

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

WOENSDAG 1 APRIL 2009

MERCREDI 1 AVRIL 2009

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 14.18 heures et présidée par Mme Colette Burgeon.
De vergadering wordt geopend om 14.18 uur en voorgezeten door mevrouw Colette Burgeon.

01 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le relevé épidémiologique lors des gardes médicales" (n° 11161)

01 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van epidemiologische gegevens tijdens de wachtdiensten" (nr. 11161)

01.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, chaque médecin de garde en médecine générale doit normalement participer et faire un relevé épidémiologique pendant sa garde. Ce relevé doit être transmis au médecin responsable du rôle de garde.

Chaque année, le médecin responsable du rôle de garde dresse un tableau récapitulatif reprenant ces données épidémiologiques. Le secrétaire du cercle de médecine générale joint alors ce tableau à la demande de subsides annuels pour le fonctionnement du cercle.

J'ai quelques questions à poser de la part des responsables des rôles de garde.

Quels sont les objectifs poursuivis par ce relevé épidémiologique? Quelle est l'instance compétente pour traiter et analyser les données récoltées? Quels sont les résultats de ces analyses? Quelles sont les interprétations qui en ont déjà été tirées? Des informations sont-elles données en retour aux cercles de médecine générale? Existe-t-il une évaluation de la pertinence de cet outil imposé aux cercles? Je rappelle qu'il s'agit d'un travail non rétribué, donc bénévole. Ce travail est pris en charge par chaque médecin généraliste et par le médecin responsable du rôle de garde.

Voilà donc une série de questions concernant la pertinence et surtout l'utilité de ce relevé épidémiologique. Que fait-on de ces données finalement?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Bacquelaine, il est exact que mon administration collecte chaque année les rapports annuels des cercles de médecins généralistes. Elle a établi un rapport consolidé pour 2007 qu'elle a mis à ma disposition. Cette activité a été structurée sur la base de rapports évolutifs. Toutefois, mon administration indique que la situation n'est pas encore idéale pour permettre l'exploitation de toutes les informations.

Dans le dernier bilan, qui peut d'ailleurs être transmis par voie électronique si la commission le souhaite, on constate que 85% des cercles ont fourni un rapport, 58% des appels restent des avis téléphoniques, 22% se terminent par des visites à domicile et 19% par des consultations. Il faut également noter qu'entre 2004 et 2006, il y a eu une diminution de 60% des visites grâce à une série de mesures prises sur le terrain. 6% des patients ont été transférés vers la deuxième ligne, 1% hospitalisés.

On relève, sur l'ensemble du territoire, 834 agressions verbales contre les médecins et 44 agressions physiques. Enfin, on note 800 plaintes venant des patients, dont près de la moitié pour un délai d'attente trop long.

Tous ces chiffres ont pu être analysés par région et par cercle. Ils sont évidemment précieux pour analyser la qualité de la garde de la première ligne.

Il ressort toutefois que l'établissement d'un formulaire standardisé de procédure de collecte est indispensable pour la valorisation réelle des informations contenues dans ces rapports. Je demande dès lors au Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes de me conseiller dans ce domaine pour avoir plus de facilité dans la collecte et l'exploitation des informations et proposer des mesures nouvelles en faveur de la première ligne.

01.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, je formulerai la suggestion suivante. Il devrait y avoir un effet retour en la matière au niveau des cercles de médecine générale, qui s'interrogent quant au devenir des données qu'ils transmettent. En effet, ils ignorent l'exploitation qui pourrait en être faite ainsi que l'état de la situation par rapport à leur région ou leur sphère d'activités. Aussi, connaître la suite réservée aux données collectées et à leur analyse s'avèrerait positif.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est une remarque tout à fait pertinente!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage excessif des jeux vidéo" (n° 11525)

02 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overmatig gebruik van videospelletjes" (nr. 11525)

02.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais vous interpeller au sujet des jeux vidéo et de leurs conséquences sur la santé des jeunes.

Un événement récent est venu mettre en lumière les dangers d'une addiction à ces derniers sur les mains des enfants. Une jeune fille, présentant des lésions douloureuses sur la paume des mains semblables à celles apparaissant sur les pieds des enfants pratiquant du jogging et transpirant beaucoup, est venue consulter. Après investigation, les médecins ont découvert que la jeune fille passait des heures avec sa console de jeu. Ils en ont déduit que la crispation des mains sur la manette et l'appui frénétique des touches avaient provoqué de minuscules blessures cutanées.

Ce cas extrême fait suite à des cas de tendinites chroniques déjà diagnostiquées suite à l'usage effréné de ces jeux. Ces pathologies d'ordre physique viennent s'ajouter aux perturbations psychologiques dues à une dépendance trop grande à ces jeux.

Madame la ministre, avez-vous connaissance des effets induits par une trop grande pratique des jeux vidéo sur le psychisme des enfants?

Cette question est d'autant plus préoccupante que l'adolescence est le moment où la construction mentale de l'individu se structure. Il y a lieu de faire attention à ce qu'un adolescent ne rentre pas dans une lecture essentiellement orientée sur la satisfaction du plaisir en terme de récompense, comme je l'avais déjà évoqué pour les drogues, au risque d'en faire un être handicapé dans son fonctionnement sociétal.

Il y a d'autant plus lieu de s'en inquiéter lorsque nous voyons l'effet tragique que peuvent avoir fiction et jeu sur l'esprit d'un adolescent perturbé. D'ailleurs, les statistiques qui viennent de sortir en Flandre à ce point de vue sont relativement inquiétantes.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

Quels outils pouvez-vous mettre en place pour préserver la santé de nos enfants en la matière?

Est-il possible de demander aux constructeurs de jeux vidéo de mettre au point des consoles dont l'usage ne créerait pas de lésions physiologiques?

Comment pouvez-vous agir pour que ces jeux soient moins dommageables au mental des jeunes?

Pouvez-vous intervenir sur le contenu des jeux afin d'en limiter les effets?

Est-il possible de communiquer fortement afin d'inciter parents et enfants à mettre en œuvre un usage plus mesuré de ces jeux dans l'intérêt des jeunes?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, la dépendance aux jeux vidéo est un sujet de préoccupation dont on parle de plus en plus. Par contre, la situation que vous évoquez semble rare et je n'en ai pas eu de témoignage.

La dépendance aux jeux vidéo n'est pas reprise dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Actuellement, il n'existe aucun enregistrement systématique au sein de mes services à propos de cette problématique.

Cependant, certains auteurs ont tenté de définir le phénomène en faisant les liens avec les critères semblables à la dépendance aux jeux. Il semble que la personne présentant une dépendance aux jeux vidéo montre une attention moindre pour son corps et sa vie sociale. Ses relations avec la famille et les amis en souffrent, l'attention à l'école ou au travail diminue, la personne consacre moins de temps à manger et à boire et le sommeil est limité.

On pourrait affirmer qu'une utilisation excessive de ces jeux entraîne des conséquences physiques, comme la fatigue de la vue, des yeux secs ou irrités, des migraines, des maux de tête ou de dos ou différentes formes de "Repetitive strain injury". Je citerai une déformation des pouces lors de l'utilisation du Game Boy, des troubles musculo-squelettiques au bras suite à l'usage de la souris ou une négligence de l'hygiène personnelle.

La personne ne prend conscience qu'après un certain temps de sa dépendance aux jeux vidéo et les faits sont souvent minimalisés. En conséquence, le dépistage en matière de dépendance est difficile car les jeux représentent une expérience agréable et positive pour de nombreuses personnes.

Généralement, on parle d'usage problématique lorsque des activités importantes sont négligées afin de consacrer plus de temps au jeu.

Afin de lutter contre cette problématique, il semble essentiel de s'attaquer aux causes qui génèrent ce type de comportement excessif. Cependant, nous manquons d'informations et celles-ci devraient être rassemblées.

De plus, ce problème dépend de plusieurs instances compétentes, comme la protection des consommateurs, les instances économiques. Les Communautés sont quant à elles compétentes pour ce qui concerne la prévention et le dépistage des dépendances.

Je propose donc d'interpeller une nouvelle fois l'ensemble des autorités compétentes afin de leur communiquer que la commission de la Santé publique du parlement se penche également sur le problème et souhaiterait prendre connaissance d'éventuelles initiatives qui pourraient nous être utiles en formant un ensemble cohérent.

02.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Monsieur le président, je remercie Mme la ministre pour l'attention qu'elle porte à ce sujet.

Comme je le disais dans ma question, une étude vient de paraître en Flandre sur le pourcentage d'élèves atteints d'un début de maladie mentale. Selon moi, ce n'est pas étranger à la problématique de certains jeux vidéo. Je suis certain qu'on ne fonctionne pas comme si on était dans des tiroirs séparés où, d'une part, on joue à des jeux vidéo extrêmement violents et, d'autre part, on en sort comme si rien ne s'était passé.

Je ne doute pas que vous aurez le souci d'aborder ce sujet via une conférence intergouvernementale ou autre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact sanitaire de la pollution intérieure" (n° 11191)

03 Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidseffecten van binnenhuisverontreiniging" (nr. 11191)

03.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je précise d'emblée que ma question a été déposée voici un mois.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a attiré l'attention des autorités publiques sur l'importance de la qualité des environnements intérieurs dans la prévention des maladies, notamment infantiles. L'OMS insistait particulièrement sur les effets destructeurs des combustibles ou encore de l'humidité.

De l'enquête, il ressort que 10.000 enfants âgés de 0 à 4 ans décéderaient chaque année du fait de l'utilisation de combustibles solides dans les maisons. Par ailleurs, l'OMS rappelle que l'exposition aux moisissures augmente de 50% le risque de développement de maladies respiratoires. De plus, 20 à 30% des foyers européens connaîtraient des problèmes d'humidité. Un chiffre qui en expliquerait peut-être un autre: 13% des asthmes infantiles seraient attribuables aux moisissures.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de l'alerte lancée par l'OMS? Des études existent-elles à l'échelle de la Belgique qui confirmeraient les résultats de cette enquête?

Dans le contexte de la crise actuelle, ces chiffres sont particulièrement inquiétants. Les combustibles les plus polluants sont aussi les moins chers. De plus, les problèmes d'humidité nécessitent en général des travaux de rénovation assez lourds que les familles hésitent bien souvent à entreprendre. Un plan ne devrait-il pas être envisagé afin d'informer la population des dangers liés à la combustion de certains matériaux?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame, puisque les Belges passent en moyenne 90% de leur temps à l'intérieur, je suis d'accord avec vous sur l'importance de la qualité de l'air intérieur.

La manque de ventilation, l'excès d'humidité, les infiltrations ou les fuites d'eau ainsi que d'autres facteurs peuvent compromettre la qualité de l'air dans les habitations. Cela peut entraîner un certain nombre de problèmes de santé au niveau respiratoire ou allergique notamment.

Les études au niveau belge telles que l'enquête de santé de 2001, les données de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure au niveau de Bruxelles, ainsi que des études du NEHAP semblent confirmer les chiffres de l'OMS que vous citez.

La promotion de la santé a toute sa place dans cette problématique, à côté de la lutte contre l'insalubrité des bâtiments qui a un rôle prépondérant.

Les entités fédérées ont donc un rôle important à jouer. Dans le cadre du NEHAP, le Plan national d'action environnement santé belge, une collaboration entre ces entités et le niveau fédéral est déjà en cours et s'est penchée sur la qualité de l'air dans les crèches. Quatre cent quarante-trois milieux d'accueil collectifs du nord et du sud du pays ont participé à un projet national financé et piloté par le NEHAP. Dans un premier temps, ces milieux d'accueil collectifs ont auto-évalué la qualité de leur environnement intérieur à l'aide d'un questionnaire. Dans un deuxième temps, des experts en environnement intérieur ont visité vingt-cinq crèches afin de valider les réponses à l'enquête et de sensibiliser, par des analyses en laboratoire, aux risques potentiels impossibles à identifier à l'œil nu. Le projet est à présent terminé et ses résultats ont été présentés lors d'un workshop le mardi 2 mars. La qualité de l'environnement intérieur était en général bonne dans tous les milieux d'accueil bien que des points d'attention ont été mis en avant, le plus souvent à cause de problèmes structurels ou comportementaux de mauvaise aération, de techniques de nettoyage non appropriées ou d'utilisation de produits non adaptés.

Un toolkit pour résoudre les différents problèmes identifiés a été développé et distribué aux crèches.

Les recommandations actuelles visent donc entre autres à mettre en place de bonnes pratiques d'aération, d'utiliser des produits de nettoyage ainsi qu'à assurer la pérennité de cette démarche et à la promouvoir pour d'autres milieux de vie. Elles visent également à développer des démarches de sensibilisation et de formation ainsi que des collaborations entre les différents acteurs de terrain.

03.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse.

L'expérience qui vient d'être menée dans les crèches est très intéressante. Je suppose que vous aurez à cœur de poursuivre ce projet, en collaboration avec les entités fédérées, notamment dans les écoles ou dans les milieux d'accueil de l'enfance – je pense ici aux accueillantes autonomes – et, pourquoi pas, au Parlement comme le suggère Mme la présidente.

Il faut passer par l'éducation et au-delà des expériences, des campagnes d'information plus larges devraient être menées en collaboration avec les entités fédérées. À cette fin, le Plan NEHAP est sans doute le mieux indiqué.

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

La **présidente**: La question n° 11568 de Mme Muylle et les questions jointes n° 11609 de Mme Vautmans et n° 11569 de Mme Muylle sont reportées.

M. Arens a retiré sa question n° 11578.

04 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique du sang en Belgique" (n° 11581)

04 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het bloedbeleid in België" (nr. 11581)

04.01 Josy Arens (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, une enquête indépendante relative à l'affaire du sang contaminé qui a frappé le Royaume-Uni dans les années 70 et 80, a été rendue publique récemment.

Le rapport de 200 pages plaide en faveur de l'octroi d'une aide financière accrue aux victimes et épingle les entreprises américaines qui ont fourni des produits contaminés. Dans le cadre de cette affaire, quelque 5.000 hémophiles ont contracté une hépatite C ou le virus VIH (virus de l'immunodéficience humaine) du sida, et près d'un tiers sont morts.

Notre pays a également été concerné par l'affaire du sang contaminé. Il est vrai que cette contamination n'a pas pris l'ampleur du drame français ou anglais, mais cela ne représente évidemment pas une consolation pour les victimes belges.

Madame la ministre, en Belgique, à ce jour, toutes les victimes, qui ont pu démontrer qu'elles avaient été contaminées par le VIH et/ou le VHC (virus de l'hépatite C) suite à une transfusion sanguine ou à l'administration de produits sanguins, ont-elles été indemnisées? Si ce n'est pas le cas, quelles en sont les raisons?

Des produits sanguins en provenance des États-Unis sont-ils mis régulièrement et encore aujourd'hui à la disposition de patients belges?

En ce qui concerne la politique du sang dans notre pays, quelles sont vos priorités en ce domaine? Quels sont les défis à venir? Si vous deviez donner, aujourd'hui, sur une échelle graduée de 1 à 10, un score pour la sécurité et la qualité du sang dans notre pays, quel serait-il? Quel est le coût actuel de la politique du sang?

En ce qui concerne les centres de transfusion, comment est fixé le prix du sang? Permet-il aux centres de transfusion d'assurer, en permanence, la sécurité et la qualité du sang? Quels sont les procédés utilisés actuellement pour la viro-inactivation des pathogènes? Ces procédés sont-ils suffisamment efficaces et quel en est leur coût? Estimez-vous que l'éthique du donneur (bénévole, non-rémunéré) apporte une garantie supplémentaire par rapport aux tests de dépistage?

En ce qui concerne le comportement à risques, il est défini dans la loi sur le sang du 5 juillet 1994 comme suit: "une habitude ou un comportement du donneur susceptible d'entraîner un risque médical pour le receveur via le transfert d'un agent infectieux".

Ne pensez-vous pas qu'une information relative aux "facteurs de risques" auxquels tout un chacun peut être exposé à un moment de sa vie serait plus adéquate? Sur 100 donneurs, quel est le pourcentage de personnes exclues du don de sang? Quels en sont principalement les motifs? Combien d'incidents indésirables sont-ils constatés par an dans notre pays par rapport aux nombres de transfusions?

04.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, cher collègue, pour le VIH, il existe une association créée en 2001 pour l'octroi d'une allocation pour personnes contaminées par le virus du sida à la suite d'une transfusion sanguine ou l'administration de produits sanguins ayant eu lieu en Belgique entre le 1^{er} août 1985 et le 30 juin 1986. Cette ASBL est toujours active.

Suite à une question relative à une proposition d'élargissement de son objet social, il faudra examiner le moment venu dans quelle mesure ce projet est réalisable tant d'un point de vue budgétaire que du point de vue d'un principe indemnitaire, à l'origine de la démarche.

Votre deuxième question nécessite quelques investigations auprès des firmes pharmaceutiques. Je vous informerai dès que possible après ces démarches d'information.

En ce qui concerne la politique du sang, ma priorité reste l'amélioration permanente de la qualité et de la sécurité du sang et des composants sanguins. Un exemple récent illustrant cette recherche constante est la publication prochaine d'un arrêté royal relatif à l'inactivation des pathogènes dans les concentrés plaquettaires. Les défis à venir concernent surtout les mesures à prendre pour agir contre les virus émergents tels que le chikungunya et le "West Nile".

Pour évaluer la sécurité et la qualité du sang dans notre pays, je dois donner un chiffre supérieur à 9 sur une échelle de 1 à 10.

Ensuite, le coût de la transfusion de sang et de composants sanguins est de l'ordre de 90 millions pour 2007. Pour 2008, l'indexation s'élève à 2%.

S'agissant des centres de transfusion, en vertu de l'article 6 de la loi du 5 juillet 1994 sur le sang et les produits sanguins, le ministre de la Santé fixe, de façon à exclure tout profit, le prix auquel le sang et les dérivés du sang sont dispensés et délivrés. Le suivi financier actuel des établissements de transfusion sanguine ne fait pas état dans ce secteur de problèmes financiers qui pourraient mettre en cause la qualité ou la sécurité des produits sanguins dérivés.

En outre, les procédés d'inactivation des pathogènes dans les composants sanguins labiles reposent sur des techniques utilisant le bleu de méthylène, le psoralène ou la riboflavine en ce qui concerne le plasma et le psoralène ou la riboflavine concernant les plaquettes. Ces techniques ont été jugées sûres et efficaces par le Conseil supérieur de la Santé. Le coût de leur utilisation est pris en charge par le prix de cession pour le plasma et le sera très prochainement pour les plaquettes.

La démarche altruiste de donneur bénévole et non rémunéré est fondamentale pour un approvisionnement sûr en produits sanguins dans notre pays. Le don bénévole et non rémunéré est explicitement fixé comme condition dans la loi du 5 juillet 1994 sur le sang et les produits sanguins.

Sur le plan des comportements à risque, une information relative aux facteurs de risque est déjà prévue à l'article 14 de la loi du 5 juillet 1994. En effet, un dépliant informatif consacré au sida doit être systématiquement remis au donneur avant tout prélèvement. Il doit rappeler ce que sont les comportements à risque. De plus, le médecin examinateur doit s'assurer que la notion de comportement à risque a bien été comprise.

Enfin, le pourcentage de personnes exclues du don de sang est de 8,46%. Les motifs principaux sont un taux d'hémoglobine trop bas et d'autres raisons médicales. En 2007, les établissements de transfusion sanguine ont détecté des marqueurs d'infection chez 99 donneurs (2 pour le VIH, 23 pour la syphilis, etc.).

04.03 **Josy Arens** (cdH): Je remercie la ministre pour sa réponse. Étant donné la complexité de ce problème, il serait peut-être intéressant d'avoir une réflexion plus globale dans le cadre des travaux de notre commission sur la politique du sang dans notre pays.

Il me semble que vous aviez participé à l'élaboration de la loi de 1994 en tant que ministre de la Santé publique. Si mes souvenirs sont bons, c'est d'ailleurs Jacques Santkin qui vous a succédé et qui l'a signée.

04.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: (...) (*intervention rendue inaudible par les interférences provoquées par un gsm*)

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 **Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse" (n° 11646)**

05 **Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evolutie van het aantal zwangerschapsonderbrekingen" (nr. 11646)**

05.01 **Katrin Jadin** (MR): Madame la présidente, mon attention a été attirée par une question posée, au Parlement de la Communauté française, au ministre Donfut qui a la santé et l'action sociale dans ses attributions.

Il ressort des informations communiquées par les centres de planning familial et les gynécologues, que les jeunes filles et les jeunes femmes ont de plus en plus recours à l'interruption volontaire de grossesse alors que, dans la plupart des cas, ces mêmes personnes n'utilisent aucun moyen de contraception.

En Wallonie, l'augmentation dépasse les 15% en trois ans, le nombre d'IVG étant passé de 3.557 en 2004 à 4.094 en 2007.

Le ministre wallon a également mis l'accent sur le jeune âge des jeunes filles qui subissent une IVG. Il apparaît que certaines y ont recours à plusieurs reprises.

Ce constat pose le problème de l'information sur les méthodes contraceptives et l'ampleur de ce phénomène au niveau national.

Disposez-vous de chiffres précis quant au nombre d'IVG pratiquées sur le territoire national au cours de ces dernières années et à leur évolution? Quelle est la marge de manœuvre de votre département dans la diffusion d'informations, à l'intention des jeunes filles, sur les méthodes contraceptives et les dangers de la banalisation du recours à l'IVG? Des synergies ont-elles été mises en place entre votre département et les entités fédérées?

05.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chère collègue, la commission d'Évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, créée par la loi du 13 août 1990, établit tous les deux ans un rapport destiné au parlement fédéral. Celui-ci reprend, notamment, le nombre d'IVG pratiquées au niveau national. Ces chiffres sont également repris par région.

Le premier rapport date de 1992. Depuis lors, neuf rapports ont été remis au parlement. Le dernier rapport présenté reprend les chiffres pour 2006 et 2007. Il comporte, notamment, le nombre d'IVG déclarées par les centres de planning familial et les hôpitaux, ainsi que des données sociodémographiques telles que l'IVG selon l'âge de la femme et le domicile.

L'éducation sexuelle est du ressort des Communautés. Dans chacun de ses rapports, la commission, se référant aux remarques des centres de planning familial et hôpitaux, insiste sur la priorité qu'il faudrait donner à l'éducation sexuelle et aux différents moyens de contraception mis sur le marché.

Par ailleurs, le remboursement des contraceptifs entrant dans mes compétences, j'ai décidé de prolonger la mesure d'accès à la contraception pour les jeunes filles de moins de 21 ans, instaurée par mon prédécesseur. Par cette mesure, les jeunes filles reçoivent un remboursement additionnel de 3 euros par mois pour le moyen de contraception de leur choix, ce qui rend la contraception très abordable financièrement, un certain nombre de pilules et de stérilets sont même gratuits. Cet accès financier était d'ailleurs une des recommandations d'un groupe d'experts réunis à l'initiative d'une précédente Conférence interministérielle.

Des synergies n'ont, jusqu'à présent, pas été mises en place entre le département et les entités fédérées, ce qui ne saurait tarder. Mes prédécesseurs avaient déjà essayé de répondre à la problématique en permettant aux jeunes femmes de recevoir, jusqu'à l'âge de 20 ans inclus, une intervention supplémentaire dans le prix

de certains moyens de contraception. L'objectif était de prévenir les grossesses non désirées chez les jeunes en favorisant l'accès à ces moyens de contraception. Cet accès financier était l'une des recommandations d'un groupe d'experts réunis à l'initiative d'une précédente Conférence interministérielle.

Mes collègues en charge de l'Enseignement et de la Santé au niveau des Communautés vont recevoir les recommandations édictées dans ce rapport afin qu'ils puissent mettre en place les mesures nécessaires. En outre, je vais proposer de mettre à l'ordre du jour de la prochaine Conférence, la problématique des IVG.

05.03 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, si j'ai bien compris, c'est vous qui avez mis en place cette première commission éthique en 1992.

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il s'agissait, si je me souviens bien, d'une initiative parlementaire.

05.05 Katrin Jadin (MR): Je constate tout l'intérêt encore porté à cette question aujourd'hui, raison pour laquelle le système mis en place doit continuer à fonctionner. Je me réjouis des mesures qui ont été prises et il est bien dommage que cela ne se sache pas suffisamment.

Si je suis bien informée, aujourd'hui, l'IVG est remboursée. En effet, la femme qui subit une interruption volontaire de grossesse ne débourse en moyenne que 3 euros. Mais lorsque l'on sait que les moyens contraceptifs classiques ont la réputation d'être beaucoup plus onéreux ou moins accessibles, il est nécessaire de demander aux ministres responsables au sein des Communautés de promouvoir de manière adéquate les moyens contraceptifs, ce d'autant qu'une IVG n'est pas un geste anodin dans la mesure où cela entraîne souvent des problèmes d'ordre psychologique, ce dont les jeunes femmes n'ont pas forcément conscience dans l'immédiat. Je me réjouis donc de votre volonté d'être ferme à l'égard de vos collègues régionaux afin que les choses puissent se mettre en place de manière cohérente.

05.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je serai ferme, mais respectueuse de l'autonomie et des compétences de chacun.

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

Le **président:** La question n° 11656 de M. Mayeur a été transformée en question écrite.

06 Samengevoegde vragen van

- de heer **Willem-Frederik Schiltz** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het nationaal antialcoholplan" (nr. 11747)

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het invoeren van een verbod op alcohol voor –16 jarigen in handelszaken" (nr. 12183)

- mevrouw **Valérie De Bue** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van alcohol aan –16 jarigen" (nr. 12211)

06 Questions jointes de

- **M. Willem-Frederik Schiltz** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan d'action national alcool" (n° 11747)

- **Mme Nathalie Muylle** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'instauration d'une interdiction de la vente d'alcool aux jeunes de moins de 16 ans dans les commerces" (n° 12183)

- **Mme Valérie De Bue** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente d'alcool aux mineurs de moins de 16 ans" (n° 12211)

06.01 Willem-Frederik Schiltz (Open Vld): Mevrouw de minister, een jaar geleden maakte u gewag van de invoering van een nationaal antialcoholplan. Uw voorstel zorgde in de publieke opinie voor heel wat beroering.

Zo werden wij onder andere tijdens het consumentenprogramma op de vrt-radio "Peeters & Pichal" verheugd met een enquête die beide radiomakers via iVOX hadden laten uitvoeren, om te onderzoeken hoe groot het maatschappelijk draagvlak is voor een verstrenging van de regels inzake de aanschaf en het verbruik van alcohol.

Het draagvlak bleek toen heel groot te zijn. Ondertussen hebben wij echter niet veel meer vernomen van het antialcoholplan.

Daarom wil ik u de volgende vragen stellen.

Hoe ver staat u met het plan?

Wat zijn de belangrijkste zaken die u via voornoemd plan wil bereiken?

06.02 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, les différentes études qui ont été réalisées montrent que la consommation d'alcool chez les jeunes augmente et peut être problématique. Nous avons eu l'occasion d'auditionner différents acteurs importants dans le cadre de notre commission Santé et dans le cadre du plan Alcool. Parmi les mesures proposées, je citerai la généralisation de l'interdiction de la vente de boissons alcoolisées aux moins de 16 ans dont la presse a fait l'écho.

Madame la ministre, lors d'autres questions, vous m'aviez informée que des problèmes de coordination avec d'autres ministères existaient. Je suis plus particulièrement interpellée par le volet pratique, la concrétisation des mesures et leur efficacité sur le terrain.

Je retiens que vous m'aviez indiqué que le SPF Santé publique n'était pas compétent en la matière. Qu'en est-il exactement? Pourrions-nous harmoniser la législation et les contrôles? Pouvez-vous nous préciser le type de sanctions qui seront mises en place en cas de non-respect des dispositions? Une concertation est-elle prévue avec le secteur de la distribution? Des mesures de sensibilisation sont-elles envisagées pour que les mesures adoptées soient efficaces?

06.03 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, vooraleer in te gaan op de vraag, wens ik enkele elementen te verduidelijken. Naar aanleiding van een oproep van de WHO heeft de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, waarin alle ministers die de volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben vertegenwoordigd zijn, inderdaad een ontwerp van nationaal alcoholactieplan opgesteld. Dat gebeurde op basis van wetenschappelijke rapporten en in samenwerking met meerdere experts.

Van in het begin werd geopteerd voor het uitwerken van een globale benadering met een hele reeks principes en maatregelen die vallen onder alle betrokken bevoegdheidsdomeinen. Die werkzaamheden hebben geleid tot de goedkeuring van een gemeenschappelijke verklaring voor een toekomstig alcoholbeleid door de IMC Volksgezondheid van juni 2008. Die verklaring werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 17 juli 2008.

De verklaring heeft als doel het bestrijden van een problematisch excessief gebruik van alcohol, alsook het verminderen van de aan alcohol gerelateerde schade, en tevens het focussen op risicogroepen en risicosituaties. Het is dus geen plan tegen alcohol of een antialcoholplan.

Voor de uitvoering van de maatregelen die vallen binnen de bevoegdheden van de ministers die de verklaring hebben ondertekend, werden reeds concrete engagementen genomen. Ik noem er enkele binnen mijn bevoegdheid. Om initiatieven te kunnen nemen ten aanzien van zwangere vrouwen, werd het advies gevraagd van de Hoge Gezondheidsraad betreffende alcohol en zwangerschap. In dat kader heb ik al de nodige budgetten gereserveerd voor de verdere implementatie van dat advies bij de relevante gezondheidswerkers, zoals gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen. In een overeenkomst tussen de FOD's is een budget van 245.000 euro uitgetrokken.

Aangezien ook jongeren een bijzonder kwetsbare doelgroep vormen heb ik aan vzw IDA, het Fonds voor de Bestrijding van Verslavingen, een subsidie van 51.175 euro toegekend voor de organisatie van een nationale organisatiecampagne rond alcohol en andere drugs, die hoofdzakelijk gericht is op alcoholgebruik door jongeren. Het is onder meer de bedoeling jongeren kritisch te leren omgaan met marketing en publiciteitsstrategieën.

Mijn diensten hebben ook een vergadering gehouden met de Jury voor Ethische Praktijken over het convenant betreffende alcoholreclame dat in 2005 tussen de sector, de gebruikers en de minister van Volksgezondheid werd afgesloten.

Zij onderzoeken samen in welke mate dat convenant kan worden geïnstitutionaliseerd en eventueel

verbeterd.

Met het oog op de evaluatie van de bestaande behandelingsprogramma's werd voor een bedrag van 62.600 euro voorzien in een financiering voor het project kwaliteitsbevordering in de verslavingszorg van het Fonds voor de Bestrijding van Verslavingen. Dat project richt zich op interventies op het niveau van het individu, en heeft als doelstelling de bestaande meetinstrumenten te inventariseren en de haalbaarheid van de implementatie ervan te analyseren.

En ce qui concerne la législation sur la vente des boissons alcoolisées, le projet de loi devrait vous être soumis dans les prochaines semaines, après approbation par le Conseil des ministres et l'examen en Conseil d'État. Ce projet de loi vise à modifier la loi du 24 janvier 1977, relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits.

Il prévoit l'interdiction de vendre, de servir ou d'offrir des produits à base d'alcool aux jeunes de moins de 16 ans et l'interdiction de vendre et d'offrir des boissons spiritueuses aux jeunes de moins de 18 ans. La distribution gratuite de boissons alcoolisées sera également interdite, à l'exception des dégustations organisées dans des magasins ou directement chez le producteur.

En ce qui concerne le contrôle de ces mesures, celui-ci sera effectué par le Service inspection de la DG4 du SPF Santé publique, qui s'occupe déjà de l'inspection des mesures de lutte contre le tabagisme. L'expérience, acquise notamment lors des contrôles de l'interdiction de vente des produits du tabac aux moins de 16 ans, pourra donc être valorisée pour mener une politique de contrôle efficace. En termes d'application, le contrôle de l'ensemble de cette mesure d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs fera l'objet d'une meilleure coordination, étant donné la centralisation des différentes mesures dans un seul texte contrôlé par une seule autorité.

Le risque de trafic de boissons alcoolisées des plus de 16 ans vers les moins de 16 ans pourrait effectivement être un aspect négatif de cette mesure et sera difficile à éviter totalement.

Cependant, l'introduction de cette interdiction, renforcée par une campagne d'information, aura un impact largement positif et diminuera la consommation d'alcool chez les jeunes ainsi que l'acceptation sociale de ce phénomène.

Pour en revenir au texte de la déclaration, certaines mesures ne relèvent pas de ma compétence. Pour cette raison, j'ai soumis la déclaration à l'ensemble des membres du gouvernement fédéral. Des entretiens bilatéraux ont commencé pour renforcer mon soutien d'exécution de la déclaration.

Cette lutte contre une consommation problématique exige une politique intégrée. La cellule générale de politique en matière de drogue est donc le lieu adéquat où la question de la problématique d'alcool pourra être abordée.

06.04 Willem-Frederik Schiltz (Open Vld): Mevrouw de minister, ik had wel degelijk begrepen dat u geen antialcoholcampagne wenst op te zetten, maar wel een antialcoholmisbruikcampagne.

Ik neem akte van de initiatieven die u hebt genomen. Die zijn zeker toe te juichen. Desalniettemin heb ik mijn twijfels bij de efficiëntie van die beperkte maatregelen.

Het sluit trouwens aan bij het antwoord dat u hebt gegeven op de vraag van mijn collega. Dat is natuurlijk ook een element dat past in het plan. Ik zal mijn vragen ook tot de andere ministers moeten richten en mijn collega's op de regionale niveaus moeten consulteren om kennis te kunnen nemen van de volledige draagwijdte van het plan. Dat had ik helaas wel graag van u vernomen.

06.05 Valérie De Bue (MR): Madame la ministre, merci pour votre réponse. Elle va tout à fait dans le sens du plan Alcool et d'une meilleure coordination de tous les services. Intégrer cette cellule à la cellule tabac et se baser sur cette expérience sera tout à fait profitable. Je formule le vœu que les contrôles soient efficaces et qu'on se dirige vers une plus grande sensibilisation à ce problème.

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

07 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation du dépistage précoce du VIH" (n° 11673)

07 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de vroegtijdige opsporing van HIV" (nr. 11673)

07.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la ministre, ma question porte en partie sur le dépistage du VIH, mais aussi, et plus particulièrement, sur une initiative excellente que vous avez prise, à savoir le remboursement du médicament prophylactique en cas de rapport à risque.

Nous savons qu'il s'agit d'un traitement lourd, sous la forme d'une trithérapie s'étendant sur un mois. Bien que ses effets soient pénibles, ils permettent d'éviter le risque de propagation de la maladie en cas de rapport ayant comporté un risque. D'après les données scientifiques, ce médicament se révèle efficace dans 80 à 95% des cas. Il importait que vous le disiez, par exemple, à l'intention des personnes ayant subi des rapports forcés. Mais je pense aussi aux rapports sexuels, hétérosexuels ou homosexuels, qui présentent un risque dans le cas où un préservatif aurait lâché. Dans une telle situation, qui est potentiellement dangereuse, la réaction doit être très rapide: le médicament doit être pris dans les trois jours. Des centres de référence existent à Bruxelles – je pense à la CETIM à l'hôpital Saint-Pierre – et accomplissent un travail extraordinaire.

Je vous félicite donc à 150% d'avoir pris cette mesure.

Disposez-vous, à ce stade, de données sur le nombre de traitements qui auraient pu être administrés et pour lesquels des remboursements auraient été demandés? Une première évaluation a-t-elle déjà eu lieu?

Mes autres questions portaient sur le dépistage plus précoce. Si vous souhaitez que j'y revienne plus tard, je le ferai. En tout cas, je voulais plutôt cibler ma question sur le médicament prophylactique.

07.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le député, je vous remercie tout d'abord pour votre soutien à cette initiative nécessaire. Vous parlez bien du remboursement du traitement prophylactique en cas d'exposition accidentelle, professionnelle ou non, et dont les frais ne peuvent être couverts par une assurance.

La décision a été prise, mais l'arrêté est toujours examiné par le Conseil d'État. Il n'est donc pas encore entré en vigueur. Cela dit, nous avons prévu une entrée en vigueur rétroactive à partir du 1^{er} janvier 2009.

Les différentes factures qui devront être rentrées auprès de l'INAMI par les centres seront trimestrielles. C'est pourquoi nous ne disposerons pas tout de suite des premières données. Il faudra attendre la fin de l'année pour obtenir une évaluation en ce domaine.

07.03 **Xavier Baeselen** (MR): Concrètement, pour les personnes qui sont exposées à ce risque, elles doivent donc se diriger vers les centres de référence. Doivent-elles assumer une charge financière, puisque vous me dites que le Conseil d'État ne s'est pas encore prononcé et que l'arrêté royal n'est toujours pas entré en vigueur?

07.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les centres le savent. Ils savent aussi que l'arrêté sera rétroactif. Ils sont déjà amenés à prendre en charge les frais assez régulièrement.

07.05 **Xavier Baeselen** (MR): Ils avaient passé des accords avec des firmes pharmaceutiques.

07.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je pense, sans en être sûre à 100%, qu'ils prennent déjà en charge les frais en attendant le remboursement.

07.07 **Xavier Baeselen** (MR): J'y reviendrai en fin d'année, si je siège toujours ici.

07.08 **Laurette Onkelinx**, ministre: Où êtes-vous candidat?

07.09 **Xavier Baeselen** (MR): À la Région, comme tout le monde.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van de heer **Ben Weyts** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal commissies, adviesraden, comités en andere organen die onder haar bevoegdheid vallen" (nr. 11802)

08 Question de M. **Ben Weyts** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre de commissions, de conseils consultatifs, de comités et d'autres organes ressortissant à sa compétence" (n° 11802)

08.01 **Ben Weyts** (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb u hierover reeds enkele schriftelijke vragen gesteld. Ik heb nu de vreemde weg gevolgd die vraag ook in de commissie te laten agenderen, blijkbaar met succes. Immers, ik heb intussen al een deel van de antwoorden gekregen wat het aantal adviesraden en commissies betreft, en de zitpenningen die daaraan verbonden zijn, en ook wat de publicatie van jaarverslagen betreft en andere wettelijke verplichtingen die berusten bij de diverse commissies, adviesraden, hoge raden, en dergelijke.

08.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je vous ai transmis une note écrite qui comprenait un grand nombre de renseignements.

08.03 **Ben Weyts** (N-VA): Il y a longtemps!

08.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Vous devez savoir que cela prend du temps. Par ailleurs, vous n'êtes pas le seul à poser des questions.

Cela dit, selon les informations qui m'ont été communiquées, nous devrions disposer de nouveaux renseignements, la semaine prochaine. Nous ne manquerons pas de vous les communiquer.

08.05 **Ben Weyts** (N-VA): Mevrouw de minister, het is prima voor mij als ik die eind volgende week krijg.

08.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: Nous allons donc répondre par la voie du Bulletin des questions et réponses. Mais nous vous transmettrons également le complément d'information.

La **présidente**: Un petit problème se pose peut-être dans la mesure où ce qui n'a pas été dit ne peut être publié.

08.07 **Ben Weyts** (N-VA): Ik heb ter zake geen probleem.

Ik noteer dat ik tegen het einde van volgende week een antwoord zal krijgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Maya Detiège** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddel Calcort" (nr. 11845)

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van het geneesmiddel Calcort" (nr. 11921)

09 **Questions jointes de**

- Mme **Maya Detiège** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le médicament Calcort" (n° 11845)

- M. **Koen Bultinck** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Calcort" (n° 11921)

De **voorzitter**: Mevrouw Detiège is niet aanwezig en ik geef aldus meteen het woord aan de heer Bultinck.

09.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik verwijs naar een opmerkelijk bericht in het vakblad De Apotheker, waaruit blijkt dat apothekers geregistreerde geneesmiddelen niet zomaar kunnen invoeren uit het buitenland.

Een aantal ouders van kinderen met de zeldzame spierziekte van Duchenne, moeten het nodige geneesmiddel Calcort bij wijze van spreken zelf invoeren. Technisch blijkt er een lacune in de wet te bestaan waardoor het geneesmiddel Calcort hier niet gemakkelijk te verkrijgen is.

Dit is een zeer merkwaardige situatie. Door een technisch mankement in de wetgeving doen er zich op het terrein een aantal heel concrete problemen voor. In deze commissie hebben we lange debatten gevoerd over de weesgeneesmiddelen en dergelijke.

Mevrouw de minister, bent u zich bewust van het probleem?

Bestaan er nog geneesmiddelen, buiten Calcort, waarvoor deze problemen zich stellen?

Welke maatregelen van wettelijk-technische aard hebt u genomen let betrekking tot deze lacune?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, op basis van de van kracht zijnde regelgeving mogen apothekers geneesmiddelen die in België wel degelijk vergund maar niet gecommmercialiseerd zijn, niet invoeren. Dit is het geval voor Calcort. Om de invoer van zulke geneesmiddelen voor een apotheker mogelijk te maken, kan de firma hiertoe een derogatie indienen bij het agentschap voor geneesmiddelen in geval van levensnoodzakelijke geneesmiddelen waarvoor in ons land geen alternatief beschikbaar is.

Ik deel u mee dat mijn diensten deze problematiek bij het bedrijf dat de registratie van Calcort bezit, hebben aangekaart. Gezien dit bedrijf deze specialiteit niet op de Belgische markt zal brengen, heeft zij zich ertoe verbonden om de registratie van Calcort zo spoedig mogelijk te schrappen. Eens de registratie is geschrapt, kan het Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV tussenkomen op basis van de individuele aanvragen, op voorwaarde dat dit geneesmiddel door de apotheker uit het buitenland wordt ingevoerd en voor zover de patiënt een akkoord verkrijgt.

In tegenstelling tot wat aangekondigd is, heeft de firma mij tevens laten weten dat Calcort enkel in Groot-Brittannië gecommmercialiseerd is binnen de Europese Unie. De ziekte van Duchenne is een zeldzame ziekte die bij een op 5.000 tot 10.000 voornamelijk mannelijke kinderen voorkomt waarvoor tot vandaag in België geen enkel geneesmiddel met deze specifieke indicatie is vergund. Dergelijke patiënten kunnen behandeld worden met Calcort dat een corticoïde bevat. Dit geneesmiddel wordt gebruikt om zijn gunstig effect op de spierkracht en de functionaliteit op korte termijn. Er zijn echter andere corticoïden beschikbaar zoals Prednisolon en methylprednisolon. Volgens de informatie die ik kreeg van het agentschap voor geneesmiddelen en het RIZIV is de mogelijkheid dat deze alternatieven meer nevenwerkingen zouden vertonen tot heden niet bewezen. Sinds 2006, bij de herziening van de geneesmiddelenwet, voorziet deze de zogenaamde sunset clause die het FAGG en de minister van Volksgezondheid toelaat om een registratie te schrappen indien een geneesmiddel niet binnen de drie jaar na de verlening van de vergunning daadwerkelijk gecommmercialiseerd wordt.

09.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u uiteraard voor uw antwoord. Het is echter op zich een merkwaardige situatie waarbij de overheid deels afhankelijk is van de goodwill van de firma die uiteindelijk haar eigen registratie voor het betrokken geneesmiddel moet laten schrappen terwijl er zich concreet op het terrein, hoewel het gaat om een zeldzame ziekte met een klein aantal patiënten, toch een probleem stelt. U zegt dat we de mensen moeten doorverwijzen naar het Bijzonder Solidariteitsfonds maar uiteindelijk blijft er toch een lacune in de wetgeving bestaan. De vraag blijft dus of we die vrij absurde situatie wetgevingstechnisch niet kunnen rechtekken. De absurde situatie van registratie, enerzijds, en niet-commercialisering, anderzijds, zorgt nu immers voor concrete problemen op het terrein.

09.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Il est normal que le Fonds de solidarité n'intervienne que s'il n'y a pas d'enregistrement. Le problème, c'est que la firme a un enregistrement, mais qu'elle ne veut pas commercialiser le médicament.

C'est là qu'intervient la loi de 2006 qui prévoit que, si le médicament n'est pas commercialisé dans les trois ans, l'on retire l'enregistrement et, automatiquement, le Fonds de solidarité peut intervenir. C'est vrai qu'il y a un délai de trois ans, mais le législateur a en tout cas amendé les dispositions en 2006.

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

10 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la hausse importante des infections sexuellement transmissibles" (n° 11835)

10 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sterke toename van seksueel overdraagbare aandoeningen" (nr. 11835)

10.01 Colette Burgeon (PS): Madame la vice-première ministre, dans son rapport annuel commun des différents systèmes d'enregistrement des infections sexuellement transmissibles en Belgique, l'Institut scientifique de Santé publique (ISSP) évoque la hausse importante, en 2007, des infections sexuellement transmissibles.

En Belgique et dans d'autres pays, on a assisté à une recrudescence de la syphilis. Par rapport à 2005-2006, la syphilis a plus que doublé entre 2006 et 2007. Nous en sommes à 633 cas. Cette augmentation récente se manifeste dans toutes les tranches d'âge et principalement chez les hommes.

C'est également le cas d'autres infections, comme la gonorrhée et le chlamydia, pour lesquelles le réseau des laboratoires vigies observe une augmentation continue.

Grâce aux données du réseau sentinelle de cliniciens mis en place au sein de l'ISSP, il est possible d'identifier les sous-populations à risque élevé pour chaque IST enregistrée. Un quart des diagnostics de syphilis concerne une réinfection, principalement chez les hommes homosexuels ou bisexuels. Le nombre d'infections diagnostiquées dans ce groupe a plus que doublé entre 1997 et 2007, suggérant une augmentation des comportements sexuels à risque. Ainsi, on relève que 81% des hommes enregistrés avec une réinfection sont porteurs du VIH.

Certes, la prévention qui est du domaine des Communautés demeure le moteur de la lutte contre le VIH/sida et autres IST. Néanmoins, quand la prévention a échoué, il importe de diagnostiquer la contamination le plus rapidement possible afin d'éradiquer ou de contenir le virus.

Voici mes questions.

1. Le rapport relève une corrélation certaine entre l'augmentation du nombre de cas rapportés et l'augmentation du recours aux tests moléculaires de diagnostic en Belgique. Est-ce que l'augmentation des cas d'IST observée peut être expliquée exclusivement par l'amélioration de la détection des cas due à une amélioration de la recherche de ces germes et l'utilisation croissante de méthodes diagnostiques plus sensibles? Des analyses plus détaillées ont-elles été entreprises pour analyser ce point correctement? En effet, certains éléments suggèrent que ces infections sont aussi en augmentation dans la population.

2. La résistance de la gonorrhée à divers antibiotiques comme la pénicilline (34,7%), la tétracycline (49%) et la ciprofloxacine (60,3%) a augmenté ces dernières années. Observe-t-on le même phénomène pour les autres IST? Une alternative à ces trois antibiotiques existe-t-elle? Si oui, est-elle remboursée?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, une augmentation du nombre de diagnostics d'infections sexuellement transmissibles a été observée en Belgique, notamment grâce au réseau des laboratoires Vigie. Cette augmentation peut être due à plusieurs facteurs comme une hausse de l'incidence dans la population, l'utilisation de tests plus sensibles au cours du temps ou l'augmentation du nombre de tests réalisés.

Dans le cas des infections dues au chlamydia, l'augmentation observée entre 2000 et 2005 est partiellement liée à l'introduction de méthodes plus sensibles. En effet, la PCR (Polymerase Chain Reaction) a été remboursée à partir de décembre 2001. L'augmentation des diagnostics observée entre 2006 et 2007 ne doit pas être attribuée à un usage des techniques de diagnostic plus sensibles, la proportion de tests PCR étant similaire en 2006 et 2007.

Une partie de l'augmentation des diagnostics de syphilis et d'infections dues au chlamydia pourrait cependant être liée à une augmentation des tests effectués. En effet, l'information et la sensibilisation du public et du corps médical à l'évolution de ces infections a pu résulter dans le recours plus fréquent aux tests de diagnostic.

En ce qui concerne les diagnostics de syphilis, les laboratoires Vigie ne rapportent pas de modifications significatives dans les techniques utilisées. L'augmentation du nombre de diagnostics reflète une

augmentation de l'incidence de cette infection, essentiellement parmi la population homosexuelle masculine.

L'impact de l'augmentation éventuelle du nombre des tests effectués n'est pas actuellement précisé. Il en résulte que la fraction de l'augmentation des cas enregistrés que l'on pourrait attribuer à un recours accru aux tests de diagnostic reste inconnue. Des analyses plus détaillées tenant compte du nombre total de tests effectués n'ont pas été entreprises jusqu'à présent.

La seule alternative aux antibiotiques sus-mentionnés est l'utilisation de la Ceftriaxone sous forme de Rocephine ou du Ceftriaxone générique. Ce médicament n'est actuellement pas remboursé dans le traitement ambulatoire d'une infection sexuellement transmissible. J'ai demandé que l'on examine la possibilité du remboursement de l'ensemble des spécialités à base de Ceftriaxone en première ligne et en ambulatoire pour le traitement de certaines infections sexuellement transmissibles.

Je vous ferai part de l'évolution du dossier suite aux informations qui me seront transmises.

10.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'attendrai donc le résultat des analyses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la quatorzième conférence mondiale sur le tabac ou la santé" (n° 11837)

11 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veertiende wereldconferentie over roken of gezond zijn" (nr. 11837)

11.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la vice-première ministre, du 8 au 12 mars se tenait, à Mumbai en Inde, la quatorzième Conférence mondiale sur le tabac ou la santé. Cette conférence, organisée tous les trois ans depuis le milieu des années 60, était consacrée à l'approche multisectorielle de la lutte antitabac. Les participants devaient examiner en particulier la mise en œuvre de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, entrée en vigueur en 2005 et qui compte actuellement 161 parties.

L'expérience montre que de nombreuses mesures efficaces de lutte antitabac peuvent être appliquées dans diverses situations et ont un effet significatif sur la consommation de tabac. La stratégie la plus efficace au moindre coût consiste à prendre des mesures politiques applicables à l'ensemble de la population: interdiction des publicités directes ou indirectes pour le tabac, taxation du tabac, augmentation du prix, interdiction de fumer dans tous les lieux publics et au travail, messages ressortant clairement et en gras sur les conditionnements. Toutes ces mesures sont traitées dans les dispositions de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Madame la vice-première ministre, quels enseignements tirez-vous de cette quatorzième Conférence?

Cinq ans après la ratification de la convention-cadre de l'OMS par la Belgique, comment a évolué la consommation de tabac, singulièrement chez les jeunes, suite à l'interdiction de vente aux moins de 16 ans? Cette interdiction est-elle respectée par les commerçants? Quelle évaluation faites-vous du Plan fédéral de lutte contre le tabagisme? Ce Plan porte-t-il ses fruits?

Afin de lutter contre ce fléau mortel, quelles mesures nouvelles envisagez-vous d'introduire soit dans le cadre du Plan Cancer ou soit dans un plan fédéral de lutte contre le tabagisme? Rappelons qu'en Belgique, 60 personnes meurent chaque jour d'avoir fumé au cours de leur vie et que notre pays occupe la première place européenne en termes de mortalité due au cancer du poumon.

Une nouvelle augmentation des taxes sur le tabac est-elle envisagée dans un avenir proche, comme le préconise l'OMS?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, la quatorzième Conférence mondiale sur le tabac ou la santé s'est en effet déroulée du 8 au 12 mars à Mumbai. Cette Conférence a regroupé des chercheurs, des membres de la société civile luttant contre le tabac ainsi que des représentants des autorités publiques tant nationales qu'internationales, parmi lesquelles un représentant du SPF Santé

publique.

Les objectifs d'une telle Conférence sont notamment de faire le point sur les enjeux actuels de la lutte contre le tabagisme, d'échanger des expériences sur les bonnes pratiques et sur les mesures d'évaluation mises en place et, enfin, de prendre connaissance des recherches en la matière.

La déclaration finale de cette Conférence identifie clairement les enjeux fondamentaux pour les années à venir. Il en ressort que pour continuer à engranger des résultats positifs, ce thème doit absolument rester une priorité. Il semble cependant que les enjeux principaux soient également ceux relatifs à l'application des textes existants.

L'an dernier, le service de contrôle tabac de notre SPF a réalisé 2.230 contrôles portant sur l'interdiction de vente aux moins de 16 ans. Ces contrôles sont effectivement justifiés; il s'agit sans aucun doute d'une loi qui a bénéficié et qui bénéficie d'un large soutien au sein de notre société.

Il est cependant indéniable que cette mesure ne permettra pas à elle seule d'empêcher les jeunes de fumer. Néanmoins, elle leur indiquera ainsi qu'aux commerçants que les cigarettes ne sont pas des produits ordinaires mais dont la consommation a des effets dramatiques sur la santé.

C'est la combinaison de cette mesure avec d'autres comme l'apposition de photos sur les paquets de cigarettes, l'interdiction de fumer et les campagnes de prévention qui doit amener les jeunes à moins fumer.

En 2009, le service d'inspection Tabac mettra l'accent sur la protection des plus jeunes contre les conséquences néfastes du tabagisme. Il s'agit là d'une priorité du Plan Cancer. En 2009, environ 5.000 contrôles seront effectués.

Le planning de contrôle prévoit entre autres, le contrôle de l'interdiction de fumer dans les maisons de jeunesse et le contrôle d'environ mille locaux de mouvements de jeunesse.

Une réforme des mesures d'étiquetage des produits du tabac est actuellement en cours. Un arrêté ministériel introduisant le numéro de la ligne "Tabac Stop" en complément de l'ensemble des avertissements déjà présents sur les paquets de cigarettes et réformant le système de rotation de ces avertissements combinés sera envoyé prochainement au Conseil d'État pour avis.

En outre, une modification de l'arrêté royal du 13 août 1990 relatif à la fabrication et la mise dans le commerce des produits à base de tabac est prévue et un nouvel arrêté ministériel est également en préparation afin de permettre l'application des avertissements combinés sur les autres produits du tabac, tel le tabac à rouler.

Je tiens également à annoncer que dans le cadre du Plan Cancer, la mesure du remboursement forfaitaire des consultations chez le tabacologue a été étendue à l'ensemble des fumeurs. Cette mesure entrera en vigueur dès le 1^{er} juillet 2009 et sera soutenue par une campagne de communication sur l'ensemble des moyens de sevrage mis à la disposition des consommateurs de tabac. Je citerai la ligne "Tabac Stop", les généralistes, les tabacologues, "Le Centre d'Aide aux Fumeurs" ou les programmes de sevrage en groupe.

Par ailleurs, dans les mois et années à venir, la Belgique participera activement aux discussions européennes sur la révision de la directive 2001/37 qui fixe les règles en matière d'étiquetage des produits du tabac.

Cette révision est fondamentale puisque les discussions porteront notamment sur la possibilité d'introduire des paquets génériques, non colorés, où la marque est indiquée sous une forme imposée. Les recherches présentées sur le sujet à la conférence de Mumbai ont prouvé l'efficacité de cette mesure, notamment en augmentant la perception du côté nocif et en diminuant l'attractivité du produit surtout chez les jeunes.

La taxation des produits du tabac est du ressort de mon collègue des Finances. On peut constater que le prix est déterminant dans la diminution du nombre de consommateurs. C'est ainsi que selon la Banque mondiale, une augmentation de 10% du prix, diminue de 4% le nombre des consommateurs.

De plus, l'expérience montre qu'aucune augmentation du prix du tabac n'a provoqué d'explosion du commerce illicite qui aurait fait diminuer les rentrées fiscales.

Je plaide donc pour une meilleure prise en compte des impératifs de santé publique.

11.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Effectivement, si les textes sont bons, le problème est de respecter la loi. Nous ne sommes pas les seuls à connaître ce problème.

En ce qui concerne la taxe, j'interrogerai votre collègue, le ministre des Finances. Néanmoins, ne pourrait-on veiller au fait suivant: si le jeune de moins de 16 ans ne peut acheter des cigarettes, c'est le grand frère qui le fait, voire même les parents, qui sont complètement inconscients. Je ne vois pas ce qu'on peut faire à cet égard, car c'est un problème qui se gère au sein des familles. Toutefois, il importe de constamment sensibiliser les adultes en la matière, parce qu'il s'agit d'un problème important.

La **présidente:** Madame Burgeon, le prochain cheval de bataille de ceux qui oeuvrent à la lutte contre le tabac est effectivement d'examiner la limite de notre intervention dans le fait de ne pas exposer des enfants au tabac au sein de leur propre famille, sous peine d'ingérence au niveau familial. Et le faire pour le tabac ouvrirait des tas d'autres portes. Mais les questions restent posées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de M. Jean-Jacques Flahaux au ministre de l'Intérieur sur "la mise sur le marché, via internet, de kits de tests ADN" (n° 11631)

12 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Binnenlandse Zaken over "het vermarkten van DNA-testpakketten via het internet" (nr. 11631)

12.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, au départ, j'avais adressé la question au ministre de l'Intérieur, mais je suis très honoré que ce soit la ministre de la Santé qui me répond.

De plus en plus de laboratoires privés, belges ou étrangers, proposent d'acheter un test de paternité en ligne. Le public cible de ces tests est composé des internautes désireux de connaître leur parenté biologique à un prix abordable, que ce soient des pères soucieux de vérifier la véracité de leur paternité, des enfants en quête de filiation, des personnes en instance de divorce.

Pour répondre à des questions aussi importantes que: "Suis-je bien son géniteur? Qui est mon père? Est-ce un enfant de mon mari ou de mon amant?", un kit d'analyse est suffisant pour l'étude de tout élément porteur d'empreinte génétique. Après recueil d'un peu d'ADN auprès des personnes concernées, le plus souvent un peu de salive ou tout autre élément porteur d'empreintes génétiques (cheveux, ongle, brosse à dents, mouchoir, tétine, etc.), il leur suffira de renvoyer l'échantillon au laboratoire par voie postale ou en express, tout cela pour une somme allant de 200 à 700 euros, selon le type d'analyse. Les résultats seront ensuite transmis au client dans un délai plus moins bref, de 2 à 15 jours, par courriel, par courrier ou par téléphone.

En Belgique, aucune législation n'interdit ce type de test de paternité en vente libre. Or le risque est grand de voir ces tests, dont rien ne nous garantit la fiabilité, servir d'armes dans des conflits de couple ou des désaccords entre enfants et parents. En outre, il semble n'y avoir aucune garantie contre des risques de "piratage" lors de la transmission des données par internet. Pas plus qu'il n'y a de garantie que ces données à caractère personnel ne seront pas utilisées ultérieurement à des fins commerciales. Ce commerce en ligne pose donc clairement une série de questions éthiques, face à une possible dérive purement mercantile.

Actuellement, la Belgique compte huit centres de génétique agréés pour réaliser des tests à la demande d'un tribunal, d'un tiers (avocat, médecin,...) ou de particuliers, avec des protocoles très précis à respecter (pertinence clinique, consentement, confidentialité des données, guidance, etc.) et surtout avec le souci permanent de respecter à la fois le principe d'autonomie de la personne et la protection de la vie privée.

Ici, la question du consentement se pose clairement dans la mesure où il n'y a aucune certitude que les échantillons d'ADN soient prélevés avec l'accord de l'intéressé; donc aucune garantie que les résultats des analyses lui soient transmis. Que dire des problèmes de protection de l'enfant, en cas de test de paternité? De l'accompagnement psychologique indispensable à l'annonce des résultats?

Enfin, ces laboratoires installés aux quatre coins de l'Europe répondent-ils aux standards de qualité?

Le Comité consultatif de bioéthique, qui a remis plusieurs avis sur le sujet, préconise donc une information adéquate et complète au grand public afin d'éviter que ce dernier ne tombe dans le piège de pubs racoleuses et dangereuses. Mais est-ce bien suffisant?

Madame la ministre, quelles mesures de protection des internautes, mais aussi de leurs proches, vous est-il possible de mettre en place afin d'éviter des drames à venir?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, je vais vous dire d'emblée que je partage votre analyse sur les dangers, les incertitudes et les drames humains que peuvent provoquer ce genre de tests systématiques.

Vous avez posé votre question au ministre de l'Intérieur mais vous auriez aussi pu la poser au ministre Van Quickenborne.

La vente de tests génétiques via internet relève de la loi du 11 mars 2003 sur certains aspects juridiques des services de la société de l'information. Il en est de même en cas d'échantillons de résultats envoyés par courrier. En vertu de l'article 5 de cette loi, la fourniture de services de la société de l'information par un prestataire établi sur le territoire belge doit répondre aux exigences applicables en Belgique en matière de protection de la vie privée. La responsabilité d'un hébergeur établi en Belgique et donnant accès à des sites étrangers proposant la vente de tests génétiques peut être mise en cause, et devrait l'être juridiquement.

Le contrôle des produits proposés en vente libre sur internet dépasse évidemment le seul cadre de la Belgique, ce qui rend les choses difficiles. Les tests proposés via internet peuvent être effectués dans des laboratoires qui échappent à la législation belge et même à la législation européenne. Les personnes qui ont recours à ces pratiques ne bénéficient d'aucune des protections prévues par la législation belge, que ce soit sur le terrain de la protection de la vie privée ou sur celui de la qualité des analyses. Je rappelle d'ailleurs que seules les analyses réalisées dans le respect de la légalité belge sont prises en compte dans le cadre des procédures officielles. Si on introduit une action en contestation de paternité sur base d'un tel test, cela devrait être immédiatement écarté car cela n'a pas été fait dans le cadre du respect de la législation belge.

La réponse du comité de bioéthique est qu'il faut informer le public sur les dangers de recours à internet pour ce type de recherches. C'est une des grandes options: à partir du moment où cela dépasse le cadre belge et européen, il faut informer des dangers, des incertitudes, des manipulations, sur le fait que la vie privée n'est pas protégée et qu'on ne pourrait en quelque sorte pas s'en servir pour une action en Belgique.

Je vous rappelle qu'à de nombreuses reprises et sur des sujets divers, des avertissements sur les dangers du recours à internet dans les aspects santé ont déjà été émis par mon département, par exemple pour les commandes de médicaments ou de produits sanitaires. Le sujet que vous évoquez s'inscrit dans le même contexte.

12.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

Madame la ministre, vous avez fait référence aux ministres de l'Intérieur, de la Santé, et de la Protection du consommateur.

Il est vrai que je devrai sans doute interroger M. Van Quickenborne sur ce point.

Cela dit, vous avez évoqué également la prise en compte dans les procédures légales. Je crains que des conséquences interviennent avant même l'entrée en vigueur de ces procédures.

12.04 Laurette Onkelinx, ministre: Vous avez tout à fait raison sur ce point.

12.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): En outre, il faudrait que vous, le ministre de l'Intérieur ou le ministre de la Protection des consommateurs puissiez inscrire ce point à l'ordre du jour du Conseil des ministres européens. En effet, il serait utile de pouvoir disposer d'une législation européenne en la matière. La semaine dernière, nous avons visité – Mme la présidente était présente – l'AFSCA. À cette occasion, la question a été posée de savoir si la crédibilité des laboratoires équivalant à l'AFSCA en Roumanie ou ailleurs était aussi importante que chez nous.

Madame la ministre, en déposant ma question, mon objectif était de faire avancer la réflexion, la prise de conscience, mais aussi la résolution de ce genre de problématique qui risque d'avoir des conséquences très pernicieuses.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût et le bénéfice du traitement C. Cure" (n° 11780)

13 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kosten en baten van de C. Cure-behandeling" (nr. 11780)

13.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame le ministre, cette question vous était bien destinée.

Je voudrais vous interpellier sur une avancée médicale dans laquelle le laboratoire Cardio3 bio sciences de Mont-Saint-Guibert est à la pointe.

Ce laboratoire a mis au point un programme appelé C. Cure qui consiste à prélever des cellules dans la moelle de la hanche pour les mettre en culture afin de les transformer en traitement, capable de réparer le cœur au niveau de la cicatrice de la zone d'ischémie, en la remplaçant par du nouveau muscle. De la sorte, l'organe en question se trouve réparé. Cette cure voit son expérimentation entrer en phase II-III à l'Hôpital Notre-Dame d'Alost – voyez que la Belgique existe encore: un laboratoire de Mont-Saint-Guibert, un hôpital d'Alost –, où des patients en phase de complication thérapeutique, suite à des interventions passées du fait de problèmes cardiaques, sont opérés, avec de grands espoirs de pouvoir laisser derrière eux problèmes cardiaques et traitements à vie.

Cette avancée, résultat de l'excellence de notre recherche, est donc une avancée majeure dans le domaine de la cardiologie, ce dont nous ne pouvons a priori que nous féliciter. Elle va offrir un confort de vie à nombre de patients.

Madame le ministre quel soutien vos services ont-ils ou vont-ils apporter au développement de cette dernière?

Pouvez-vous nous donner des indications sur le coût actuel et à venir de ce traitement?

Pouvez-vous nous dire aussi, en matière de remboursement de soins, le bénéfice qu'il est permis d'en attendre, dans la mesure où les traitements à vie consécutifs à des accidents cardio-vasculaires, du fait de cette nouvelle thérapie, seront inutiles et donc source d'économies pour la sécurité sociale?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, vous avez déjà presque tout dit.

Cette technique visant à réparer le muscle cardiaque à l'aide de cellules souches prélevées sur le patient lui-même et qui a déjà été appliquée avec succès sur l'animal était extrêmement prometteuse pour le traitement des maladies cardiaques. Les premiers essais réalisés avec des cellules souches ne montraient qu'une amélioration modeste de l'état des patients mais Cardio3 bio sciences a développé un nouveau concept qui devrait amener une efficacité plus grande.

L'Agence fédérale des Médicaments n'a pas ménagé ses efforts pour aider Cardio3 bio sciences à mettre en œuvre un programme d'expérimentation clinique conforme aux exigences de l'EMA (Agence européenne des Médicaments). Les services de notre Agence continueront d'encadrer la réalisation de cette expérimentation clinique jusqu'à son terme.

Comme vous venez de le dire, selon la presse, à ce jour, une seule application sur l'homme a été réalisée à l'hôpital Onze-Lieve-Vrouw d'Alost. Il n'y a pas d'obligation de notification en temps réel à l'Agence des Médicaments des applications sur l'homme. D'un autre côté, l'expérimentation clinique a été notifiée à l'Agence pour une durée de trois ans, prenant cours en décembre 2008.

Il est donc bien trop tôt pour évaluer le coût et la portée de ces traitements et ses effets sur le traitement

ultérieur des patients concernés.

Lorsque ces conclusions seront disponibles et si elles présentent un rapport coût/efficacité favorable, soyez assuré que je prendrai toutes les dispositions pour rendre ce traitement accessible au plus grand nombre, notamment au travers de l'assurance maladie.

Je me permets de vous rappeler que durant la phase d'expérimentation clinique, le patient ne peut être exposé à aucun frais supplémentaire.

13.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, vous aviez indiqué que ma question reprenait déjà tout. Votre réponse me satisfait complètement. Je n'ai donc rien à ajouter.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 **Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "lipstick schadelijk voor de gezondheid" (nr. 11842)**

14 **Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rouge à lèvres nocif pour la santé" (n° 11842)**

14.01 **Lieve Van Daele** (CD&V): Mevrouw de minister, de voorbije tijd is er internationaal veel wat te doen geweest over de veiligheid van cosmetica. Uit een onderzoek van de Amerikaanse Food and Drug Administration blijkt dat verschillende beautymerken nogal wat lood in producten stoppen, onder meer in lippenstift, zowel in kleurstoffen als in producten om de smeerbaarheid te verhogen.

Er zijn nogal wat onderzoeken die aantonen dat lood vooral voor zwangere vrouwen en kinderen gevaarlijk zou zijn. Recent is daarover een studie gepubliceerd die aanwijsbare verbanden aantoonde. Ik heb ook vastgesteld dat een tweetal weken geleden een Europese richtlijn werd goedgekeurd voor een strengere normering inzake cosmetica.

Is er in ons land een controle daarop?

Waarbinnen situeert die controle zich? Is dat binnen de FOD Volksgezondheid of veeleer binnen het Federaal Agentschap voor de Geneesmiddelen of voor de Veiligheid van de Voedselketen?

Zijn er gegevens die wijzen in de richting van onvoldoende veiligheid? Zo ja, overweegt u bepaalde maatregelen in dat verband?

14.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, alvorens meer in detail op de vragen te antwoorden, wens ik uw aandacht te vestigen op het feit dat cosmetica alle garanties inzake veiligheid moeten kunnen leveren. Lood is verboden als bestanddeel in cosmetica sinds 2004 door de Europese richtlijn 2004/93, omgezet in Belgisch recht door het KB van 25 november 2004.

Lood mag niet als bestanddeel in cosmetica worden gebruikt, want significante dosissen zijn immers schadelijk voor de gezondheid. Lood kan nochtans in heel lage concentraties in cosmetica aanwezig zijn, bijvoorbeeld als onzuiverheid in een pigment dat van nature lood bevat. Aangezien die sporen van lood slechts een heel kleine hoeveelheid lood vertegenwoordigen, schaden zij de veiligheid van het product niet.

Over het algemeen aanvaardt men in de Europese Unie een concentratie van lood tot 10 ppm of parts per million, omdat het geen probleem voor de gezondheid van de gebruikers vormt. In de studie waar u naar verwijst, bevatten de zogenaamde slechte stalen minder dan 1 ppm lood. De teruggevonden hoeveelheid lood was dus uiterst gering en duidelijk lager dan de voornoemde drempel. Die producten kunnen dus niet als gevaarlijk voor de gezondheid beschouwd worden.

Wat de controle op de cosmetica op de Belgische markt betreft, wordt het door de inspectiedienst consumptieproducten van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en het Leefmilieu uitgevoerd. Jaarlijks worden zo'n 130 stalen cosmetische producten genomen en getest op verschillende aspecten van hun samenstelling, van gehalten aan schadelijke stoffen tot microbiële zuiverheid. Het programma voor cosmetica-analyses wordt opgesteld in samenspraak met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, dat de meerderheid van de analyses uitvoert.

Wat betreft zware metalen in cosmetica, worden jaarlijks analyses uitgevoerd op lood, antimoon en cadmium. De niet-conforme producten worden telkens, al dan niet vrijwillig, van de markt gehaald. De bekendmaking van de verdeling van schadelijke cosmetica op de Belgische markt moet zeker overwogen worden en dit om verschillende redenen. Een eerste reden is een betere bescherming van de consument door de consument te informeren over de verdeling van cosmetica die een gezondheidsrisico inhouden. Bovendien is de bekendmaking van de verdeling van niet-conforme producten een stimulans voor fabrikanten en verdelers om een doorgedreven kwaliteitscontrole te voeren. Het imago van het product, van de fabrikant en van de verdeler staan immers op het spel.

In het Europese RAPEX-systeem of snelmeldingssysteem voor gevaarlijke consumptieproducten, wordt wekelijks een overzicht van schadelijke producten gepubliceerd. Het gaat telkens om producten die in een of meerdere Europese lidstaten verdeeld werden en die van de markt gehaald werden.

Ook niet-conforme cosmetica wordt gemeld via het systeem, zonder dat echter volledige details worden gegeven over de distributie van de producten. Het spreekt voor zich dat de Belgische inspectiediensten actief deelnemen aan het RAPEX-systeem.

14.03 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw zeer uitvoerig en ook geruststellend antwoord. Wanneer ik de vergelijking maak, hebben wij niet alleen goede normen, maar ook een goed controlesysteem. Ik denk dat dat controlesysteem heel belangrijk is in een industrie die een omzet tot 70 miljard euro heeft. Ik denk dat naast de commerciële belangen vooral ook de gezondheidsaspecten belangrijk zijn.

Ik heb de indruk dat de controle en de normen hier hoger liggen. Ik heb zelf ook opzoekingswerk gedaan en de Amerikaanse Food and Drug Administration heeft inderdaad aangekondigd opnieuw met onderzoeken te zullen beginnen, omdat daar de rapporten blijven spreken over schadelijke gevolgen.

Ik vind uw antwoord in elk geval geruststellend en ik wil u daarvoor hartelijk danken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van de heer Bert Schoofs aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de gerechtspychiaters" (nr. 11938)

15 Question de M. Bert Schoofs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des psychiatres judiciaires" (n° 11938)

15.01 Bert Schoofs (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb minister van Justitie Jo Vandeurzen destijds al ondervraagd over de stand van zaken met betrekking tot een koninklijk besluit dat moet worden genomen in uitvoering van de wet van 21 april 2007, meer bepaald voor de erkenning van de gerechtspychiaters.

Welke concrete maatregelen wenst u uit te voeren, mevrouw de minister? In welke richting gaan die?

Tegen welk tijdstip wil u de regeling via een KB van kracht zien worden? De kwestie sleept nu toch al een tijdje aan.

Welke zijn de budgettaire implicaties van de geplande regeling?

15.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de wet van 21 april 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis bepaalt inderdaad in artikel 5 dat de expert voorafgaandelijk moet erkend zijn door de minister die bevoegd is voor volksgezondheid. Tot nu toe is de wet nog niet in werking getreden. In hetzelfde artikel is ook bepaald dat de Koning binnen de 24 maanden, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van dat artikel, de voorwaarden en de procedure voor het verlenen van de erkenning bepaalt. Hij bepaalt tevens de rechten en plichten van de erkende deskundigen en hij bepaalt de sancties die kunnen worden opgelegd bij het niet naleven van de erkenningsvoorwaarden. We beschikken dus nog over redelijk wat tijd vooraleer de erkenning effectief een feit zal zijn.

Ik ben me er echter van bewust dat het een centraal element betreft van de hervorming van de internering.

Daarom heb ik aan mijn administratie gevraagd om nu al aan dit onderwerp te werken. Zo is het, bijvoorbeeld, nodig dat er een bijzondere beroepstitel van gerechtspsychiater wordt ingesteld. Dat wordt momenteel bestudeerd in de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen. We zullen zo snel mogelijk een concreet voorstel doen en nadien met alle betrokken partners spreken, waaronder uiteraard het departement Justitie.

15.03 Bert Schoofs (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, de wet is nog niet van kracht. Dat is jammer. Zulks is natuurlijk de taak van de minister van justitie. In het verleden hebben we al vaak kritiek geleverd op het zoveelste uitstel van de inwerkingtreding van die wet. Het is goed dat uw kabinet nu reeds de nodige voorbereiding treft.

Ik wil u en de minister van Justitie, die ik reeds heb terechtgewezen, er toch op wijzen dat dit dossier een vrij acuut karakter heeft. De problematiek is ook zeer actueel. Bekijken we de twee laatste rechtszaken, de zaak Lhermitte met de moord op vijf kinderen en de zaak De Gelder, dan zien we dat de gerechtspsychiaters elkaar telkenmale weer tegenspreken. Dan doet het publiek terecht een beroep op politici om deze kwestie zo snel mogelijk uit te klaren. De gerechtspsychiaters spelen in deze een cruciale rol. Ik dring er bij de hele federale regering op aan om hier prioritair werk van te maken opdat bij een eventuele volgende zaak met gerechtspsychiaters, en laat ons hopen dat het niet gebeurt, de bevolking opnieuw niet met de mond vol tanden staat en de politiek nog veel meer.

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

16 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de centra voor ambulante revalidatie" (nr. 11945)

16 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de revalidation ambulatoire" (n° 11945)

16.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik kom nog even terug op de betoging van 16 maart 2009 van het personeel van de centra voor ambulante revalidatie. Zij klaagden toen in grote getale over een tekort aan middelen en personeel.

Technisch gezien werd de verdere uitbouw van die centra in 1984 stopgezet. In 1992 was er nog een nieuwe omschrijving van de taken, doelgroepen en kwaliteitsvereisten van die centra. Ieder van ons heeft ondertussen ook akte genomen van een aantal studies van het federale Kenniscentrum gezondheidszorg waar zij, op zijn zachtst uitgedrukt, een aantal wetenschappelijke twijfels formuleerden over het apart functioneren van die centra voor ambulante revalidatie.

Wat is uw beleidsvisie voor die centra voor ambulante revalidatie?

Kiest u voor een verdere uitbouw van deze centra of wenst u een andere beleidsvisie ter zake te ontwikkelen? Met andere woorden, zult u de stop op de verdere uitbouw van deze centra verder gestand doen?

16.02 Minister Laurette Onkelinx: Uit de studie van het Kenniscentrum blijkt dat er geen wetenschappelijke studies werden gevonden over de verschillen tussen mono- en multidisciplinaire behandeling en over het aantal disciplines dat nodig is om een aantal handelingen te verstrekken. De afwezigheid van dergelijke studies wil echter niet zeggen dat deze multidisciplinaire aanpak niet efficiënt en dus overbodig is. In de aanbevelingen van het Kenniscentrum betreffende deze centra voor ambulante revalidatie wordt dan ook gepleit voor het uitvoeren van verder wetenschappelijk onderzoek om het nut van deze vorm van multidisciplinaire revalidatie te bevestigen of te weerleggen.

De casestudy werd in het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV besproken. Er werd voorgesteld om op korte termijn een technische werkgroep samen te stellen die de huidige werkingsmodaliteiten zal aanpassen voor de centra die zich concreet engageren in een inhoudelijke conversie naar medische doelgroepen waarbij rekening wordt gehouden met de bevindingen van de casestudy. Tegen juni 2009 verwacht ik een aantal resultaten.

16.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik ben tevreden met uw antwoord omdat de studie van de betrokken technische werkgroep een duidelijke timing heeft. Ik voel me moreel verplicht om

het dossier verder op te volgen. We moeten gevoelig zijn voor de praktijk dat kinderen met een bepaald probleem soms anderhalf jaar moeten wachten op een therapie bij een betrokken centrum.

Ik neem akte van een studie die tegen juli 2009 wordt afgerond. Op relatief korte termijn zullen wij met concrete resultaten de betrokken regelgeving kunnen bijsturen. Ik volg het dossier verder op.

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

17 Question de M. Pierre-Yves Jeholet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conseils donnés par les mutualités en matière de choix des opticiens" (n° 12188)

17 Vraag van de heer Pierre-Yves Jeholet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de ziekenfondsen met betrekking tot de keuze van een opticien" (nr. 12188)

17.01 Pierre-Yves Jeholet (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je suis interpellé par plusieurs opticiens, principalement indépendants, qui s'interrogent sur des procédures problématiques dont usent certaines mutualités afin d'orienter leurs affiliés vers tel ou tel fournisseur.

Il apparaît que certaines mutualités, principalement la socialiste et la chrétienne, font de la publicité sur les remises accordées à leurs affiliés dans des points de vente bien précis tels que ceux proposant la chaîne Point de Mire, à condition que les affiliés optent pour une cotisation complémentaire. En d'autres termes, ces mutualités orientent clairement les choix des clients. Ces réductions peuvent aller jusque 30 à 40%.

Madame la ministre, si le fait que des opticiens pratiquent à certains égards des réductions n'est pas choquant – c'est d'ailleurs tout profit pour les clients de ces opticiens – et relève de la libre concurrence, n'est-il pas déloyal de laisser penser aux adhérents de certaines mutualités qu'ils ont tout intérêt à pousser la porte d'un magasin bien précis, en se réfugiant derrière un avantage lié à l'assurance complémentaire? Ne s'agit-il pas en l'occurrence d'une forme de concurrence déloyale? La mutualité ne s'écarte-t-elle pas, en ce cas d'espèce, de sa raison sociale?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Jeholet, les pratiques que vous décrivez dans votre question ne sont ni l'apanage des deux mutualités que vous citez, ni propres au secteur des opticiens. Elles ne sont pas nécessairement contraires aux dispositions légales régissant l'activité des unions nationales et des mutualités. Cela dit, je suis déjà intervenue à plusieurs reprises lorsque ces pratiques contrevenaient clairement à celles-ci. En l'espèce, je ne souhaite pas me prononcer sans avoir reçu l'Office de contrôle des mutualités qui est l'instance compétente pour ce genre de question et à qui j'ai transmis le dossier. Je vous tiendrai évidemment au courant des suites dès que j'aurai les conclusions de l'Office de contrôle des mutualités.

17.03 Pierre-Yves Jeholet (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

Étant donné que ma question figure au 48^{ième} point de l'ordre du jour, je me réjouis de ne pas avoir dû attendre la fin de soirée pour avoir la réponse de Mme la ministre.

Madame la ministre, si votre réponse me frustre quelque peu, je suis heureux de constater que vous preniez ce problème au sérieux. En effet, je ne veux nullement faire le procès d'une mutualité, mais il me semble qu'il faut réellement être attentif et vigilant en la matière et prendre en considération l'intérêt des patients ou des clients. En effet, il serait inconcevable de devoir se trouver face à une concurrence déloyale.

Je resterai donc très attentif à la question et j'espère que l'avis de contrôle des mutualités pourra être rendu rapidement.

Cela dit, madame la ministre, je vous remercie d'ores et déjà de bien vouloir me tenir informé de la suite qui sera réservée à ce dossier.

Par ailleurs, une concertation, y compris avec les opticiens indépendants, pourrait être organisée et les résultats de cette dernière pourraient vous être communiqués car cette problématique me semble pour le moins préoccupante.

La **présidente**: Il est vrai que la question est loin d'être close. En effet, toutes les mutuelles et tous les secteurs sont concernés.

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

18 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Els De Rammelaere** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitbreiding van de terugbetaling van Rilatine" (nr. 12192)

- mevrouw **Els De Rammelaere** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Strattera en Concerta" (nr. 12193)

18 **Questions jointes de**

- **Mme Els De Rammelaere** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'extension du remboursement de la Rilatine" (n° 12192)

- **Mme Els De Rammelaere** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Strattera et du Concerta" (n° 12193)

18.01 **Els De Rammelaere** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, als u het goed vindt, zou ik mijn vraag nr. 12192 over de uitbreiding van de terugbetaling van Rilatine en mijn vraag nr. 12193 over de terugbetaling van Strattera en Concerta willen samenvoegen omdat zij beide handelen over de terugbetaling van geneesmiddelen ter behandeling van ADHD. Het is voor mij goed als u beide antwoorden na elkaar geeft, wat misschien gemakkelijker is.

La **présidente**: (...)

18.02 **Els De Rammelaere** (N-VA): Ik zal onmiddellijk beide vragen stellen.

Mevrouw de minister, mijn eerste vraag gaat over de terugbetaling van Rilatine. Die terugbetaling is wel geregeld voor kinderen die lijden aan ADHD, maar dat wordt beperkt voor kinderen vanaf 6 jaar tot hun 18^{de} verjaardag. Daarna stopt elke financiële tegemoetkoming. Dat is jammer, want het is niet omdat zij plots 18 jaar worden, dat zij die geneesmiddelen niet meer nodig hebben. Integendeel, zij moeten dikwijls werk zoeken of studeren voort, en dat wordt bemoeilijkt zonder medicatie. Bij velen is het financieel niet mogelijk om dat voort te bekostigen. Daarom stoppen zij dan ook hun medicatie.

Mevrouw de minister, ziet u een mogelijkheid om in de terugbetaling van Rilatine te voorzien, ook voor volwassenen met ADHD?

18.03 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Rammelaere, ik deel u mee dat bij de beslissing tot opname op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, voor de specialiteit Rilatine werd beslist dat dit slechts in aanmerking komt voor terugbetaling onder de volgende drie voorwaarden.

Ten eerste, toegediend bij kinderen vanaf 6 jaar of bij adolescenten tot en met 17 jaar.

Ten tweede, voor de behandeling van aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit, dus ADHD.

Ten derde, de diagnose van ADHD moet gesteld worden door een kinderneuroloog of een kinderpsychiater.

Wat de leeftijdsbeperking betreft, was er in de aanvraag van de firma tot terugbetaling onvoldoende evidentie omtrent een meerwaarde qua doeltreffendheid en veiligheid van Rilatine bij adolescenten ouder dan 17 jaar.

In de motivering van de beslissing tot opname van Rilatine voor ADHD op de lijst, staat het volgende vermeld. Ik citeer: "Hoewel de algemene kwaliteit van de studies, uitgevoerd met methylfenidaat en/of de rapportering ervan meestal zwak is, tonen de resultaten van de studies niettemin een consistente en statistisch significante verbetering aan van de symptomen bij de kinderen behandeld met Rilatine".

De werkzaamheid van Rilatine wordt eveneens bevestigd in de meta-analyse van Schachter. De werkzaamheid van Rilatine werd essentieel aangetoond in studies van korte duur, gemiddeld drie weken, en

het dossier bevat geen gecontroleerde gegevens over lange termijn.

In geval van respons bleef de werkzaamheid van Rilatine voortduren over een lange termijn, twee jaar of meer, zoals aangetoond in opvolgingsstudies. De evidentie voor het gebruik van methylfenidaat bij de behandeling van ADHD is veel beperkter bij volwassenen dan bij kinderen. Een wijziging van de huidige vergoedingsmodaliteiten, met uitbreiding van de leeftijdsgroep naar volwassenen, zal dus slechts in overweging genomen kunnen worden indien de efficiëntie van het gebruik van het product bij volwassenen bewezen is.

Wat uw tweede vraag betreft, kan ik u meedelen dat, vooraleer een geneesmiddel in aanmerking kan komen voor een opname op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, het betrokken farmaceutisch bedrijf een aanvraag tot opname op deze lijst moet indienen bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Op voorstel van deze commissie bepaal ik, als minister van Sociale Zaken, de vergoedingsvoorwaarden van de specialiteit.

In het verleden heeft het farmaceutisch bedrijf Janssen-Cilag tweemaal, in december 2003 en juli 2004, een aanvraagdossier tot terugbetaling voor de farmaceutische specialiteit Concertatabletten ingediend. De toenmalige minister van Sociale Zaken heeft tot tweemaal toe een negatieve beslissing geformuleerd, na telkens een grondige evaluatie van de aanvraag te hebben ontvangen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

Het farmaceutisch bedrijf Eli Lilly Benelux heeft eveneens reeds een aanvraag tot opname in de vergoedbaarheid ingediend voor de farmaceutische specialiteit Strattera. Op basis van het definitieve voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heb ik eveneens op 30 mei 2008 een negatieve beslissing genomen.

De motivering van de commissie over het al dan niet opnemen op de lijst van vergoedbare specialiteiten is gebaseerd op verschillende criteria, waaronder de prijs die wordt toegekend door de Federale Overheidsdienst Economie, de via studies aangetoonde therapeutische waarde van de specialiteit, de analyse van de budgettaire impact voor de ziekteverzekering, de evaluatie van farmaco-economische gegevens en eventuele commentaren van de aanvrager.

Teneinde het budgettair haalbaar te houden, dient de ziekteverzekering beperkingen te stellen aan het volume en de doelgroep van de patiënten. Dat leidt tot een optimale efficiëntie van de therapie en de beschikbare financiële middelen. Rekening houdend met de budgettaire beperkingen, werd het steeds niet opportuun geacht de betrokken specialiteiten op te nemen op deze lijst tegen de door het bedrijf gewenste prijs. In het dossier zijn er immers geen directe klinische vergelijkende gegevens die een meerwaarde qua doeltreffendheid en veiligheid van Concerta en Strattera aantonen tegenover de andere geneesmiddelen aangewend voor dezelfde indicatie, met name Rilatine en Rilatine MR.

Ten tweede, er kon met de bedrijven geen akkoord worden gevonden over een prijs die mogelijke budgettaire risico's uitsloot. De argumenten die een eerste negatief advies hebben gerechtvaardigd, konden bij de tweede aanvraag voor Concerta door het bedrijf met nieuwe klinische gegevens niet worden weerlegd. Bovendien bleef de gewijzigde budgettaire impact van het voorstel ingediend door het bedrijf, onaanvaardbaar. Tot tweemaal toe kon met het bedrijf geen prijsakkoord worden bekomen.

L'éventuel remboursement des spécialités Strattera et Concerta dépendra de l'introduction d'une nouvelle demande par les firmes responsables, dans laquelle un prix supérieur par rapport aux alternatives utilisées pour la même indication, ne pourra être accepté que si des données comparatives directes, présentes dans le dossier peuvent démontrer une plus-value en ce qui concerne l'efficacité et la sécurité de Strattera ou de Concerta vis-à-vis des alternatives existantes.

Si la demande comme médicaments de classe II est retenue, selon laquelle la valeur thérapeutique est équivalente à celle des alternatives remboursables existantes de Rilatine et Rilatine MR, la base de remboursement demandée par la firme ne pourra être supérieure à celle de la spécialité de référence en tenant compte de la forme pharmaceutique, de la teneur en principes actifs, du nombre d'unités de prise dans le conditionnement ainsi que des conditions de remboursement de ces spécialités de référence.

Depuis le 1^{er} novembre 2005, une spécialité à base de méthylphénidate, à libération prolongée, sous une forme destinée à une administration journalière et ayant une durée d'action de huit heures, est inscrite dans

la liste des spécialités remboursables. Une alternative remboursable, pour un confort similaire, est donc actuellement disponible.

18.04 **Els De Rammelaere** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wat de eerste vraag over de terugbetaling van Rilatine voor volwassenen betreft, zijn er ter zake meerdere opinies.

Ik had een overleg met de vzw ZitStil, die gespecialiseerd is in de opleiding en begeleiding van ADHD-jongeren en hun ouders. De leden van voornoemde vzw zijn er niet van overtuigd dat Rilatine geen effect op volwassenen zou hebben. Integendeel, zij beweren dat Rilatine wel degelijk nuttig kan zijn en, samen met andere vormen van begeleiding, de betrokkenen kan helpen.

Ik zou er dan ook op willen aandringen dat de administratie nog eens met de farmaceutische firma's gaat samenzitten, om bijkomende studies te laten uitvoeren en te laten onderzoeken wat het effect op volwassenen is, teneinde uit te maken of Rilatine inderdaad minder effectief zou zijn, zoals u beweert.

Ten tweede, wat de terugbetaling van Concerta en Strattera betreft, u verklaart dat Concerta even doeltreffend als Rilatine zou zijn en geen meerwaarde zou hebben. Ook voornoemde bewering moet worden tegengesproken. Het tegendeel is immers al duidelijk gebleken. Het product wordt nu wel degelijk genomen, maar niet terugbetaald. Het is echter veel gebruiksvriendelijker. Er moet slechts één tablet van worden ingenomen. Het product is ook minder stigmatiserend. Van Rilatine moeten normaal gesproken drie tabletten per dag worden ingenomen. Bij Concerta is dat maar één tablet.

Dat maakt Concerta gebruiksvriendelijker en minder stigmatiserend ten opzichte van kinderen op school. Zij krijgen niet onmiddellijk de stempel van ADHD'er opgekleefd.

Ik zou ter zake opnieuw willen vragen dat de administratie een poging onderneemt om met de farmacie rond de tafel te gaan zitten en te bekijken wat er daarbij uit de bus komt. Inzake de terugbetaling moeten wij verder dan enkel het budgettaire aspect durven kijken. Wij moeten ook naar de meerwaarde in zijn geheel durven kijken.

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

19 **Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chirurgie réfractive" (n° 12002)**

19 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "refractieve heelkunde" (nr. 12002)**

19.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la présidente, comme vous venez d'attirer notre attention sur le fait que l'on revient en arrière, je voudrais vous faire part du fait que j'ai demandé le report de ma question 12068, qui figure au point 45 de notre ordre du jour et qui a trait au dépistage de la toxoplasmose durant la grossesse.

Madame la présidente, madame la ministre, les techniques chirurgicales de correction des défauts visuels font leurs preuves depuis plus de 30 ans. Elles permettent de corriger les anomalies de courbure de la cornée, parfois du cristallin et de modifier ainsi le trajet des rayons lumineux. En fonction de l'importance du défaut préopératoire, le résultat peut être total ou partiel. Les différentes techniques sont en constante évolution.

Chacun d'entre nous est parfaitement conscient qu'il n'y a pas de chirurgie sans risque. Toutefois, ce type de chirurgie suscite un réel engouement des personnes atteintes de myopie, d'hypermétropie ou d'astigmatisme, sensibilisées par la possibilité d'être dispensées du port de lunettes ou de lentilles qui sont parfois mal supportées.

Pour donner un ordre d'idée, le prix d'une chirurgie réfractive au laser varie entre 1.000 et 1.500 euros par œil, en fonction du type d'intervention et de l'hôpital.

Le bémol de ces nouvelles techniques tient au fait qu'elles ne sont pas reconnues par la sécurité sociale. En effet, elles sont considérées comme esthétiques puisque de confort et non indispensables d'un point de vue strictement médical. Elles ne donnent donc pas droit à un remboursement.

Pourtant, il me semble que l'INAMI pourrait s'y retrouver si l'on prend en compte le coût des lunettes ou des lentilles qui est pris en charge durant des années, parfois même toute une vie.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

1. Votre département a-t-il déjà ou est-il prêt à procéder à une évaluation rigoureuse de ces techniques ainsi que leurs indications et leur efficacité?
2. Une demande d'intervention a-t-elle déjà été introduite? Dans l'affirmative, où en est le processus? Dans la négative, une demande va-t-elle être envisagée par votre département en y imposant des critères précis, comme c'est le cas, par exemple, pour certaines opérations chirurgicales ayant trait à l'obésité ou à la réduction mammaire?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, votre question concerne un sujet sur lequel je ne puis me prononcer sans avoir requis l'avis d'experts. En effet, si les avantages de la chirurgie réfractive semblent, à première vue, évidents, il conviendrait de valider cette technique pour voir si elle est réellement efficace sur le long terme et si elle présente un réel coût-bénéfice pour l'assurance maladie.

Or, selon mes informations, ce coût-bénéfice n'est pas tout à fait établi. La procédure légale visant à permettre de tels remboursements implique une saisine du Conseil technique médical (CTM) qui est le seul habilité à donner un avis sur l'introduction de nouvelles prestations de santé. Idéalement, au vu de la technicité de la prestation et de son coût, une étude d'incidence devrait être confiée au KCE en vue de valider l'opportunité sur le plan médico-économique.

Ces instances n'ont jamais été saisies d'une telle demande ni de la part des autorités politiques, ni de la part des médecins ou des organismes assureurs. Toujours, selon mes informations, la pertinence d'une telle réforme ne ferait pas l'objet d'un consensus au sein des membres du CTM, ce qui expliquerait pourquoi, il ne s'est toujours pas saisi de manière officielle.

Je suis évidemment tout à fait disposée à interroger le KCE et à consulter le CTM de manière plus formelle en vue d'examiner la question et à vous communiquer les réponses de ces instances.

19.03 Josée Lejeune (MR): Merci, madame la ministre. Je ne suis pas technicienne en la matière non plus. Je sais qu'il n'y a pas de chirurgie sans risques. Toutefois, j'aurais voulu vous faire part des coûts. J'ai pris différents contacts.

Je prends comme exemple un patient atteint d'une forte myopie depuis 30 ans. S'il porte des lentilles, soit 10 paires remboursées par l'INAMI, cela donne un montant variant entre 2.000 et 4.000 euros sur une durée de 30 ans.

Si je prends le coût pour l'achat de 3 paires de lunettes et les deux verres, nous arrivons à un montant qui varie entre 400 et 1.500 euros. Ce qui amène un coût de 2.500 à 5.000 euros.

Au vu du coût pour quelques années, je pense qu'il est intéressant de voir, de se renseigner et de mener une réflexion. Est-ce qu'il ne serait pas plus intéressant d'être remboursé pour une chirurgie réfractive pour certaines opérations évidemment et non pas pour l'ensemble et voir si une évaluation et une demande au KCE ne seraient pas possible pour voir si à long terme il ne serait pas intéressant de mener une politique à ce sujet?

19.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je suis tout à fait disposée à interpeller le KCE et le CTM. Je leur transmettrai les éléments que vous venez d'évoquer.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

20 Question de M. François Bellot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de la diffusion de l'échinococcose alvéolaire par les renards" (n° 12057)

20 Vraag van de heer François Bellot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid over "de gevaren van de verspreiding van alveolaire echinococcose door vossen" (nr. 12057)

20.01 François Bellot (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'échinococcose alvéolaire humaine est une maladie parasitaire grave pour l'homme. Selon les statistiques dont je dispose, on a recensé une dizaine de décès en 2007, avec une augmentation de quatre à cinq décès. Cette maladie semble se répandre de plus en plus. C'est une matière qui doit être réglée par la Santé publique mais, vous le verrez, elle est transversale.

Ce parasite est transmis par de nombreux animaux sauvages tels que le renard roux, mais aussi par des chiens et des chats domestiques. L'homme est contaminé lors de contacts directs avec des animaux infectés tels que chiens et chats et par ingestion de fruits sauvages tels que myrtilles ou champignons et enfin en portant la main à la bouche après avoir cueilli par exemple des fleurs telles que jonquilles, muguet ou autres dans les bois.

Cette contamination a des conséquences très graves et souvent fatales pour l'homme. Ceux qui en réchappent ont dû subir des greffes de foie.

Depuis la protection des renards contre la rage, ils sont de plus en plus nombreux et sont autant de points de contamination de l'échinococcose à travers les bois et même régulièrement dans les propriétés dans les zones habitées.

La population ne semble pas suffisamment alertée ni informée des dangers de cette contamination et d'autres mesures visant à prévenir la diffusion de la maladie ne sont pas suffisantes non plus.

Madame la ministre, quelles mesures comptez-vous prendre pour une meilleure information de la population qui se promène dans les forêts et dans les bois avec risque de contamination au contact des renards ou autres?

N'y a-t-il pas des mesures particulières de prévention à prendre dans les zones d'habitat, en ce compris la destruction des renards?

Comptez-vous aborder cette problématique de santé publique au cours des réunions de concertation (État, Régions, Communautés) afin de coordonner les mesures d'ordre technique (élimination éventuelle de renards en trop grand nombre), pour assurer la prévention ou procéder à une campagne d'information suffisamment importante afin de sensibiliser la population à ces risques?

En vous posant cette question, je sais que ce sont des matières qui relèvent davantage d'autres niveaux institutionnels. C'est un problème de santé publique qu'il faut coordonner à l'échelle du pays.

Il semble que cette maladie ait contaminé environ 200 personnes mais que seulement 50 en seraient conscientes.

Il y a des risques à prendre en compte, et pas uniquement dans les zones forestières.

20.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Bellot, l'information du public et le placement de panneaux d'avertissement le long des routes et des chemins dans les bois et les champs n'est pas une compétence fédérale. Si les administrations régionales et les administrations communales l'estiment utile, elles peuvent trouver des informations sur le site de l'Institut de Santé publique, une brochure sur l'échinococcose est même disponible.

La surveillance, la prévention et le contrôle des maladies est une compétence des Communautés.

La réglementation de la chasse est une compétence des Régions.

Le gouvernement fédéral ne peut donc pas intervenir en cette matière.

Entre 2004 et 2008, plus de 1.250 échantillons de sang multioculaires ont été examinés par les laboratoires de référence à Bruxelles. Une cinquantaine de ces échantillons ont été examinés plus en profondeur au laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine de l'université de Berne, en Suisse, par le professeur

Gottstein. On a constaté qu'en cinq ans, deux cas d'échinococcose humaine alvéolaire ont été constatés.

Les mesures à prendre contre cette affection relèvent des Régions et Communautés mais nous pouvons les soutenir. Mes instituts spécialisés sont à disposition pour soutenir toutes les initiatives communautaires ou régionales en la matière mais je ne peux pas m'insérer dans des compétences qui ne sont pas les miennes.

20.03 François Bellot (MR): Quand on interpelle les responsables de la Région, ils nous disent que la Santé publique ne relève pas de leurs compétences. Une sensibilisation ne devrait-elle pas venir du fédéral? Si on prend l'exemple de la rage ou d'autres maladies, elles sont contrôlées par la Santé publique mais on demande aux Régions et Communautés d'assurer la prévention.

Par exemple, pour la rage, techniquement, les Régions ont la responsabilité d'organiser les campagnes de vaccination forestières. Ne sommes-nous pas dans la même situation pour cette maladie parasitaire que pour la rage où il y a une coordination fédérale?

20.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

La **présidente:** Il y a les tiques aussi. Il y a plusieurs maladies humaines portées par les animaux.

20.05 Laurette Onkelinx, ministre: Si je peux faire quelque chose, je le ferai. Je mettrai le point à la conférence interministérielle. Je signalerai votre intervention et je demanderai que chacun prenne ses responsabilités en la matière.

20.06 François Bellot (MR): On peut faire de la sensibilisation et prendre des mesures locales. Il faut intégrer la politique à mener par les Régions et Communautés.

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

21 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la commercialisation des kits de dépistage immédiat du VIH" (n° 12214)

21 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de commercialisering van kits voor de onmiddellijke opsporing van hiv" (nr. 12214)

21.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame le ministre, dans le cadre du dépistage du sida, des kits de dépistage immédiat par simple prélèvement d'une goutte de sang sont désormais disponibles. C'est un progrès remarquable sur le plan technique. Je n'ai pas vérifié si c'était "made in Vatican"! Cela permet de ne plus attendre plusieurs jours pour connaître son statut sérologique. Ce dépistage facilité suscite cependant plusieurs questions. Les résultats obtenus sont-ils fiables? Est-il nécessaire de confirmer ces résultats par une analyse en laboratoire?

La deuxième série de questions est liée à la commercialisation de ces kits. Vont-ils être vendus en pharmacie? Ils seront en tout cas l'objet de ventes en ligne – c'est lié à une question précédente. Comment s'assurer que ces produits auront la même fiabilité que ceux contrôlés et vendus par les circuits habituels? Le risque est grand de voir des personnes faire un test et si celui-ci s'avère négatif d'avoir des relations non protégées alors que le résultat pourrait se révéler faux. L'autre risque qui reprend mes deux dernières réflexions est le problème de la réaction de l'individu face à un résultat positif du test. Jusqu'alors, les résultats ont toujours été annoncés par un médecin, avec tout l'accompagnement nécessaire, y compris psychologique. Lorsqu'une personne fera ce test seule chez elle, sans aucun accompagnement, il y a un risque qu'elle ait une réaction inappropriée et éventuellement de la voir se mettre en danger.

Madame le ministre, quelles mesures avez-vous prévu de prendre pour que cette commercialisation se déroule dans les meilleures conditions possibles pour toutes les personnes désirant acquérir ce test, en pharmacie ou en ligne, afin qu'elles le réalisent dans la plus grande sécurité?

21.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je répète que le test ELISA, acronyme de Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay, est un test immunologique destiné à détecter et/ou doser une protéine dans un liquide biologique. C'est le type de test utilisé notamment pour le dépistage de la séropositivité au virus VIH,

c'est-à-dire pour mettre en évidence la présence d'anticorps anti-VIH dans le sérum. Toutefois, en clinique humaine, lorsque le test est positif, il doit être confirmé par un immunotransfert permettant d'identifier directement les antigènes du virus.

De nombreux tests rapides ont une sensibilité et une spécificité élevées qui égalent les ELISA classiques. Plusieurs disposent déjà d'un label CE. Ceux-ci peuvent être vendus et utilisés sur le marché belge. La plupart des tests détectent des anticorps, ce qui veut dire qu'il faut attendre au minimum un à trois mois après le rapport à risque pour obtenir un résultat probant, ce temps étant nécessaire au corps pour fabriquer des anticorps.

Étant donné la faible prévalence de la maladie en Belgique, le risque d'obtenir des résultats erronés positifs est élevé. Pour cette raison, il est indispensable de ne pas se baser sur le résultat d'un seul test pour établir le diagnostic final. Deux solutions existent: faire un test de confirmation dans l'un des sept labos de référence ou effectuer trois tests rapides différents provenant de trois firmes différentes, même si c'est onéreux.

Vu les facteurs à prendre en compte pour obtenir un résultat fiable et définitif, vu le risque qu'un test rapide livre un faux résultat (test réalisé dans de mauvaises conditions et avant le délai nécessaire de trois mois), vu que les personnes qui se testeraient elles-mêmes échapperaient au système de suivi épidémiologique, je ne suis pas favorable à la commercialisation libre de ces tests, d'autant plus qu'il existe aujourd'hui d'autres possibilités beaucoup plus fiables de se faire tester gratuitement et de manière anonyme. Je compte donc prendre des mesures pour éviter que ces kits soient délivrés librement, par exemple les conditionner à la délivrance d'une prescription médicale.

21.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Votre réponse me satisfait totalement mais il restera le problème de la vente en ligne. Cela vaudrait la peine de voir si on pourrait interdire la vente purement et simplement, y compris la vente en ligne ou la fourniture de kits en Belgique par le biais de la vente en ligne. Je sais qu'il y a un problème de contrôle, que ce n'est pas évident.

21.04 Laurette Onkelinx, ministre: Le gros problème, comme je vous le disais pour votre autre question, c'est d'atteindre le vendeur.

21.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Son produit est livré mais je comprends la difficulté, surtout si cet "hébergeur" écoule également des produits qui ne sont pas susceptibles d'être critiqués. Ce serait extrêmement délicat. Je ne suis pas là pour poser nécessairement des questions faciles! Je vous remercie pour votre réponse.

La **présidente:** Il faudrait stimuler le ministre compétent en matière de commerce électronique. Il y a un comité "recherche technologique" à la Chambre. Mme Avontrootd en est la présidente et il vient de conclure ses travaux sur les nanotechnologies. Cela pourrait être un beau sujet et je crois savoir qu'on avait entamé un travail sous la législature précédente et qui portait sur les nouvelles technologies, les transferts de données informatiques,... Il y a déjà un matériau de départ.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 12321 de M. Gilkinet est retirée. Par ailleurs, la question n° 12409 de M. Terwingen est transformée en question écrite.

22 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de benzène dans les boissons rafraîchissantes" (n° 12399)

22 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "benzeen in frisdranken" (nr. 12399)

22.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, mon intervention concerne l'utilisation d'acide benzoïque comme conservateur notamment dans certaines boissons rafraîchissantes.

En effet, plusieurs études ont démontré que le benzène dans les eaux était considéré comme cancérigène. Une recherche du professeur Peter Piper de l'Université de Sheffield a notamment démontré que le conservateur E211, qui forme du benzène en se combinant avec la vitamine C (E300), pouvait également

avoir des effets néfastes directs sur les cellules, pouvant provoquer des maladies telles que la maladie de Parkinson ou la cirrhose du foie.

Je citerai en outre l'hebdomadaire "The Lancet" qui a relancé certains soupçons qui existaient déjà à l'encontre de l'acide benzoïque. Il semblerait qu'il pourrait stimuler le système nerveux et constituer un terrain favorable à l'hyperactivité.

Les additifs alimentaires font l'objet de normes européennes et leur utilisation est contrôlée et évaluée par l'EFSA. En Belgique c'est l'arrêté royal du 27 juillet 1978 qui fixe la liste des additifs autorisés dans les denrées alimentaires. La norme pour le benzène dans les boissons rafraîchissantes est de 1µgr/kg (arrêté du 14 janvier 2002 relatif à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine).

Madame la ministre, je voudrais insister sur le fait que le benzène est une substance toxique et cancérigène pour l'être humain, répertorié d'ailleurs dans le groupe I de la classification du Centre international de recherches sur le cancer. Même si la situation s'est améliorée et que de moins en moins de fabricants de boissons utilisent ces produits, il est bon de rappeler que des alternatives inoffensives existent. Il est en effet techniquement possible de produire des boissons rafraîchissantes sans benzène.

Sans pour autant être alarmiste, ne conviendrait-il pas, madame la ministre, d'être plus sévère quant à l'utilisation de ce type d'additif?

Lors de vos nombreuses rencontres avec le milieu de la recherche relative au cancer, avez-vous déjà évoqué les effets de ce type d'additif?

Entretenez-vous des contacts avec les producteurs de boissons afin de limiter au maximum les concentrations de benzène?

22.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, le benzoate est un conservateur important pour les denrées alimentaires et les boissons et les protège contre les dangers microbiologiques. Il va de soi que son utilisation doit être parfaitement sûre.

Le benzène se forme à partir de benzoate en combinaison avec certains ingrédients et sous certaines conditions. Au niveau européen il a donc été décidé de ne pas modifier l'autorisation du benzoate, les risques éventuels de transformation en benzène étant limités.

En ce qui concerne les risques chimiques liés au benzoate en général, il est important que l'ingestion par le consommateur ne dépasse jamais le seuil toxicologique. L'Institut de Santé publique a récemment réalisé une étude d'ingestion à l'aide de l'enquête sur la consommation alimentaire belge et des analyses représentatives des produits présents sur le marché belge. Cette étude démontre que le consommateur n'est pas exposé à des taux de benzoate dépassant le seuil toxicologique.

La consommation de boissons rafraîchissantes contenant du benzoate influence fortement l'ingestion de benzène. Elle peut dans le cas d'une consommation élevée approcher la DJA (dose journalière admissible).

Au niveau européen, les ministres et le Parlement ont décidé de soumettre tous les additifs, y compris le benzoate, à une nouvelle évaluation toxicologique. C'est un Règlement de 2008.

Les effets de cet additif ont effectivement été abordés lors de rencontres avec le milieu scientifique. Dans cette optique, j'ai décidé de financer un projet de recherches qui a trait à cette problématique. Ainsi aujourd'hui un projet de recherche de deux ans sur la présence de benzène dans les denrées alimentaires commence à l'ISP et à l'Université de Gand.

Ce projet a pour objectif de réaliser un "screening" étendu des denrées alimentaires sur le marché belge. Ces données, en complément des résultats de l'enquête de consommation alimentaire de 2004, seront utilisées pour une estimation de l'ingestion de benzène. Les plus importantes voies d'exposition au benzène dans les denrées alimentaires seront donc aussi cartographiées et on examinera en détail le rôle du benzoate dans l'exposition.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la voie principale d'exposition au benzène est la respiration via les polluants de l'air comme les vapeurs d'essence, les gaz d'échappement et la fumée des cigarettes.

Des contacts existent avec les secteurs industriels qui sont conscients de la problématique. Pour ce faire un guide en 8 langues a été développé et aide les firmes à reformuler leurs boissons. En appliquant les conditions décrites dans ce guide on peut limiter les teneurs en benzène à 10 µgr/l. Cette teneur est admise par le comité permanent au niveau européen.

Un monitoring dans différents pays européens dont la Belgique a démontré que cette limite est respectée.

22.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Il était important de soutenir un projet de recherche de deux ans.

Si j'ai posé la question, c'est parce que nous voyons de plus en plus de publicités pour toutes les boissons lights qui sont davantage concernées par la présence de benzène, alors qu'il existe d'autres alternatives, notamment l'acide sorbique qui est, paraît-il, moins toxique. J'aurais donc voulu vous entendre à ce sujet.

Je note toutes les réponses que vous avez données à mes questions et surtout ce projet de recherche que vous avez mis en route.

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

23 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de no-faultverzekering voor medische ongevallen" (nr. 12411)

23 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assurance sans faute pour les accidents médicaux" (n° 12411)

23.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik kom nog even terug op een dossier dat door de collega's die zich reeds enige tijd in deze commissie bevinden gekend is. Als ik het nog even kort mag schetsen.

Ik verwijs naar de legislatuur Verhofstadt I waar onder de groene minister Aelvoet die toen op Volksgezondheid zat de wetgeving met betrekking tot de patiëntenrechten goedgekeurd is. Als wederzijdse compensatie vroeg het artsenkorps toen terecht om wetgeving in verband met medische fouten. De wet inzake patiëntenrechten is goedgekeurd en de wetgeving met betrekking tot medische fouten is in de lucht blijven hangen. U zult zich ongetwijfeld herinneren dat onder uw voorganger Demotte in 2007 vlak voor het einde van de legislatuur nog een wet met betrekking tot de gevolgen van medische ongevallen is goedgekeurd die de ganse problematiek van de vergoedingen moest regelen. Ondertussen hebben we de inwerkingtreding van de betrokken wet enkele keren uitgesteld in het Parlement. Er zijn een aantal keren studies besteld bij het Kenniscentrum gezondheidszorg.

Ondertussen zijn we aan de vijfde studie van het Kenniscentrum toe. We moeten niet onder stoelen of banken steken dat er in dat dossier wel degelijk een budgettair probleem was. Men moet nagaan of de uitgaven niet uit de pan zouden swingen. De laatste studie van het Kenniscentrum komt nu met uitgaven tussen 15 en 20 miljoen euro terwijl men bij vorige studies bij 70 à 120 miljoen euro uitkwam.

Enige maanden geleden hebt u de leden van de commissie – ik heb er akte van genomen – de oriëntatienota bezorgd die duidelijk maakte welke richting het zou uitgaan. Ondertussen heb ik de medische vakpers erop nagelezen. Ik heb onder andere uw interview in de Artsenkrant gelezen waarin u duidelijk de afgeslankte versie naar Frans model zou verdedigen.

Ik zou u vier concrete vragen willen stellen. Wat is de stand van zaken in dit dossier? Uiteraard is er dan de cruciale politieke vraag of er nu uiteindelijk eensgezindheid is binnen de regering over dit dossier. Er zijn immers geruchten die erop wijzen dat het binnen de regering moeilijk is om hierover overeenstemming te vinden. Als er overeenstemming zou zijn, zou ik graag vernemen welke richting het dossier nu uitgaat. Wordt de Belgische wetgeving een kopie van de Franse versie? Een slotvraag die voor ons als parlementsleden niet onbelangrijk is, is de vraag wanneer wij concreet een ontwerp in het Parlement mogen verwachten.

23.02 Laurette Onkelinx, ministre: (...) pour le 15 mai au plus tard.

23.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik ga ervan uit dat u toch iets meer zult

zeggen in uw antwoord dan “Mijnheer Bultinck, u krijgt het ontwerp vóór 15 mei te zien”.

23.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je me suis exprimée sur le sujet publiquement et j'avais d'ailleurs déjà expliqué au Parlement la voie que j'entendais suivre.

J'ai obtenu du gouvernement un accord, un consensus total, sur les principes de cette loi. J'ai rédigé cette loi en concertation avec le Kenniscentrum. Elle est actuellement en discussion au sein du groupe de travail.

J'espère que, pour le 15 mai au plus tard, elle aura été acceptée en première lecture par le Conseil des ministres.

23.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, als u het mij toestaat heb ik twee concrete elementen in de repliek. Ik neem akte van het feit dat er binnen de regering wel degelijk een consensus is over het voorontwerp van wet zoals het nu voorligt.

23.06 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a eu un consensus total sur la note-cadre préalable à l'avant-projet de loi.

Pour finaliser ce projet, on devait connaître les évaluations du Kenniscentrum et continuer les concertations, ce que j'ai fait. Je viens donc maintenant avec un texte définitif.

23.07 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, een tweede element. Ik merk vandaag al in de medische pers, vandaar dat ik u er vandaag even mee wou lastigvallen, dat er protest is van een niet onbelangrijk artsensyndicaat. Ik verwijs naar BVAS dat nu al duidelijk zegt dat dit een casus belli is als het ontwerp zoals mevrouw de minister het voorstelt naar het Parlement komt. Vandaar dat ik vraag of er overlegd is met de sector. Er is een niet onbelangrijk artsensyndicaat dat nu al protest aantekent. Het zou dan ook goed zijn dat men eindelijk eens zou landen in dit belangrijke dossier waarin we al lang vragende partij zijn. Het nodige overleg met de betrokken sector, waaronder de artsensyndicaten, moet ons toelaten tot een goed einde te komen.

23.08 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a eu une concertation très large. Il y a toujours l'un ou l'autre qui n'est pas content! On pourrait ne rien faire mais je crois que l'actualité récente – je pense notamment à Brugmann – montre qu'on n'a pas le droit de ne rien faire.

On verra ce qu'en pensent mes collègues du gouvernement et le Parlement mais moi j'avance!

Si pour le 15 mai, je n'ai pas l'accord du gouvernement, je vous indiquerai qu'il y a un problème.

23.09 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Dat is duidelijk!

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

La **présidente**: En application du Règlement, la question n° 11799 de Mme Van der Auwera est supprimée. Il en est de même pour la question n° 11994 de Mme Smeyers.

*La réunion publique de commission est levée à 16.50 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.50 uur.*