est actuellement en cours.

Le numéro de la ligne Tabac-Stop, qui figure actuellement sur un paquet sur quatorze, se trouvera à l'avenir sur tous les paquets, et ce juste en-dessous de la photo, afin de lui garantir une meilleure visibilité. En effet, l'enquête a également révélé que la moitié des fumeurs interrogés ne connaissaient pas ce numéro.

Par ailleurs, des initiatives ont déjà été prises dans le cadre du Plan cancer, comme l'extension du remboursement des consultations de sevrage tabagique. La base légale figure dans la loi-programme que nous avons votée. Une autre initiative est l'engagement pour un an de six contrôleurs supplémentaires chargés de surveiller l'application de la législation anti-tabac.

Ensuite, le débat sur l'horeca et les cafés en particulier surgira, un jour ou l'autre, au Parlement. J'ai cru comprendre que, au sein de certains groupes, comme le vôtre, puisque vous vous êtes exprimée clairement, la ligne de conduite n'était pas nette, et que des réflexions avaient lieu sur le sujet. Nous devrions inscrire ce débat à l'ordre du jour et le tenir. Des auditions ont eu lieu, comme nous le savons. Des propositions de loi existent, puisqu'il s'agit d'une initiative du Parlement. Nous devons convenir du meilleur moment pour en parler.

La **présidente**: J'avais prévu de remettre les propositions à l'ordre du jour du 27 janvier. Les membres de la commission ont estimé cet après-midi qu'il était plus important de parler du plan Alcoool. Mme Muylle, qui est l'une des signataires de la proposition, est d'accord pour reporter de quelques semaines ce travail.

07.03 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense qu'il s'agit de ... quelque chose de très important. (...)
(intervention hors micro).

07.04 Valérie De Bue (MR): Effectivement, nous avons prévu d'attendre les résultats de l'enquête sur l'horeca. Celle-ci est terminée depuis plusieurs mois déjà. Je me réjouis que vous ayez procédé à l'historique de toutes ces mesures. L'étude montre par exemple que la mesure qui concerne les mineurs de moins de 16 ans est efficace: le nombre de fumeurs a augmenté dans toutes les catégories, sauf chez les jeunes, où il a diminué.

Je vois que les recommandations qui ont été faites par la Fondation ont été prises en compte. J'espère que les chiffres pour 2009 contrediront ceux de 2008 et renverseront la tendance actuelle.

07.05 Laurette Onkelinx, ministre: J'ai lu dans un journal que le nombre de cigarettes vendues avait diminué. Le nombre de fumeurs aurait augmenté et le nombre de cigarettes fumées diminué. Il faudrait

vérifier.

07.06 Valérie De Bue (MR): Ici, il s'agit du résultat d'une enquête.

07.07 Laurette Onkelinx, ministre: Pour le nombre de fumeurs, je pense que ces chiffres sont exacts, notamment chez les jeunes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de la vente de cigarettes en chocolat" (n° 9612)

08 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod op de verkoop van chocoladesigaretten" (nr. 9612)

08.01 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, des études ont été menées aux États-Unis au sujet des cigarettes en chocolat destinées aux enfants, en 2005-2006, me semble-t-il. Elles démontrent que les cigarettes en chocolat peuvent induire un comportement mimétique chez l'enfant et peuvent donc doubler la probabilité de voir l'enfant devenir fumeur à l'âge adulte, indépendamment du fait que ses parents soient ou non fumeurs. Le résultat de cette étude est assez interpellant. D'ailleurs, différents pays européens ont pris des mesures en vue d'interdire purement et simplement la production et la vente de cigarettes en chocolat. Je pense à l'Irlande, à la Finlande, à la Grande-Bretagne, mais aussi hors Europe à la Norvège, à l'Australie et au Canada. La Suisse envisagerait également de prendre une telle mesure.

Il semblerait qu'en 2000, notre pays ait envisagé de prendre une mesure en ce sens, mais cela n'a jamais pu être concrétisé.

Madame la ministre, des études ont-elles été menées dans notre pays à ce sujet ou sont-elles envisagées? Ce genre d'initiative pourrait s'inscrire dans un plan global de lutte contre le tabac. Avez-vous l'intention de prendre une mesure visant à interdire la vente de ce genre de cigarettes dans notre pays?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, de nombreuses mesures de lutte contre les effets dévastateurs du tabagisme ont été prises ces dernières années dans notre pays. Il est vrai que l'interdiction de la vente des cigarettes en chocolat pourrait faire partie de l'ensemble des mesures législatives contribuant à la diminution de la consommation.

Ce débat sur l'interdiction de la vente des cigarettes en chocolat a déjà été abordé au Parlement en 2000. À cette époque, après la publication de l'article "Do candy cigarettes encourage young people to smoke?" de Klein et St Clair publié dans "The British Medical Journal" du 5 août 2000, la ministre de la Santé publique de l'époque, Mme Aelvoet, s'était efforcée de convaincre les industriels d'arrêter volontairement la production de ces cigarettes. À l'époque, elle avait rappelé à la Fédération professionnelle des fabricants ses responsabilités et son propre intérêt car des enfants qui fument ne peuvent pas dépenser de l'argent pour acheter de vrais bonbons. C'est donc via l'autorégulation que Mme Aelvoet avait tenté de régler le problème à l'époque.

Il apparaît aujourd'hui que cette méthode de travail a échoué étant donné que les cigarettes en chocolat sont toujours en vente dans notre pays. Cependant, les services d'inspection sont très attentifs à ce qu'aucun lien visuel ne soit fait entre les marques de produits du tabac et les cigarettes en chocolat ou leur conditionnement, ce qui serait considéré comme une publicité, ce qui est interdit.

Sur base des études montrant que les cigarettes en chocolat augmentent la probabilité chez l'enfant de devenir fumeur, certains pays, tels que l'Irlande, ont effectivement décidé d'interdire spécifiquement la vente de confiseries ressemblant à des produits du tabac.

Cette question pourrait être débattue dans la foulée des discussions sur l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics. Je pense que les problématiques sont liées.

Je ne pense pas qu'il existe de nouvelles études en Belgique. Je peux me renseigner ou, éventuellement, envisager d'en réaliser une. Lorsque nous débattons de l'interdiction, nous pourrions envisager des mesures de prévention.

08.03 Valérie De Bue (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et votre proposition.

L'Irlande a pris une mesure législative. Je crois que nous pourrions effectivement globaliser le débat et peut-être travailler sur une proposition de loi.

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

08.05 Valérie De Bue (MR): C'est un objectif.

08.06 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

08.07 Valérie De Bue (MR): Je pense que nous y arriverons. On peut inclure cette problématique dans le débat global.

08.08 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mag ik even onderbreken?

Ik begrijp zeer goed dat het feit gevoelig ligt. (...)

08.09 Valérie De Bue (MR): Je pense qu'un compromis est possible. Si vous faites un sondage, vous verrez que beaucoup de personnes croient que c'est déjà interdit partout.

En tout cas, émettre un signal rapidement, avec une période transitoire, pourrait, à mon avis, constituer un compromis acceptable.

08.10 Sarah Smeyers (N-VA): (...)

La **présidente:** Ce n'est pas ce qui est le plus terrible! En commission de la Santé, l'ensemble des intervenants de toutes les familles politiques sont d'accord pour interdire un maximum et partout. Donc, nous pourrions nous dire qu'il suffit d'élaborer un texte et de le voter. Hélas, des interférences venant d'intervenants de la société civile engendrent certains blocages, car ils croient être menacés en la matière. Il ne faut pas arrêter d'en parler et de dire que nous allons y parvenir.

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

09 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de médecins en Belgique" (n° 9781)

09 Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het artsentekort in België" (nr. 9781)

La **présidente:** Madame Schyns, j'en profite pour vous signaler que la commission de la Santé se rendra à l'administration de la Santé le 20 janvier prochain en matinée pour aborder le thème du cadastre des professions médicales. Les personnes qui souhaitent assister à cette visite sont priées de le faire savoir, de manière à ce qu'on puisse connaître le nombre de participants.

09.01 Marie-Martine Schyns (cdH): (...)

La **présidente:** C'est en fait toujours la même réponse!

09.02 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, ma question était particulièrement d'actualité au mois de décembre dernier, alors que l'ONE signalait qu'il devenait difficile de trouver des pédiatres dans certains centres. L'ONE, se voulant rassurant, disait bien que la qualité des soins continuait à être assurée mais reconnaissait une difficulté grandissante à trouver suffisamment de pédiatres pour les consultations des nourrissons, en partie du fait de la pénurie de praticiens dans cette spécialisation.

Ce problème n'est pas neuf. C'est la raison pour laquelle la Communauté française a gelé le numerus clausus. De son côté, le gouvernement fédéral pourrait revoir le nombre de numéros INAMI. Nous en avons déjà discuté à plusieurs reprises ici. De même, nous avons aussi abordé ce fameux cadastre des

professions médicales qui devait établir un état des lieux de la situation réelle.

Madame la ministre, votre cabinet a récemment communiqué que la publication du cadastre avait été reportée au mois de mars 2009. La présidente vient de m'informer d'une prochaine visite au mois de janvier à ce sujet. Pourquoi la publication a-t-elle été reportée? Sera-t-elle réellement effective en mars?

09.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Schyns, cette publication était prévue pour fin 2008-début 2009. Il ne s'agit donc pas d'un report!

09.04 Marie-Martine Schyns (cdH): Aucune date n'avait donc été précisée.

09.05 Laurette Onkelinx, ministre: Non, j'ai d'ailleurs moi-même proposé que la commission se rende à l'administration, d'une part, pour avoir le constat de l'État – cela fait en outre pression sur l'administration! – et, d'autre part, pour bien comprendre la complexité du travail et ce que l'on pourra retirer du cadastre.

09.06 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la ministre, en ce qui concerne les décisions prises par les Communautés, avez-vous eu des contacts avec vos homologues pour réfléchir aux applications qui seraient liées à cet état des lieux et à ce cadastre?

09.07 Laurette Onkelinx, ministre: Je rappelle que le cadastre répertorie notamment l'ensemble des médecins inscrits en Belgique. Il contient les coordonnées des praticiens (diplômes, adresse professionnelle, numéro INAMI). Cet outil est aujourd'hui opérationnel sous une forme informatique et peut être couplé avec d'autres banques de données comme celle de l'INAMI.

Pour que cet outil puisse servir de base à la réflexion sur la planification, j'ai demandé à mon administration de lancer plusieurs études analytiques. La première porte sur les médecins généralistes et sera prête en mars 2009. Les résultats de cette première étude seront transmis à la commission de planification qui me fera part de son avis sur la nécessité de relever les quotas. Je rappelle que ceux-ci viennent de toute façon d'être augmentés en juin dernier, passant progressivement de 757 à 1.230.

J'ai récemment demandé d'entamer une seconde étude centrée principalement sur les pédiatres. En effet, comme vous le dites, plusieurs établissements signalent un manque de pédiatres hospitaliers. Les problèmes de recrutement rencontrés récemment par l'ONE ne sont pas spécifiquement liés à une éventuelle pénurie de pédiatres: de plus en plus de consultations préventives pédiatriques sont assurées par des médecins généralistes formés plus spécifiquement dans ce domaine médical. La pénurie de médecins généralistes dans certaines régions, en particulier rurales, se répercute dès lors sur les domaines de médecine préventive dans ces zones à faible densité médicale.

Il va de soi que la réflexion sur la planification doit se faire en collaboration avec les Communautés; des réunions de concertation entre mon cabinet et celui de la ministre Simonet, par exemple, ont eu lieu très récemment.

09.08 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la ministre, je suis très contente de constater qu'une seconde étude a été demandée, entre autres sur les pédiatres, tout en sachant qu'il est vrai que, lors de nombreuses consultations ONE, des généralistes les prennent en charge, ce qui me paraît très positif.

En outre, les deux études couplées permettront d'observer les quotas à relever.

Nous attendons donc les études analytiques avec impatience. Nous vous remercions de prendre ce problème à bras-le-corps.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan d'action de la Commission européenne pour améliorer le don d'organes" (n° 9785)

10 Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het actieplan van de Europese Commissie ter bevordering van

orgaandonatie" (nr. 9785)

10.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, ma question porte sur une proposition de directive et un plan d'action en dix points étalé sur six ans qui ont été adoptés par la Commission européenne et qui visent à s'attaquer à la pénurie d'organes et à la sécurité des transplantations. Ils cherchent aussi à convaincre les citoyens de devenir des donneurs.

Depuis plusieurs années, on se rend compte que les résultats des transplantations sont convaincants, mais que l'écart se creuse entre les personnes en attente et les donneurs potentiels dans l'ensemble de l'Union européenne. L'an passé, 5.500 personnes en attente d'un organe sont décédées dans l'Union. Bien sûr, le taux de don d'organes varie fortement d'un pays à l'autre. Le projet de la Commission vise aussi à faciliter la recherche et l'échange d'organes.

Pour certains États membres qui sont bien organisés, cela ne changera pas grand-chose. La Belgique, notamment, est très bien classée et fonctionne correctement à ce niveau-là. Une loi de 1986 prévoit que tout patient, s'il ne s'y oppose pas de son vivant, est un donneur potentiel. Nous sommes également très bien classés pour le don multi-organes. Mais cela n'empêche pas que l'on puisse trouver dans les pistes d'actions proposées par l'Union européenne des aspects à améliorer.

En Belgique, il semble notamment que les milieux concernés aient bien accueilli les mesures visant à améliorer la traçabilité des organes, notamment par la gestion d'une base de données nationale. On pourrait peut-être s'inspirer en Belgique de certaines actions préconisées par la Commission européenne, telles que la mise en place d'un coordinateur des transplantations dans chaque hôpital. Il s'agirait d'une personne de référence qui serait en contact avec les familles et pourrait les convaincre de permettre un prélèvement d'organe.

Madame la ministre, pourriez-vous me dire quel est votre avis quant à cette proposition de directive européenne et quant au plan d'action? Pourriez-vous également m'informer quant à l'implication de la Belgique sur le plan européen, en ce qui concerne les réseaux d'échange d'organes? Comptez-vous prendre des mesures qui permettraient à la Belgique d'améliorer ses performances en la matière?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, le 8 décembre, la Commission européenne a adopté cette proposition de directive et le plan d'action visant à lutter contre la pénurie d'organes et à garantir au citoyen européen un niveau de qualité et de sécurité des transplantations. L'étude des dispositions préconisées est en cours, mais il apparaît d'ores et déjà que notre pays applique la plupart des dispositions prévues.

En tant que membre fondateur d'Eurotransplant, la Belgique a depuis longtemps mis en pratique les directives recommandées par la Commission en ce qui concerne la qualité et la sécurité. Notre pays contribue d'ailleurs chaque année aux échanges transfrontaliers entre les pays membres d'Eurotransplant et, à travers cet organisme, aux échanges avec d'autres organismes d'allocations d'organes en Europe.

Comme vous le savez, en 2007, la Belgique a augmenté de manière significative le nombre de donneurs et donc d'organes disponibles pour la transplantation, avec pour conséquence une légère baisse du nombre de patients en attente de transplantation de rein(s) et de foie.

Ce résultat est dû à plusieurs facteurs. Vous avez évoqué la loi de 1986. Elle participe très clairement à la dynamique du don d'organes dans notre pays, qui connaît un taux d'acceptation du prélèvement de l'ordre de 85%. Cette solidarité exprimée par nos concitoyens est renforcée par les campagnes d'information menées par de nombreuses associations et par la campagne "Beldonor" lancée en 2005, qui a notamment eu pour effet d'augmenter considérablement le nombre de concitoyens qui se sont rendus à leur maison communale pour acter leur accord au don d'organes après le décès.

L'autre action qui a été entreprise, dès le dernier trimestre 2006, pour lutter contre la pénurie de donneurs et qui répond à l'une des directives inscrites par la Commission européenne est le projet "Giff". Celui-ci concerne tout particulièrement le personnel médical des unités de soins intensifs de 88 hôpitaux aigus. Chaque hôpital a désigné un responsable qui exerce un rôle de coordinateur de donneurs et qui, outre son rôle moteur de la détection des donneurs dans son unité de soins intensifs, a comme responsabilité de veiller à l'encodage de données dans le logiciel "Donor Action".

Cette base de données permet de mettre en évidence les freins rencontrés dans les hôpitaux et d'avoir un état des lieux de la potentialité de donneurs d'organes dans les hôpitaux participants. L'analyse des données sera disponible dès le début de cette année. Elle permettra de mieux définir les besoins et de proposer les mesures qui permettront d'accroître le nombre de donneurs disponibles pour la transplantation.

Dès à présent, pour répondre aux demandes déjà formulées par les hôpitaux, un programme de formation a été élaboré pour 2009. Cette formation comprendra un volet médical et un programme de communication plus spécifiquement destiné à l'approche des familles.

Comme vous pouvez le constater, la Belgique a déjà développé, en matière de lutte contre la pénurie d'organes, un grand nombre d'actions qui s'inscrivent dans le cadre des directives de la Commission européenne. La dynamique du don d'organes dans notre pays doit continuer à être soutenue et amplifiée sans mettre en péril les nombreux acquis sur le terrain.

10.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Je suis contente d'entendre que la proposition de coordinateur des transplantations existait déjà dans certains de nos hôpitaux.

Il est important que les formations médicales et en communication dont vous avez parlé soient lancées. Cette initiative est essentielle puisqu'elle rejoint ce qui est proposé.

Je suis dès lors rassurée sur l'impact que cette directive aura chez nous puisque beaucoup de choses sont déjà mises en route.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 9830 et 9831 de M. Van Biesen sont reportées.

11 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ereloon-supplementen voor verstrekkingen inzake klinische biologie aan gehospitaliseerde patiënten" (nr. 9832)

11 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments d'honoraires facturés aux patients hospitalisés pour des prestations de biologie clinique" (n° 9832)

11.01 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de ereloon-supplementen inzake klinische biologie voor patiënten die in het ziekenhuis verblijven. Ik heb begrepen dat daarover wel wat discussie bestaat inzake interpretatie en ik hoop dat u wat uitsluitel en duidelijkheid zult kunnen geven over het al dan niet toepassen van die ereloon-supplementen.

Blijkbaar is er discussie ontstaan sinds 1 januari 2007 omdat er inmiddels een nieuwe reglementering is tussengekomen, die gevolgen heeft voor een bestaande interpretatie zoals die van artikel 57 van de ZIV-wet waarin uitdrukkelijk was opgenomen dat geen ereloon-supplementen mogen worden aangerekend op prestaties van klinische biologie die forfaitair worden vergoed. Volgens die bepaling mochten op die forfaitair vergoede verstrekkingen geen ereloon-supplementen worden aangerekend. Dat werd ook op die manier toegepast, tot er effectief – blijkbaar einde 2006 – discussie ontstond naar aanleiding van een nieuw artikel dat werd ingeschreven als nu artikel 152 en toen artikel 138. Daarbij werd bepaald dat er geen supplementen mochten worden toegepast voor forfaitaire honoraria per opname of per verpleegdag, voor verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming. Daar ontstond dan de discussie dat voor twee- of meerpersoonskamers de supplementen effectief niet kunnen worden aangerekend, maar wel op eenpersoonskamers.

De vraag is of dat effectief de bedoeling was of is geweest dat men voor die eenpersoonskamers ook voor de forfaitaire prestaties van de klinische biologie dan toch wel een ereloon-supplement zou kunnen aanrekenen of niet. Dat is eigenlijk de discussie waar het over gaat, vandaar mijn vraag, mevrouw de minister.

Bent u op de hoogte van die problematiek? Volgt u de stelling dat uit artikel 57 van de ZIV-wet en uit artikel 152, §7, van de ziekenhuiswet blijkt of zo'n ereloon-supplement wel of niet mag worden aangerekend op die prestaties klinische biologie voor gehospitaliseerde patiënten, ook indien die zijn opgenomen in een

eenpersoonskamer? De vraag is eigenlijk of dit nu wel of niet kan of op welke manier dit moet worden geïnterpreteerd en/of u dit aanrekenen van supplementen op andere forfaits zoals het toezichtshonorarium en het coördinatiehonorarium al dan niet goorloofd of wettig vindt.

11.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik kan u bevestigen dat de aangehaalde problematiek onder mijn aandacht werd gebracht, onder meer door het meedelen van een kopie van een brief afkomstig van de representatieve professionele artsenorganisatie ABSyM die deze brief in januari 2008 naar het nationaal intermutualistisch college stuurde, evenals door een andere brief die mij rechtstreeks werd doorgestuurd door de Confederatie van de Belgische Ziekenhuizen.

De discussie gaat over het aanrekenen van de ereloon-supplementen voor de prestaties klinische biologie aan gehospitaliseerde patiënten, meer bepaald over het deel van de prestaties dat niet wordt gedekt door het forfait, maar door erelonen. Artikel 57, §6, van de wet van juli 1994 bepaalt dat "voor de verstrekkingen die door de in §1 bedoelde forfait voor klinische biologie worden vergoed mogen geen bedragen ten laste van de rechthebbenden worden gelegd". Aangezien er duidelijk sprake is van verstrekkingen die worden vergoed door het forfait en niet voor een deel worden vergoed door het forfait kon men veronderstellen dat wanneer het verstrekkingen betref die gedeeltelijk werden vergoed door een forfait, er geen enkel supplement mocht worden aangerekend voor het deel dat wordt vergoed door de erelonen. Omdat dit principe werd betwist, werd in 2006 een initiatief genomen om de aanrekening van supplementen te verduidelijken in de ziekenhuiswet gecoördineerd in augustus 1987. Door de wet houdende diverse bepalingen betreffende de gezondheid, van december 2006, werd een paragraaf 7 toegevoegd aan artikel 138, die precies handelt over het respecteren van de tariefverbintenissen aangegaan in het kader van de overeenkomsten zoals bedoeld in artikel 50 van de gezondheidswet.

Die paragraaf luidt als volgt: "De artsen bedoeld in §1, 2 en 4, mogen geen supplementen toepassen voor de forfaitaire honoraria per opname en/of per te betalen verpleegdag betreffende de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming". De tekst maakt echter geen vermelding van verstrekkingen vergoed door de forfaitaire erelonen en was dus niet voldoende duidelijk waardoor er nog steeds een juridische vaagheid bestaat.

Ik zal in overleg met de artsensyndicaten een nieuw initiatief nemen. Inzake het principe van het aanrekenen van supplementen of andere forfaitaire verstrekkingen zoals u dat naar voren brengt, volstaat het gewoon te verwijzen naar de bepalingen die van toepassing zijn in het kader van de overeenkomsten en erover te waken dat de erin opgenomen principes wel degelijk worden gerespecteerd.

11.03 **Sonja Becq** (CD&V): Mevrouw de minister, als ik u goed begrijp, onderschrijft u de analyse dat er een probleem is. Ik heb evenwel niet echt een duidelijk antwoord op de vraag in welke richting u de juiste interpretatie ziet. U zegt dat u er nog eens over zult praten met de partners. Versta ik dat goed of heb ik u slecht begrepen?

11.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Vous avez bien analysé ma réponse: on peut considérer qu'il existe une incertitude juridique, malgré la volonté de clarification du législateur mais je ne vais pas vous donner mon interprétation sans concertation préalable.

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

La **présidente**: À la demande de Mme Josée Lejeune, sa question n° 9841 est reportée.

12 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Hilde Vautmans** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van borstreconstructies" (nr. 9849)
- mevrouw **Sarah Smeyers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 9886)

12 **Questions jointes de**

- Mme **Hilde Vautmans** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des reconstructions mammaires" (n° 9849)
- Mme **Sarah Smeyers** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des reconstructions mammaires à l'aide des propres tissus de la patiente" (n° 9886)

12.01 Hilde Vautmans (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben hier opnieuw. Ik snijd het onderwerp al een aantal jaar aan in deze commissie.

U weet dat ik heel vaak voor een betere terugbetaling van de borstreconstructies heb gepleit. Ik was dan ook heel blij toen u mij op 9 juli 2008 hier in de commissie meedeelde dat het desbetreffende koninklijk besluit er zou komen, dat de onduidelijkheid aldus zou worden weggewerkt en dat er voor de om en bij 2.000 vrouwen in Vlaanderen eindelijk goed nieuws was, namelijk dat de terugbetaling van de borstreconstructies met de vrije flap een feit zou zijn.

Mevrouw de minister, ondertussen heb ik al meermaals contact gehad met uw kabinet. Ik kreeg immers heel veel mails van mensen die van de dokter te horen kregen dat de borstreconstructie niet werd terugbetaald en waarbij het RIZIV niet goed wist wat het moest doen. Er bestond dus van in den beginne heel veel onduidelijkheid over voornoemde, nieuwe terugbetalingsregeling, die al vanaf 1 december 2008 in voege is getreden.

Ondertussen hebben wij vorige week of deze week – de tijd gaat zo snel dat ik het al niet meer weet – ook het rapport van de Vlaamse Liga tegen Kanker gekregen, waarin stond dat een en ander onduidelijk en nog altijd veel te duur is.

Indien ik de bedragen lees, dan zie ik dat ze tussen 800 euro en 3.000 à 4.000 euro variëren. Dat zijn behoorlijke bedragen.

Ik stel mijn vraag heel open.

Ten eerste, hebt u weet van de onduidelijkheid rond de terugbetaling van de borstreconstructies? Ik meen van wel. Ik heb de diverse klachten immers aan uw kabinet bezorgd.

Ten tweede, zal u acties ondernemen, zodat elke vrouw goed weet welke financiële lasten zij voor een borstreconstructie zal moeten dragen en zij niet voor onverwachte kosten komt te staan?

Ten derde, de Vlaamse Liga tegen Kanker is van oordeel dat de nieuwe regeling helemaal niet voldoet. Klopt dat? Zal u eventuele maatregelen treffen om een bijkomende terugbetaling mogelijk te maken?

Welke andere maatregelen stelt u in het vooruitzicht?

Er is heel veel onduidelijkheid. Wij moeten samen naar een uitweg zoeken, om de getroffen vrouwen, ten eerste, beter te informeren en, waar mogelijk, beter terug te betalen.

12.02 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mevrouw Vautmans heeft het grootste deel van de feiten al meegegeven. Ik zal dus even kort het andere deel van mijn vraag samenvatten.

In 2006 kregen in Vlaanderen om en bij 2.000 vrouwen een borstreconstructie na borstkanker. Dat kan met implantaten gebeuren. Steeds vaker echter worden in Vlaanderen huid, vet en spierweefsel gebruikt. Ongeveer 800 à 900 vrouwen hebben op voornoemde manier een reconstructie laten uitvoeren.

Zo'n reconstructie met eigen weefsel heeft het voordeel dat er minder risico voor verwickelingen is. Er wordt ook een beter esthetisch resultaat behaald en de mogelijkheid bestaat om de reconstructie in een bestraald gebied uit te voeren. Dat kan niet bij implantaten.

Voor de reconstructie met eigen weefsel bestaan verschillende technieken, de ene al complexer en arbeidsintensiever dan de andere. Het herstellen van een borst duurt al snel 4 tot 6 uur, vandaar de hoge facturen. Die kunnen oplopen tot 3.333 euro, zo wist de Vlaamse Liga tegen Kanker te zeggen. Daar komen nog kosten bij voor de afwerking, zoals het reconstrueren en tatoeëren van de tepel. Dat alles gebeurt volledig voor rekening van de patiënt.

De recent goedgekeurde terugbetalingsregeling voor borstreconstructies met eigen weefsel biedt tot heden geen soelaas. De honorariumsupplementen worden immers niet terugbetaald. Daarover gaat het precies.

Privéziekteverzekeringen zijn vaak terughoudend en eigen sociale voorzieningen van ziekenhuizen bieden geen zekerheid. De toepassing ervan hangt af van de manier waarop de arts de financiële situatie van de patiënt inschat, vandaar mijn vraag, mevrouw de minister.

Acht u het wenselijk in die context en gelet op het verslag van de Vlaamse Liga tegen Kanker de huidige terugbetalingregeling uit te breiden, zodat vrouwen die een borstreconstructie met eigen weefsel verkiezen, niet meer met dergelijke hoge facturen worden geconfronteerd? En – dezelfde vraag als die van mevrouw Vautmans – plant u eventueel andere bijkomende maatregelen?

12.03 Minister **Laurette Onkelinx**: De nieuwe terugbetaling door de verplichte verzekering voor de borstreconstructie met eigen weefsel betekent een ernstige inspanning inzake de verbetering van de techniek van dergelijke ingrepen. Ik kan de bewering niet aanvaarden dat die de toegang tot dat type heelkunde niet verbetert voor de patiënten. Het is een significante stap vooruit.

De terugbetalingstarieven, die van kracht zijn sinds 1 december 2008, werden besproken en goedgekeurd in de nationale overeenkomstencommissie Artsen-Ziekenfondsen met vertegenwoordigers van de plastische chirurgen. Het ging om personen van het terrein. Ik veronderstel dus dat hun voorstel beantwoordde aan de behoeften van de patiënten en dat rekening werd gehouden met de gewoonlijk toegepaste honoraria.

Indien er belangrijke supplementen ten laste van de patiënt blijven, betekent het dat ze zich wenden tot niet-geconventioneerde artsen of dat ze in een private kamer willen verblijven, waar zelfs voor geconventioneerde artsen supplementen toegelaten blijven.

Je me permets d'insister sur ce point. Quand vous recevez des témoignages, il vous faut poser les questions suivantes: le médecin était-il conventionné? Avez-vous été en chambre particulière? Dans ce cas, il s'agit d'une autre problématique que ce remboursement. Pour le reste, vous le savez, lors de chaque admission dans un hôpital, le patient a le droit d'obtenir des informations sur les tarifs appliqués. J'insiste à ce sujet, pour lequel nous avons fait beaucoup d'efforts. Lors de la dernière convention médico-mutuelliste, nous avons renforcé une série de dispositions visant à renforcer l'information du patient. Celui-ci doit connaître le caractère conventionné ou non du médecin. Nous avons travaillé sur le rôle du médiateur hospitalier. Nous devons utiliser ces instruments, sous peine d'être grugés. Les mutualités doivent également jouer leur rôle d'information.

Si vous me dites que les médecins étaient conventionnés et que les patients n'étaient pas dans des chambres particulières, je suis prête à revoir le sujet, en possession des dossiers. Vous savez combien je tiens à ces remboursements de reconstruction. Cependant vous devez d'abord analyser la problématique de départ.

12.04 **Hilde Vautmans** (Open Vld): Ik dank de minister en weet dat ze veel belang hecht aan de problematiek. Ik durf er dan ook op terugkomen. Overigens heb ik het kabinet al van het een en ander op de hoogte gebracht.

Ik zal nogmaals een inventaris maken van de mensen die mij hebben aangesproken. Die hadden mij gemaild voor hun operatie dat hun arts had gezegd dat de ingreep niet wordt terugbetaald en dat de kosten hoog zullen blijven. Ik heb die patiënten altijd doorverwezen naar de geneeskundige commissie, naar de ziekenfondsen, naar de organen die daarvoor moeten instaan, precies omdat ik geen arts ben en mij niet kan uitspreken over de specificiteit van de kosten van zo'n operatie.

Men heeft mij er afgelopen week zeer veel over aangesproken, omdat men ook weet dat ik ter zake heel wat heb gepleit. Ik denk dat u toch een antwoord moet bieden aan de Vlaamse Liga tegen Kanker. We moeten kijken wat die heeft verzameld en dat analyseren. Indien blijkt dat de beslissing van de regering op het terrein niet het nodige effect heeft gehad, moeten we kijken of we het KB juist laten toepassen. Ik wil u vragen om contact te nemen met de liga.

12.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Vous devriez demander au patient en question de s'adresser également au médiateur hospitalier, puisque la fonction existe dans chaque hôpital. Cela nous permettrait, en prenant contact avec les différents médiateurs, de connaître la réalité de la situation, car si un réel problème existe, je veux vraiment y trouver une solution.

12.06 **Hilde Vautmans** (Open Vld): Ik zal alleszins mijn huiswerk doen en ik zal terugkoppelen, ofwel via

een mondelinge vraag, ofwel via een schrijven aan u. Ik vraag u ook om ons in te lichten, als u verdere stappen neemt.

12.07 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik denk inderdaad dat het rapport van de Vlaamse Liga tegen Kanker zich niet baseert op uit de lucht gegrepen getuigenissen. Er is toch wel iets van aan. Er moet misschien een veel degelijkere informatiestrekking zijn vanuit de ziekenhuizen en vanuit de ziekenfondsen, zowel vooraf als achteraf, zodat de mensen niet voor voldongen feiten staan. De ziekte heeft sowieso een grote impact op het leven van de vrouw, zonder dat er nog een financiële dobber bij komt. Dat kan toch worden vermeden door een degelijke informatieverstrekking.

La **présidente:** L'information sur le conventionnement ou non des médecins est de toute façon lacunaire!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van 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. 9870)

13 Question de M. Roel Deseyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lien entre le rayonnement des gsm et le risque de tumeurs du cerveau" (n° 9870)

13.01 Roel Deseyn (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u hebt reeds heel wat plannen gelanceerd rond kankerpreventie en medische follow-up. Het is in het Belgische politieke kader steeds een beetje delicaat om een federale discussie over preventie aan te gaan.

Het is echter toch belangrijk om te weten als parlements lid, en bij uitbreiding voor de bevolking, hoe de nieuwe federale regeringsploeg staat ten opzichte van enkele thesissen die gesteld zijn door onder meer de Stichting tegen Kanker of de Wereldgezondheidsorganisatie betreffende de correlatie tussen gebruik van gsm en de sterk verhoogde risico's op hersentumoren.

Er zijn verschillende scholen en studies ter zake. In het kader van uw gezondheidsbeleid, in het kader van uw verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid had ik heel graag algemeen geweten of de regering reeds opties heeft gekozen.

Zal zij uitgaan voor het gezondheidsbeleid van bepaalde studies waarvan zij denkt dat ze voldoende geloofwaardig zijn om het beleid op te bouwen?

Wat zal in deze problematiek specifiek voor u de te volgen weg zijn, rekening houdend met uw verantwoordelijkheid voor het voorzorgsprincipe?

13.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, zoals reeds verschillende malen gezegd, volg ik zeer aandachtig de nieuwe wetenschappelijke gegevens omtrent de gezondheidsrisico's van het gebruik van gsm of elektromagnetische golven in het algemeen.

Voor de gezondheidsrisico's door gsm-straling werden in functie van de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad aanbevelingen in dit verband gedaan in onze informatiebrochure. Deze brochure Elektromagnetische Velden en Gezondheid, Uw Wegwijzer in het Elektromagnetische Landschap heeft tot doel het grote publiek beter te informeren over de problematiek rond elektromagnetische golven. Een herdruk van de brochure wordt gepland. Daarbij zal rekening gehouden worden met de nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen.

De adviezen die tot op heden door de Hoge Gezondheidsraad werden opgesteld zijn bezorgd aan de ministers van Volksgezondheid van de Gemeenschappen. Het behandelen van persoonsgebonden materies, zoals de sensibilisatie van jongeren en andere potentieel gevoelige groepen behoort tot hun taken.

De Hoge Gezondheidsraad zal evalueren of zijn adviezen moeten worden bijgesteld eens de volledige resultaten van de studie van IARC beschikbaar zullen zijn.

De Hoge Gezondheidsraad volgt trouwens steeds de nieuwste wetenschappelijke ontwikkelingen en informatie op en stelt indien nodig zijn adviezen bij.

Pour ce qui concerne la prévention, nous avons réalisé une brochure et nous nous sommes adressés aux Communautés pour que leurs campagnes de prévention générale puissent en tenir compte. En outre, nous travaillons au problème des ondes électromagnétiques d'après les indications du Conseil supérieur de la Santé. Il y aura donc bientôt de nouvelles dispositions. Nous sommes en discussion avec les opérateurs de téléphonie, avec les Régions...

13.03 **Roel Deseyn** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord. Dat was natuurlijk ook de achterliggende bedoeling van de vraag. De keuzes die u maakt op het vlak van de Volksgezondheid zullen immers heel wat gevolgen hebben, onder meer voor de infrastructuur in dit land, voor de antennesites, voor de toestellen op de markt, voor de marktaandeelen van de operatoren en de investeringen.

Omdat ik de telecomsector van zeer nabij opvolg, hield ik er ook aan uw opties ter zake te kennen. Op federaal vlak moeten wij immers een zekere coherentie in het beleid hanteren.

Wat u poneert inzake normen enzovoort, zal enorme gevolgen hebben op de telecomwet en op allerlei KB's die wetenschappelijk zijn georiënteerd vanuit de hoek van de ingenieurs.

U bent bevoegd voor het aspect Volksgezondheid. Ik hoop dan ook dat wij in deze materie met de mensen van de commissie voor de Infrastructuur, die steeds meer bevoegdheden krijgt inzake de telecomsector, nauw kunnen samenwerken. Dat zal een interessante dialoog zijn tussen enerzijds het perspectief inzake Volksgezondheid en anderzijds het perspectief inzake technologie. Dat was de strekking van mijn pleidooi vandaag.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 **Vraag van de heer Roel Deseyn aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van een stralingchip in apotheken en de elektronische voorschriften" (nr. 9873)**

14 **Question de M. Roel Deseyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente d'une puce anti-rayonnements dans les pharmacies et les prescriptions électroniques" (n° 9873)**

14.01 **Roel Deseyn** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, door de val van de regering-Leterme kon ik deze vraag niet stellen in de plenaire vergadering, maar het is goed dat ze vandaag wordt behandeld in de commissie, want het gaat meer over de algemene orde en procedures voor artikelen in de apotheken dan louter over het fenomeen stralingschips of dat ene product.

Mevrouw de minister, iedere apotheek is natuurlijk gebonden door de code van de farmaceutische plichtenleer van de Orde van de Apothekers, die stelt dat de apotheek in de eerste plaats een inrichting voor de volksgezondheid is. Het gaat essentieel over het vertrouwen van de patiënt, dat niet mag worden geschaad. Het is belangrijk om te weten dat, volgens diezelfde code, enkel producten kunnen worden afgeleverd waarvan de apotheker zich van de kwaliteit heeft kunnen vergewissen. Het is voor de apotheker natuurlijk niet evident om dat te doen. Jaarlijks circuleren er zowat 140 miljoen voorschriften tussen artsen en apothekers.

Het is ook belangrijk dat veel artsen zich uitspreken voor het elektronische voorschrift. Dat zou ook een zeker comfort voor de apotheker met zich meebrengen, omdat hij dan vlotter met het voorschrift overweg kan. Er zijn namelijk vaak problemen met het handschrift. Er zijn ook menselijke fouten mogelijk. Ik meen dat het elektronisch voorschrijven ook tot de veiligheid van de patiënten kan bijdragen en de kwaliteit van de gezondheidszorg zal verhogen.

Mijn vraag is tweeledig.

Ten eerste, wat de producten in de apotheek betreft, aan welke kwaliteitstoetsen worden de producten die niet onder de categorie geneesmiddelen vallen – want daarvoor bestaan er afzonderlijke procedures – onderworpen en waar worden ze gekwalificeerd of gevalideerd opdat de verkoop in een apotheek mogelijk zou zijn, conform de code van de farmaceutische plichtenleer? Ik meen dat dit zeer belangrijk is voor het vertrouwen van de patiënt. Wat is uw mening daaromtrent? Zal, volgens u, een apotheek kunnen evolueren

tot een algemenere en bredere apotheek, zoals een Amerikaanse apotheek, bijna een kleine supermarkt, met een kleine balie voor iets gevoeliger producten?

Ten tweede, wat zijn de resultaten van het e-med-proefproject in de vijf grote ziekenhuizen? Wanneer zal het elektronische geneesmiddelenvoorschrift worden ingevoerd en gegeneraliseerd? Hoe zal het overleg tussen de betrokkenen verder vorm krijgen?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, volgens het Geneesmiddelenagentschap, dat ik uiteraard meteen heb bevestigd nadat het probleem mij ter ore kwam, behoren de E-Wave Phone Chips tot de categorie van de consumentengoederen. Die goederen moeten uiteraard conform zijn aan de algemene reglementering inzake de kwaliteit en de veiligheid van de producten. Er is echter ook een specifiek element. In tegenstelling tot de geneesmiddelen die door de bevoegde autoriteiten moeten worden goedgekeurd voordat ze op de markt beschikbaar kunnen zijn en in tegenstelling tot medische producten waarvoor een aangeduide instantie de conformiteit nagaat alvorens de verkoop toe te laten, gebeuren de controles bij de consumentengoederen door de fabrikant.

Bovendien behoort de controle op de consumentengoederen niet tot mijn bevoegdheden, maar wel tot die van de minister van Economie.

Ten tweede, uiteraard is het betreuenswaardig dat deze phone chips gedurende verschillende dagen te koop werden aangeboden binnen de geruststellende context van een apotheek en dit terwijl er vanuit wetenschappelijke hoek heel wat kritiek kwam op de doeltreffendheid van het product.

Gelukkig werden deze producten ook weer snel uit de verkoop gehaald nadat de kritiek werd geuit.

Het vertrouwen van de patiënt in zijn apotheker is gewaarborgd door toezichtmaatregelen die worden onderzocht door de beroepsverenigingen en de bevoegde diensten van producten die in de apotheek worden verkocht en door de voorzichtigheid die apothekers als gezondheidszorgbeoefenaars aan de dag dienen te leggen met betrekking tot de producten die hen worden aangeboden.

Naast geneesmiddelen kunnen apotheken ook medische producten, voedingssupplementen, individuele beschermingsmiddelen of consumentenproducten te koop aanbieden. Ik vind het niet abnormaal dat in apotheken bepaalde producten worden aangeboden die een rechtstreekse band hebben met de gezondheid zonder dat het medische producten of geneesmiddelen zijn.

Wat uw tweede vraag betreft, wat u het e-med-proefproject in de vijf grote ziekenhuizen noemt, gaat eigenlijk over het proefproject van de trust time stamping met het elektronisch-medisch voorschrift als onderwerp. De resultaten hiervan zijn positief en bevestigen de verwachte doelstellingen. De outcome hiervan was een sleutelement voor het uiteindelijk opstellen van het koninklijk besluit inzake de elektronische handtekening in de ziekenhuisomgeving.

De eerstelijnszorgverstrekkers zijn zich terdege bewust van de noodzaak tot het invoeren van het elektronisch medisch voorschrijven in de ambulante sector. Dit zal leiden tot een belangrijke kwaliteitsverbetering van de voorschriften en een beheersing van de potentiële fouten bij het voorschrijven, en dit alles ten voordele van de patiënt. Het is op dit moment voorbarig om een timing vast te leggen voor het algemeen invoeren van het elektronisch medisch voorschrift in de ambulante sector. De resultaten van de geplande proefprojecten moeten hiervoor eerst worden geëvalueerd.

14.03 **Roel Deseyn** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom enkel terug op het eerste luikje van het antwoord met betrekking tot de chips.

Het gaat mij niet zozeer over het product op zich maar er is toch een probleem, mevrouw de minister. U zegt dat het behoort tot de categorie consumentengoederen en dan gelden inderdaad de algemene analyses van kwaliteit en veiligheid. Aan de andere kant zegt u dat de individuele beschermingsmiddelen een van de categorieën van producten zijn voor een apotheek.

Het is volgens mij heel duidelijk dat die chip werd gepromoot als een beschermingsmiddel. Het zou dan ook zeer logisch zijn dat, volgens de code die de apothekers zichzelf hebben opgelegd, zij daarvoor adequate informatie krijgen en dat zij zich, zoals het in de code staat, kunnen vergewissen van de kwaliteit van dergelijke producten. Er is geen omstandige wetenschappelijke onderbouw gebeurd. Toch werd het

exclusief in de Belgische apotheken verspreid. De apotheker heeft zich niet kunnen vergewissen van die kwaliteit.

Mijn vraag is dan ook of er een wettelijke basis is om die chip te koop aan te bieden. Ja, als men de weg van de consumentengoederen neemt, maar dan rijst er een probleem voor de overheid want de controles zijn niet adequaat genoeg en dan moet men besluiten dat het niet zomaar een consumentengoed betreft. Zo'n beschermingschip is duidelijk een product dat behoort tot de categorie van de individuele beschermingsmiddelen en daar zijn andere procedures van toepassing. Een wetenschappelijke onderbouw en begeleiding voor de aanbidding van het product moeten in zo'n geval aan de apotheker worden voorgelegd.

Ik hoop dat wij in de toekomst kritisch zullen kunnen zijn voor nieuwe producten in apotheken. Als men het zomaar gaat verkopen als consumentengoed ontsnapt het aan heel wat controles en kan men in de pseudomedische sfeer belanden. Dit zou heel jammer zijn, zoals u terecht stelt want dit is geen vertrouwensomgeving meer voor een patiënt.

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

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je pense que la question n° 9863 de M. Weyts est transformée en question écrite.

La **présidente**: Vous avez raison, madame la ministre.

15 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van prostaatkanker" (nr. 9885)

15 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement du cancer de la prostate" (n° 9885)

15.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, prostaatkanker is een van de meest voorkomende kankers bij mannen. In Vlaanderen gebeuren per jaar naar schatting 2.000 prostatectomieën, het chirurgisch weghalen van de prostaat. Daarvoor wordt steeds vaker een speciale robot gebruikt. De veronderstelde voordelen zijn minimale ongemakken, minder bloedverlies, een kortere hospitalisatietijd en minder kans op nevenwerkingen, zoals incontinentie en impotentie. Daarover bestaat onder urologen echter nog allesbehalve eensgezindheid.

Op zeven jaar tijd hebben 11 Vlaamse ziekenhuizen een dergelijke dure robot aangeschaft. Ter vergelijking, in Duitsland staan er 13 van dergelijke apparaten. De robot kost het ziekenhuis de eerste vijf jaar 520.000 euro per jaar, inclusief onderhoud, maar exclusief wegwerpmateriaal. Onderdelen zoals de naaldvoerder, de schaar, het pincet en de afdekdoeken moeten uiteraard bij elke operatie worden vernieuwd. Dat kost 1.500 tot 2.000 euro per operatie, voor een groot deel te betalen door de patiënt zelf. Hierbij rijst hetzelfde probleem als in mijn vorige vraag. De verstrekte informatie over de kostprijs, de operatie zelf en de bijwerkingen verschilt sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Vandaar mijn drie vragen aan de minister.

Bestaat er op dit moment een wettelijke bepaling die de aankoop van nieuwe robots en andere nieuwe, dure medische apparatuur regelt? Zo nee, acht u het wenselijk om daarin te voorzien? De Vlaamse Liga tegen Kanker vindt dat kankerbehandelingen die nog in een studiefase zitten, zoals hier het geval is, zouden moeten worden onderworpen aan de voorwaarden voor klinische studies. De Vlaamse Liga tegen Kanker zegt dat zulke behandelingen, net omdat ze nog in een experimentele fase zitten, de patiënt niets zouden mogen kosten en dat de patiënt vooraf zou moeten worden geïnformeerd over het experimentele karakter van de behandeling.

Sluit u zich aan bij het standpunt van de Liga? Stelt u maatregelen voor om hieraan tegemoet te komen?

Wanneer de experimentele fase van een nieuwe behandeling achter de rug is en de behandeling succesvol blijkt te zijn, binnen welke termijn kan dan in een terugbetalingsregeling worden voorzien? Acht u het wenselijk om voor dergelijke nieuwe technieken, zowel in de kankerbehandeling als in andere medische domeinen, sneller over te gaan tot een dergelijke terugbetalingsregeling zodat de patiënt niet meer zelf voor

alle kosten moet opdraaien?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, momenteel bestaat er geen wettelijke reglementering voor de robotten die kunnen worden ingezet voor de behandeling van prostaatkanker. Het KCE heeft in 2008 een rapport "nieuwe technieken voor de behandeling van de prostaat" gepubliceerd. Het betreft een gelijkaardige problematiek, met name het aanwenden van nieuwe behandelingen van prostaataandoeningen: de HIFU of Height Intensive Focused Ultrasound behandeling en de PVP of Photoselective Vaporisation of the Prostate. De kosten worden gedeeltelijk door de patiënt gedragen.

Het standpunt van het KCE is dat er nog niet genoeg wetenschappelijk bewijs is over de veiligheid en doeltreffendheid van deze behandeltechnieken en zij raden dan ook aan om de patiënt vooraf goed te informeren over de risico's van die behandelingen. Zij beveelt aan om TURP of Transurethrale Resectie van de Prostaat als de standaardbehandeling te behouden en de beslissing over de terugbetaling van deze behandelings technieken uit te stellen tot er betere wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn.

Ik meen dat men dezelfde houding kan aannemen voor de robot bij de behandeling van prostaatkanker. Het betreft nog steeds een experimentele therapie. Meer wetenschappelijk onderbouwde gegevens zijn nodig alvorens over te gaan tot de terugbetaling van deze specifieke behandeling. Ik stel voor om een advies te vragen aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Nadat deze behandeltechniek wetenschappelijk bewezen heeft veilig en doeltreffend te zijn, acht ik het wel noodzakelijk dat ook hier de opgelegde procedures voor terugbetaling zouden worden gevolgd.

15.03 **Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de minister, mag ik uit uw antwoord opmaken dat u van plan bent een maatregel te nemen om dergelijke robottechnieken, zoals hier, te bestempelen als een experiment, zodat de kosten niet ten laste van de patiënt zullen vallen?

15.04 Minister **Laurette Onkelinx**: (...)

15.05 **Sarah Smeyers** (N-VA): U sluit zich dus aan bij dat standpunt?

15.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: Pour le moment, c'en est au stade expérimental. Comme d'habitude, après évaluation de ces expérimentations et s'il s'avère que la sécurité juridique des soins et l'efficacité sont acquises, nous travaillerons sur un remboursement plus important.

15.07 **Sarah Smeyers** (N-VA): Het derde deel van mijn vraag luidt als volgt. Als het succesvol zou blijken, kan er dan sneller voor een terugbetalingsregeling worden gezorgd? U zou een advies vragen aan de Nationale Raad voor Ziekenhuizen. Bent u van plan om dat te doen?

15.08 Minister **Laurette Onkelinx**: (...)

15.09 **Sarah Smeyers** (N-VA): Goed, dan kan ik u daarover binnen enkele maanden een volgende vraag stellen.

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

La **présidente**: Mme De Block a demandé le report de sa question n° 9892. M. Bultinck étant absent, sa question n° 9929 est reportée. Mme Genot a demandé le report de sa question n° 9964.

16 **Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les événements indésirables en milieu hospitalier" (n° 9853)**

16 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "adverse events naar aanleiding van een ziekenhuisverblijf" (nr. 9853)**

16.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question porte donc sur les événements indésirables à l'hôpital. Des études internationales montrent que l'on peut évaluer entre 3 et 17% la proportion de patients hospitalisés qui subissent des complications dues à ces événements indésirables. Certains sont connus. Je pense notamment aux escarres, aux infections de plaies, aux états septiques postopératoires, aux embolies pulmonaires, etc.

Le KCE qui a consacré une étude sur le sujet, estime que 75% de ces événements indésirables pourraient être évitables si les mesures nécessaires étaient prises. C'est d'autant plus intéressant que, comme il s'agit souvent de séjours prolongés, il est fréquemment question de complications graves, d'invalidité et même parfois de mortalité.

Pour pouvoir diminuer l'importance de ces événements, il faudrait pouvoir repérer lesquels ont lieu, comment et dans quelles conditions et donc disposer d'un enregistrement systématique de tous les cas et de tous les patients qui séjournent à l'hôpital ou encore pouvoir réexaminer les dossiers médicaux des personnes qui ont malheureusement connu ce genre d'événement.

D'après le KCE, les données récoltées dans les hôpitaux grâce aux dossiers des patients seraient trop incomplètes que pour pouvoir être utilisées de manière intéressante et significative et ainsi permettre de prendre les mesures nécessaires pour éviter ce genre de problème. Il recommande donc un enregistrement plus précis et plus complet ainsi que de lancer des recherches sur la prévalence de ces événements en Belgique.

Madame la ministre, des suites ont-elles été données à ces recommandations du Centre d'expertise? Si oui, lesquelles? Des recommandations ont-elles déjà été faites aux hôpitaux quant aux mesures à prendre?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: En 2007, le SPF Santé a mis en place un groupe de travail "Sécurité des patients" qui coordonne depuis les initiatives en ce sens dans les hôpitaux. Ce groupe a rédigé une note politique qui a été diffusée dans le secteur.

À partir de 2007, un financement de 6.800.000 euros a été prévu dans les budgets des hôpitaux pour la coordination de la qualité et de la sécurité des patients. La majorité des hôpitaux participent à cette initiative.

Un plan pluriannuel de 2008 à 2012 a été développé par le SPF. Ce plan demande aux hôpitaux de mettre en place un système de gestion de la sécurité des patients. Ce système doit notamment intégrer des indicateurs permettant de suivre la sécurité des patients au sein de l'institution.

Le SPF a également, en collaboration avec le CHU de Liège, publié un rapport en avril 2008: "The feedback on the patient safety indicators".

L' "Agency for Healthcare Research and Quality" des États-Unis avait validé 20 indicateurs. Ces 20 indicateurs ont été extraits de la banque de données administratives "Résumé clinique minimum" gérée par le SPF Santé publique et ce, pour la période 1999 à 2004.

Les résultats de cette extraction au niveau national et une analyse des résultats ainsi que les limites et les possibilités de chaque indicateur sont décrits dans ce rapport.

En plus du nombre de cas, les taux moyens annuels propres ont été calculés pour chaque hôpital aigu. Ces valeurs ont été communiquées à chaque hôpital. Pour certains indicateurs, une liste d'événements indésirables a également été rédigée et transmise à l'institution. Il est prévu de réactualiser ces indicateurs pour les années 2005 à 2007 dans le courant de 2009. Les résultats seront ensuite immédiatement communiqués aux hôpitaux.

La communication au sein des hôpitaux au sujet des indicateurs "Patient Safety" permettra de cibler certains domaines où les prestataires de soins pourront améliorer la qualité et la sécurité des soins en analysant les procédures et protocoles existants. Ce rapport les rendra plus attentifs à la validité et l'exhaustivité des informations médicales, dont les événements indésirables ou les complications, qui devront ultérieurement être codés. Il importe d'attirer l'attention sur le fait que ces indicateurs ne sont qu'un instrument. Il est, en effet, impossible de cibler les hôpitaux moins performants du point de vue sécurité des patients avec ces indicateurs, puisque plusieurs autres facteurs, dont le "case mix" des patients, les pratiques de codification, la durée d'hospitalisation etc., pourraient évidemment expliquer les résultats.

Pour conclure, les indicateurs sont un instrument permettant de sensibiliser les directions des hôpitaux et les professionnels de la santé à la qualité des soins et à la qualité des données.

16.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Votre réponse parle de plans et d'indicateurs. C'est la seule manière

de pouvoir maîtriser et de transférer des données. J'ai l'impression que le rapport du KCE concernant les événements indésirables met en évidence, de manière plus spécifique, la nécessité de mentionner les données dans les dossiers des malades, de manière à identifier les problèmes. Ainsi, si telle personne a rencontré tels problèmes, c'est parce qu'elle a été soignée en suivant tel circuit de soins dans l'hôpital. Ce faisant, cela permettrait d'identifier les problèmes en question et de les éviter.

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

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 **Question de Mme Muriel Gerken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan fédéral canicule et ozone" (n° 9854)**

17 **Vraag van mevrouw Muriel Gerken aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het federale hitte- en ozonplan" (nr. 9854)**

17.01 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question porte sur le Plan Canicule et Ozone (PCO). Je ne reviendrai pas sur les records de chaleur et la hausse de mortalité enregistrés pendant l'été 2006, ni sur le groupe des personnes particulièrement vulnérables à ces modifications atmosphériques et parfois polluantes qui y sont liées, soit les personnes les plus faibles et les plus âgées.

Le Plan Canicule et Ozone est géré par le fédéral; il fonctionne du 15 mai au 30 septembre. On y distingue trois phases: la phase de vigilance, la phase d'avertissement et la phase d'alerte, qui identifient clairement les personnes à surveiller plus précisément et à qui fournir les recommandations adéquates.

Parallèlement à la canicule, d'autres pics de pollution peuvent être atteints: ces 30 et 31 décembre et encore ces premiers jours de janvier ont connu des pics élevés, avec une qualité d'air médiocre d'indice 6. Concernant les particules fines, ces mêmes jours connaissaient un seuil 1 de 70 à 100 µg/m³, nécessitant des mesures de prudence pour toutes ces personnes.

Madame la ministre, vu ces difficultés que nous rencontrons régulièrement chaque année, en vue du prochain printemps, le PCO est-il prêt à être enclenché à la moindre alerte?

Un état des lieux touchant au nombre de lits disponibles et de membres du personnel médical des différents centres hospitaliers du pays est-il régulièrement mis à jour durant la période allant du 15 mai au 30 septembre?

Une vérification est-elle annuellement opérée auprès des communes, CPAS, maisons de repos, clubs, associations afin de les informer sur la façon de réagir et d'agir? Comment l'information leur parvient-elle? Comment préviennent-ils les personnes qui les consultent sur les mesures à prendre?

Enfin, un plan d'urgence mis en place par le fédéral en dehors de la période couverte par le PCO peut-il être activé si un seuil plus élevé de pollution ou de particules fines devait être atteint?

17.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame Gerken, le Plan Canicule et Ozone est un plan d'urgence, comme vous l'avez rappelé et à ce titre, il est suivi par mon administration en permanence et mis à jour en coordination avec les partenaires nécessaires. Ce plan est activable en permanence, même quand il ne fait pas beau, comme l'an dernier. Par ailleurs, le plan est déclenché par les prévisions de température émises par l'Institut royal météorologique et par les prévisions et mesures de concentration d'ozone par la cellule IRCEL-CELINE.

Les inspecteurs d'hygiène fédéraux réalisent, à chaque moment où l'analyse de risque en démontre la nécessité, l'inventaire de la situation. Dans les provinces d'Anvers et du Limbourg, un système informatisé mis à disposition par le gouverneur permet d'obtenir ces chiffres en une heure.

S'il est du ressort du ministre de l'Intérieur de mettre à disposition un logiciel de gestion globale des informations de crise – et je vous renverrai à lui sur ce sujet –, nos services oeuvrent à l'informatisation des services d'urgence qui permettra également d'obtenir cette information dans quelques années.

Dans le cadre du plan d'urgence, les responsabilités en termes de répartition des groupes-cibles entre entités fédérale et fédérées attribuent aux partenaires fédérés ceux pour lesquels ils ont la responsabilité de

l'agrément, par exemple les MRS. Mon administration axe donc son information principalement sur la population en général, sur les services d'urgence et les prestataires de première ligne via les cercles de médecins généralistes. En cas d'alerte, notre service de garde veille à renvoyer proactivement nos groupes-cibles vers les sites fédéraux et régionaux qui fournissent l'information en temps réel, par exemple "www.irceline.be".

Enfin, les périodes de haute concentration de particules fines dans l'air ressortissent aux compétences des Régions et les mesures à prendre sont essentiellement régionales. Nous n'avons donc d'autre plan d'urgence qu'un plan de communication aux groupes-cibles afin de les informer de manière adéquate. La permanence médicale de mon administration est informée par les Régions du déclenchement d'un plan régional et elle répercute l'information auprès des services d'urgence et des généralistes.

17.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il est temps d'avoir ce genre de mécanismes pour tous les types de pollution et à tout moment. Il est difficile en effet de prendre des repères dans le temps.

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

18 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des perruques" (n° 9856)

18 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van pruiken" (nr. 9856)

18.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question concerne le remboursement des perruques, notamment pour les femmes. Certains hommes perdent aussi leurs cheveux suite à une maladie et à un traitement, mais on trouve cela normal qu'un homme soit chauve, en tout cas à partir d'un certain âge.

Ces femmes qui ont besoin d'une perruque, suite à une chimiothérapie, doivent investir de l'argent pour acheter ces perruques. Apparemment, 180.000 femmes seraient touchées par ce problème de chute de cheveux. Parmi elles, 5.000 seraient des patientes cancéreuses. Il y a également des femmes qui ont perdu leurs cheveux pour d'autres raisons que le cancer.

Pour ces perruques, un service de base coûte entre 400 et 500 euros. De plus, elles nécessitent un entretien régulier, ce que j'ignorais complètement, qui ne peut se faire que chez un perruquier. Il est donc souvent nécessaire d'avoir deux perruques. Enfin, ces perruques ont une durée de vie limitée.

Quand on accumule tous ces coûts, cela représente des sommes importantes.

Pour le moment, une intervention de 180 euros est prévue pour une prothèse capillaire en cas d'alopécie qui atteint plus de 30% du cuir chevelu et une intervention de 120 euros est prévue en cas de traitement anti-cancéreux.

De plus, des indemnités de maladie peuvent être calculées et accordées. En général, elles servent à couvrir les frais courants rencontrés par ces personnes. Vu la différence entre le prix de l'intervention et le coût pour les personnes concernées, la Fondation pour le Cancer et différentes associations leur avancent l'argent, ou parfois même leur en font don. Est-il envisageable que l'INAMI intervienne de manière plus importante, vu que le prix de base se situe déjà entre 400 et 500 euros? Par ailleurs, ne pourrait-on prévoir que les mutuelles avancent l'argent aux personnes ou trouvent une solution pour que celles-ci puissent acheter leur perruque et se faire rembourser progressivement?

Un meilleur remboursement des perruques est intégré dans le Plan cancer, pour les personnes atteintes de cette maladie.

Les autres personnes bénéficieront-elles également d'une augmentation du remboursement? L'entretien de ces perruques étant coûteux, peut-on envisager d'intégrer un forfait à cet effet dans les interventions mensuelles ou annuelles? Le système du ticket modérateur pourrait être une solution pour ce type de matériel.

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Gerkens, je me suis pas mal impliquée dans ce dossier.

L'arrêté royal, qui majore de 50% les interventions de l'assurance obligatoire soins de santé pour les perruques aux patients cancéreux victimes d'alopécie, est signé par le Roi et sera bientôt publié au Moniteur. C'est une première bonne nouvelle!

Ceci dit, madame Gerkens, je partage votre souci de permettre à toutes les personnes – et pas uniquement aux femmes – victimes d'alopécie, à la suite d'un problème de santé ou du traitement médical qu'il nécessite, de pouvoir acquérir et entretenir une prothèse capillaire. L'assurance obligatoire soins de santé peut certainement mieux rembourser qu'actuellement les prothèses capillaires dans de telles situations. Les mutualités ont la possibilité de compléter ce remboursement via leur assurance complémentaire mais c'est de leur ressort et non du mien.

Parmi les initiatives nouvelles incluses dans l'objectif budgétaire global 2009 pour l'assurance obligatoire soins de santé ne figure pas une nouvelle amélioration du remboursement des prothèses capillaires. Je vais cependant demander à la Commission de convention Pharmaciens-Organismes assureurs, compétente en la matière, de bien vouloir examiner cette possibilité dans le cadre de la détermination des besoins pour l'objectif budgétaire global 2010.

Par système du "ticket modérateur", je suppose que vous avez voulu évoquer le système du maximum à facturer.

18.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Effectivement!

18.04 Laurette Onkelinx, ministre: Pourrions-nous comptabiliser la part personnelle du patient dans l'achat d'une prothèse capillaire dans le compteur MAF?

Dans l'état actuel des choses, je suis assez réticente à cette solution, mais je suis disposée à encore y réfléchir. En effet, il faut savoir que l'intervention actuelle de l'assurance obligatoire est forfaitaire alors que le prix des prothèses capillaires est libre. Dès lors, son incorporation dans le compteur MAF pourrait pousser le prix à la hausse, diminuant dès lors le taux de remboursement.

Il convient peut-être plutôt d'envisager une réglementation du prix des prothèses capillaires mais cela est du ressort des Affaires économiques.

18.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): En vous posant cette question, je me disais bien que le champ était plus vaste, des interactions existant entre les différentes mesures.

Je vous remercie pour votre réponse et de vous préoccuper de cette matière. J'investiguerai moi-même davantage sur les différentes possibilités et sur les départements à interpeller pour répondre à cette demande qui me semble tout à fait légitime.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17.58 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.58 uur.