

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 27 OKTOBER 2009

Voormiddag

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

du

MARDI 27 OCTOBRE 2009

Matin

La séance est ouverte à 10.03 heures et présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.

De vergadering wordt geopend om 10.03 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

01 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la technique d'implantation de valves aortiques par voie percutanée et transapicale" (n° 15121)

01 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "percutane en transapicale aortakleplantatie" (nr. 15121)

01.01 **Josy Arens** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en mai 2009, la commission de la Santé publique a eu un échange de vues avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé dans le cadre de la présentation de son rapport d'activités 2008. À cette occasion, d'aucuns n'ont pas manqué de saluer l'apport scientifique évident, l'objectivité et l'indépendance avec lesquels le Centre travaille face aux intérêts particuliers nombreux et souvent défendus de manière féroce.

J'ai également noté que le directeur général adjoint avait indiqué que le Centre avait développé une collaboration active avec le SPF Santé publique et souligné que l'échelon européen est essentiel en ce qui concerne les nouvelles techniques médicales. À l'évidence, la communication est un point fort du Centre. Une étude d'impact indépendante est en cours d'élaboration sur la contribution du Centre à la formation de la décision politique.

Ma question concerne le rapport 95 A du Centre de décembre 2008 relatif à l'implantation percutanée des valvules cardiaques dans le cas de maladies valvulaires congénitales et dégénératives. Je voudrais attirer votre attention sur les points suivants. Le Centre fait une distinction entre la notion de *technical safety*, attribuée par le marquage CE, et la notion de *clinical safety*, qui fait l'objet de ses recommandations.

Cette distinction n'est faite par aucune autre autorité nationale européenne, ni par aucun expert, notamment de l'Agence fédérale des médicaments. Parmi les experts externes consultés et mentionnés dans le rapport du Centre, on ne retrouve d'ailleurs aucun contact avec l'Agence fédérale des médicaments et la DG Entreprise de la Commission européenne.

Aussi, je souhaiterais vous demander quelles sont les raisons pour lesquelles ces deux institutions n'ont pas été contactées? N'estimez-vous pas que le Centre aurait dû les consulter avant d'émettre des recommandations, notamment à propos de cette distinction?

Deuxièmement, le rapport sur cette technique a été rédigé par le Centre à la demande du Conseil technique des implants, à défaut pour ce Conseil de disposer d'une expertise scientifique valable. Lors de sa réunion, le 19 mai, le Conseil a pris la décision de postposer le remboursement de ces valves sur la base des recommandations du Centre.

Pouvez-vous m'indiquer si les statuts du Centre prévoient ce type de saisine pour un dossier précis de

demande de remboursement? Si oui, est-il envisagé que le Centre devienne l'organe consultatif d'expertise scientifique du Conseil technique des implants?

Troisièmement, en admettant que l'on porte foi aux conclusions du Centre dans ce rapport, pensez-vous qu'il soit éthique de laisser se développer cette technique dans notre pays? Quatrièmement, dans l'introduction du rapport du Centre, il est indiqué que la validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs.

Pouvez-vous me dire, dans le cadre du rapport 95 A, s'il s'agit d'un vote majoritaire ou d'un consensus?

Cinquièmement, une étude américaine de *Partner-Ide* est en cours depuis 2007. Pouvez-vous me dire à quelle époque vous pourrez disposer des premiers résultats intermédiaires?

Sixièmement, le centre a pour objet notamment d'échapper à la mêlée, entendez par-là, d'échapper aux groupes de pression divers qui tenteraient d'influencer son travail. Pensez-vous que cela soit la meilleure méthodologie de consulter des experts extérieurs mais sans tenir compte de leur *input*, dans la mesure où le Centre reconnaît qu'il essaye lui-même d'influencer le processus de décision politique?

Madame la ministre, je pense, comme notre collègue Luc Goutry, qu'en fin de compte la politique doit encore être en mesure, sur base de telles études et de tels avis, de prendre ses propres décisions en toute indépendance à l'écart de toute influence quelle qu'elle soit. Aussi, je continue de penser que cette technique devrait être encadrée et remboursée temporairement par le biais de son inscription temporaire en catégorie 5 de l'article 35 de la nomenclature médicale.

Dans le rapport de votre commission de la Santé publique, le directeur général déclare, à propos de la représentation des associations de patients dans les travaux du Centre, qu'il convient de ne pas prendre les paroles des patients pour paroles d'évangile.

Je conclurai, madame la ministre, en vous demandant si vous prenez la parole du Centre pour parole d'évangile?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Arens, effectivement le KCE a constaté que les instances européennes ne font pas la distinction entre la sécurité technique et clinique d'un implant. C'est évidemment regrettable. Il constate que l'utilisation clinique d'un implant, même s'il a obtenu une marque CE peut faire courir un risque important au patient.

La directive européenne 9342 exige que la qualité et la performance des implants soient démontrées dans des études cliniques mais elle ne pose aucune exigence en termes de qualité scientifique ou de méthodologie suivie. Le KCE a fait une étude systématique de cette technologie avec un jugement critique de chacune des études trouvées. Il est arrivé à la conclusion qu'il n'existait pas de bonnes études scientifiques qui montrent la sécurité de ces valves. Au contraire, ce qu'on appelle des *case series* commerciales démontrent que le risque que les patients courent lors de l'implant de cette valve pourrait être supérieur au risque qu'ils courent lors d'un remplacement chirurgical traditionnel de la valve aortique.

Une étude américaine randomisée, le *Partner Trial* est en cours et donnera une réponse scientifique fondée sur la sécurité et l'opérationnalité de ces valves. En raison de l'incertitude actuelle au sujet de la sécurité de ces valves, le KCE propose d'attendre les résultats de cette étude avant d'envisager l'utilisation des valves aortiques dans la pratique clinique belge.

Je vous informe également que les constats que je viens de faire ont amené à des contacts répétés entre le KCE et les instances européennes et que nous avons décidé de mettre ce dossier à l'agenda lors de la présidence belge de l'Union européenne.

Le KCE a fait le rapport sur les valves percutanées en réponse à une question explicite de l'INAMI.

Toute personne ou instance intéressée peut proposer au KCE des projets d'étude lors de l'appel pour son programme annuel. L'INAMI et ses conseillers techniques répondent chaque année aux invitations demandant des éclaircissements scientifiques sur certaines questions. Ces demandes ne sont pas systématiques. Il n'est pas envisagé que le KCE rédige un rapport sur tous les problèmes soumis au Conseil technique des implants.

Il va de soi que les conclusions et recommandations formulées par le KCE au cours de ces études sont présentées au Conseil technique mais ce dernier reste maître des avis qu'il leur rend. Le KCE ne prend donc pas lui-même l'initiative de formuler les recommandations au Conseil technique des implants mais il prend en considération les questions que ledit Conseil reçoit comme celles qu'il reçoit d'autres instances.

En raison des problèmes de sécurité des valves aortiques percutanées, le KCE a, pour des raisons éthiques, conseillé de ne pas rembourser ces implants pour l'utilisation pratique et clinique. Le KCE a proposé de ne permettre les implants de valves aortiques que dans le cadre d'une étude clinique randomisée.

Les trois validateurs ont entériné le rapport à l'unanimité.

Sur le site web Clinicaltrials.gov pour le *Partner Trial*, une étude est prévue en septembre 2014. La dernière mise à jour des informations sur cette étude date déjà de novembre 2008. Les premiers résultats sur la survie à un an des patients traités devraient être connus fin 2010. J'ajoute qu'une demande récente sur l'état actuel de la situation auprès de la personne de contact est restée sans réponse.

Le KCE appelle l'aide d'experts externes pour lui apporter des informations utiles dont on contrôle la valeur scientifique; elles sont ensuite insérées dans les rapports. Le KCE n'essaie pas d'influencer le processus de décision politique mais bien d'apporter aux décideurs une information objective, scientifiquement établie et indépendante.

Le KCE a aussi conseillé de ne pas recommander le remboursement conditionnel de la valve aortique percutanée telle que prévue dans la nomenclature car il a estimé que la sécurité de ces valves n'avait pas été suffisamment démontrée. Un remboursement conditionnel ne peut être envisagé que pour un implant dont la fonctionnalité clinique est encore imprécise mais dont la sécurité est incontestable.

Enfin, le KCE doit pouvoir effectuer ses missions fixées légalement en toute indépendance. Cela implique qu'une gestion correcte des conflits d'intérêts est extrêmement importante. L'influence de quelque groupe d'intérêt que ce soit – des industries, des médecins, des patients – doit être en toute transparence balayée.

La manière dont le KCE est géré, je pense, donne suffisamment de garanties d'indépendance dans ses études et ses avis en soutien de la politique.

01.03 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je remarque que vous êtes bien au courant du problème existant à ce niveau. Je me réjouis surtout d'apprendre que vous faites inscrire ce dossier à l'agenda de la présidence européenne belge, c'est-à-dire en 2010.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Chers collègues, afin de respecter le temps prévu par le Règlement pour les questions orales, je vous invite à poser des questions plus concises. Si ce n'est pas possible, je vous suggère de les poser par écrit.

02 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le développement de la télémédecine" (n° 14851)

02 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de ontwikkeling van telegeneeskunde" (nr. 14851)

02.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le budget de la sécurité sociale ne pourra pas être maintenu dans les marges de croissance prévues et la crise actuelle ne favorise pas les rentrées d'argent. Aussi, pour y faire face, certains proposent des solutions à la logique clinique et froide, aux conséquences terribles: définir ceux qui, dans les services de santé, seront sacrifiés sur l'autel de l'équilibre budgétaire.

Madame la ministre, j'aimerais connaître votre avis sur ce déficit prévisible et sur les moyens d'y faire face. Ce n'est d'ailleurs pas une préoccupation pour la seule Belgique: chez nombre de nos voisins, la situation est encore pire, à tel point que la Commission européenne a demandé aux États membres d'évaluer leurs besoins et priorités en matière de télémédecine d'ici fin 2009. La télémédecine permettant le suivi à distance des patients à pathologies chroniques, nécessitant un suivi régulier – comme les diabétiques par exemple –, à partir de la transmission de données chiffrées et mesurées, évite dans ces cas une visite tous les trois mois, grâce aux évolutions technologiques, entre autres la téléphonie mobile.

Ce système qui assure une surveillance de l'état des patients permet d'établir un diagnostic pour un patient à risque, un suivi préventif ou post-thérapie tout en facilitant le recours à un avis spécialisé, la préparation d'une décision thérapeutique ou encore la prescription de produits, de prestations ou d'actes médicaux par le professionnel de la santé qui en assure la veille.

L'évolution de la médecine vers l'hyper-spécialisation nécessite une restructuration des soins, notamment pour permettre l'égalité d'accès à ceux-ci dans les zones où le nombre de médecins est insuffisant – et je crois hélas que ce phénomène ira en s'amplifiant. La télémédecine est aussi un vecteur puissant de diagnostic à distance en appui des services d'urgences qui n'ont pas toujours à leur disposition immédiate le spécialiste requis. Elle permet aussi l'hospitalisation à domicile, notamment pour les plus âgés d'entre nous.

Naturellement, la mise en place d'un tel système doit s'accompagner d'un encadrement déontologique s'appuyant sur des conventions avec le personnel de santé en matière de déontologie. Elle doit aussi s'appuyer sur la formation préalable des professionnels et nécessite un financement.

Madame la ministre, avez-vous lancé des études à ce sujet? Qu'est-ce que ce système est susceptible d'apporter en matière de confort des patients en Belgique? Quelles retombées positives est-on en droit d'espérer en matière de réduction des coûts et donc de dépenses en matière de santé? Quels sont les obstacles, notamment dans l'accès aux informations confidentielles contenues dans les cartes SIS?

J'espère, madame la présidente, que je n'ai pas été trop long.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, les études réalisées au sujet de la télémédecine dénotent, effectivement, certains avantages tels que la captation de données en temps réel, la détection précoce de modification de l'état de santé, une meilleure implication du patient ou encore l'évitement du déplacement du patient.

Cependant, les paramètres captés sont assez sommaires et moins nombreux que les données qui peuvent être collectées lors d'un examen médical complet. La valeur prédictive de ces données pour l'évolution de la maladie doit, par conséquent, encore être étudiée. Certaines études semblent montrer une diminution des réadmissions des patients.

Sur le plan des économies qui peuvent être réalisées ainsi que sur le plan des bénéfices cliniques qui peuvent être attendus, les études effectuées sont actuellement peu concluantes. Ceci signifie que des études doivent être poursuivies et, en particulier, que les projets développés doivent s'accompagner d'un volet d'évaluation clinique et économique.

Actuellement, différents projets de télémédecine sont initiés: un projet de téléconférence relatif à la consultation multidisciplinaire d'oncologie, soutenu financièrement par l'INAMI a été inauguré le 17 septembre dernier; un projet de télémonitoring des patients atteints de décompensation cardiaque chronique fait l'objet d'un soutien financier de la part du comité de l'assurance.

Dans le cadre du programme maladies chroniques 2009-2010, un budget de 500 000 euros est consacré à un appel d'offres visant des projets de télémonitoring. Celui-ci a été lancé, fin juillet, par l'INAMI. Ces projets devaient être introduits pour le 30 septembre.

La plate-forme eHealth met à disposition des services de base qui peuvent être utilisés pour la transmission de données de patients vers des centres ou des médecins, notamment dans le cadre de la télémédecine, tels que le cryptage des données, l'horodatage, l'identification des patients, l'identification et le management des utilisations par les prestataires. La réflexion sur les trajets de soins, qui visent essentiellement des patients atteints d'affections chroniques, s'accompagne, là où c'est possible, d'une réflexion sur les

possibilités de monitoring. De plus, la téléradiologie et la télépathologie sont déjà utilisées assez largement d'ailleurs dans notre pays.

Les cartes SIS n'ont pas été conçues pour servir de support d'informations médicales mais bien de support d'informations administratives, qui peuvent être utilisées par des personnes habilitées dans des circonstances et selon des procédures bien définies.

Nous discutons, au sein du gouvernement, du remplacement de la carte SIS par la carte d'identité électronique.

02.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie, vous m'avez rassuré. A priori, je ne suis pas un chaud partisan de la télémédecine, je pense que c'est un pis-aller face aux problèmes bien réels que nous connaissons. Mais s'il faut quand même l'utiliser, autant nous y préparer et voir dans quels domaines elle peut être la plus utile.

Votre réponse montre que vous prenez ce problème à bras-le-corps.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la hausse des prix des médicaments" (n° 14937)

03 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de stijging van de geneesmiddelenprijzen" (nr. 14937)

03.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dans une dépêche datant du 5 septembre dernier, l'Agence Belga répercute les propos du Dr Dirk Van Dikken, partisan notoire de l'application du modèle Kiwi qui considère que la hausse des prix des médicaments serait principalement due au vaccin du col de l'utérus.

Il estime que les vaccins Gardasil et Cervarix facturés 375 euros aux patients pour trois injections coûterait moins cher que si le gouvernement avait recouru à la procédure du marché public. Il plaide ainsi pour l'application intégrale du modèle Kiwi.

Selon lui, une application partielle du système laisse la possibilité à l'industrie pharmaceutique d'utiliser ses services de marketing pour faire prescrire aux médecins des médicaments toujours plus nouveaux, plus chers, mais pas nécessairement meilleurs.

Mes questions sont les suivantes.

- Confirmez-vous les propos tenus par le Dr Van Dikken sur le rôle joué par le vaccin contre le cancer du col de l'utérus dans la hausse du prix des médicaments? Dans ce cas précis, envisagez-vous de suivre la proposition visant à avoir recours à la procédure du marché public?

- Alors que l'on a assisté à une augmentation de 13,2 % des dépenses en remboursement de médicaments en 2008, et qu'une hausse de 10 % semble vraisemblable en 2009, soit bien au-delà de la norme annuelle de croissance de 4,5 %, l'industrie pharmaceutique représentée pharma.be est d'avis qu'il n'y a pas de nouvelle flambée pharmaceutique, suggérant même le contraire. Quelle mesure envisagez-vous de prendre afin de réduire cette hausse du coût des médicaments? Envisagez-vous, dans ce contexte de crise économique, d'étendre le modèle Kiwi à d'autres gammes de médicaments? Si oui, lesquelles?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, à votre question concernant le vaccin contre le virus HPV, je dois vous répondre que la vaccination est une matière communautaire. L'achat de vaccins via les marchés publics est réalisé par les Communautés. En ce domaine, le protocole d'accord Prévention, signé lors de la Conférence interministérielle du 28 septembre 2009, précise les conditions de cofinancement entre le fédéral et les entités fédérées dans le cadre de l'organisation de campagnes.

Pour le reste, je préciserai quelques points.

L'augmentation des dépenses en 2009 n'est pas de l'ordre de 10 %, mais est inférieure à 3 % et reste dans l'enveloppe budgétaire allouée. Qui plus est, aucune flambée n'est attendue au budget 2010. Les chiffres que

vous mentionnez proviennent d'une interprétation erronée, opérée par certains journaux, sur la base d'un rapport de l'INAMI, lequel analysait la croissance des dépenses escomptées en 2009, compte non tenu des mesures d'économies décidées dans le secteur des médicaments, qui sont de 157 millions sur base annuelle et de 120 millions en 2009.

Ces mesures sont d'ailleurs d'ores et déjà concrétisées, comme, par exemple, les baisses de prix de 1,95 % en moyenne sur tous les médicaments remboursés, entrées en vigueur le 1^{er} mai dernier. Un communiqué de presse donnant plus de précisions sur ces chiffres et confirmant la croissance modérée figure d'ailleurs sur le site de l'INAMI.

Pour le reste, notamment les autres chiffres, je ne compte pas étendre le modèle Kiwi à d'autres molécules, en tout cas dans sa forme actuelle. En revanche, une réflexion générale est enclenchée sur des alternatives à ce modèle Kiwi.

03.03 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je suis contente d'avoir posé la question: des chiffres sont lancés en pâture et plus personne ne sait quoi. À la limite, ils pourraient paniquer à entendre parler d'une telle augmentation. C'est pourquoi j'ai posé la question.

L'idée de la réflexion générale sur le modèle Kiwi me paraît excellente. J'espère que nous reviendrons ultérieurement sur le sujet, c'est-à-dire quand la réflexion sera achevée.

La **présidente:** Ceci d'autant plus qu'on a reçu effectivement un document de votre part, madame la ministre, sur l'évaluation juridique et sociale du système. Je pense aussi qu'il serait intéressant à un moment donné de pouvoir s'arrêter là-dessus.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je voulais notamment, dans le cadre de l'examen de ma note de politique générale, y revenir largement.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03.05 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, en ce qui concerne l'organisation des travaux, je voudrais intervenir pour dire que nous avons reçu un sms visant à nous informer que la réunion de notre commission prévue pour 14 h 00 était supprimée et que celle de 14 h 15 était maintenue. Peut-être serait-il opportun d'envoyer un message aux membres pour les avertir.

La **présidente:** Cette information figure déjà sur le premier sms.

03.06 Colette Burgeon (PS): Je sais, mais je crains que d'aucuns ne lisent pas la totalité du sms et que nous ne soyons pas en nombre cette après-midi pour voter.

04 Vraag van mevrouw Mia De Schamphelaere aan de minister van Justitie over "het gebruik van Deens donorsperma door Belgische fertiliteitscentra" (nr. 15150)

04 Question de Mme Mia De Schamphelaere au ministre de la Justice sur "le recours à du sperme de donneurs danois par des centres de fertilité belges" (n° 15150)

04.01 Mia De Schamphelaere (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, onze fertiliteitscentra kampen soms met een tekort aan donormateriaal, en dan vooral spermadonormateriaal. Af en toe worden hiervoor oproepen gelanceerd, bijvoorbeeld op de campussen van universiteiten. Dat gebeurt allemaal overeenkomstig de wetgeving, zoals die een aantal jaar geleden bij de wet van 6 juli 2007 werd ingevoerd. Dat wil zeggen dat wij er van uitgaan dat het doneren van gameten niet op een commerciële basis kan gebeuren en dat enkel een vergoeding voor eventuele verplaatsingskosten of loonverlies mogelijk is.

In andere landen van Europa bestaan er wel commerciële spermabanken, zoals onder andere in Denemarken. In dat land is de grootste commerciële spermabank van Europa actief, genaamd Cryos. Nu blijkt dat heel wat van onze fertiliteitscentra af en toe of op permanente basis gebruik maken van deze commerciële spermabank.

Hierover rijzen toch een aantal vragen. Op die manier zouden een aantal bepalingen van onze wetgeving op

medisch begeleide voorplanting omzeild kunnen worden, zoals bijvoorbeeld het verbod voor een donor om voor meer dan zes vrouwen donor te zijn. Die maximumgrens zou door het gebruik van commerciële spermabanken omzeild kunnen worden. Een andere verplichting in onze wetgeving, zoals ik reeds heb vermeld, is het doneren op niet-commerciële basis.

Verder wordt in onze wetgeving expliciet het verbod op handel in menselijke gameten vastgelegd. Men zou kunnen zeggen dat deze wet van openbare orde is. Hoe past dit dan in het gebruik van materiaal van commerciële spermabanken? Het is dus duidelijk dat een aantal vragen rijzen omtrent de regelgeving over niet- commercialisering en het verbod op handel in menselijke gameten die wij zeer recent hebben in het Parlement hebben goedgekeurd.

Mijnheer de minister, mogen de Belgische fertiliteitscentra gedoneerde gameten gebruiken die afkomstig zijn van Deense commerciële spermabanken en verkregen zijn zonder naleving van de bepalingen van de wet van 6 juli 2007, inzonderheid het verbod op handel en winstoogmerk?

Mogen de Belgische fertiliteitscentra Deens gedoneerd sperma aanwenden, hoewel dit tot gevolg zou kunnen hebben dat dezelfde donor wordt gebruikt voor meer dan zes vrouwen, wat ook in strijd is met de bepalingen van dezelfde wet?

Kunnen de Belgische fertiliteitscentra voor hogergenoemde praktijken worden vervolgd? Hoeveel betalen zij gemiddeld voor een staal aan Cryos? Bestaat er een regelgeving? Is al afgesproken in uitvoeringsbepalingen wat het maximumbedrag mag zijn?

Is het tekort aan Belgisch donorsperma niet te verklaren door onze soepele regelgeving inzake de toegang tot medisch begeleide voortplanting en de absolute anonimiteit van de donor, waardoor veel buitenlandse paren naar België komen? Welke maatregelen kunnen er worden getroffen ter bestrijding van deze praktijk?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, zowel de tekst als de ratio van de wet van 6 juli 2007 zijn duidelijk: gameten mogen alleen gratis worden gedoneerd en handel in menselijke gameten is verboden.

Dat principe wordt ook bevestigd in de wet van december 2008 op het menselijk lichaamsmateriaal en in de Sanco-richtlijn 2004/23 die hiervan aan de basis ligt. In artikel 12 van deze richtlijn wordt gesteld dat de donor enkel een compensatie kan ontvangen die strikt beperkt moet blijven tot een vergoeding voor uitgaven en ongemakken in verband met de donatie. De lidstaten stellen de voorwaarden vast waaronder de compensatie mag worden verleend.

Het is aan de Deense autoriteiten om toe te zien of Cryos effectief werkt volgens het artikel 12 van de richtlijn. Voor de import van mannelijke gameten binnen de Europese Unie mogen de Belgische fertiliteitscentra enkel gameten invoeren uit een instelling die voldoet aan alle bepalingen van de drie Europese directieven en die erkend is door een nationale, competente autoriteit.

Een fertiliteitscentrum moet bij het gebruik van gameten kunnen aantonen dat gameten van eenzelfde donor niet worden gebruikt om bij meer dan zes vrouwen een of meerdere kinderen te laten geboren worden. Deze wettelijke beschikking is inderdaad van openbare orde en van groot belang voor de volksgezondheid. Latere consanguïne zwangerschappen dient men immers te vermijden.

In geval er mannelijke gameten uit een ander land worden geïmporteerd, moet het invoerende fertiliteitscentrum garanderen dat in België ten hoogste zes succesvolle zwangerschappen tot stand komen met de gameten van een buitenlandse donor. Het Belgische fertiliteitscentrum dient daartoe de nodige sluitende en controleerbare afspraken te maken met de instelling die de gameten exporteert naar ons land.

Ten derde, elke inbreuk op de wet van juli 2007 kan worden vervolgd door een strafrechtelijke sanctie, te weten een gevangenisstraf van 1 tot 5 jaar en een boete van 1 000 tot 10 000 euro of één van die straffen alleen.

Ten vierde, ik beschik niet over concrete informatie over financiële voorwaarden die Cryos stelt voor de bezorging van mannelijke gameten.

Wat uw laatste vragen betreft, een tekort aan mannelijke gameten kan in theorie worden opgevangen hetzij

door de toegang te beperken, hetzij door maatregelen te nemen die een verhoging van het aanbod impliceren. In de huidige omstandigheden meen ik dat een beperking van de toegang zou impliceren dat aan een bepaalde behoefte niet meer kan worden voldaan. Ik laat het FAGG onderzoeken welke maatregelen er kunnen worden genomen om de donatie van mannelijke gameten door Belgische donoren te bevorderen, uiteraard binnen het bestaande wettelijke kader. Ik vraag ook aan het FAGG om contact op te nemen met de Deense autoriteiten om na te gaan of Cryos effectief erkend is als weefselinstelling volgens de Europese directieven.

Ten slotte wens ik op te merken dat de Belgische wet over menselijk lichaamsmateriaal op 1 december effectief in voege treedt. De fertiliteitscentra zijn aan die wet onderhevig.

Het FAGG zal dus binnenkort overgaan tot de inspecties die noodzakelijk zijn voor het verkrijgen of het behouden van een erkenning.

Een erkenning kan pas worden verleend indien duidelijk aan alle wettelijke voorwaarden wordt voldaan. Indien er wetsovertredingen worden vastgesteld, in het bijzonder in verband met de import van mannelijke gameten en de voorwaarden waaraan de toepassing ervan in België moet voldoen, zal de inspecteur de nodige vaststellingen doen en er de nuttige gevolgen aan geven.

04.03 Mia De Schamphelaere (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw duidelijk antwoord en voor de gehechtheid aan onze beginselen van niet-commercialisatie.

Een Belgisch fertiliteitscentrum kan natuurlijk wel waken over bijvoorbeeld het maximum aantal bevruchtingen, dus het aantal koppels of vrouwen dat wordt geholpen, maximaal zes. Ook als er wordt geïmporteerd, kan het centrum dat zelf bewaken.

De fertiliteitscentra hebben echter geen zicht op het statuut van het Deense bedrijf Cryos. U hebt gezegd dat het FAGG zal nagaan of dat kan voldoen aan de voorwaarden van de richtlijnen. Die vraag is wel belangrijk voor onze Belgische fertiliteitscentra, in die zin dat zij weten of het mogelijk is om in de toekomst al dan niet nog samen te werken met die instelling. Binnen Europa is het belangrijk te weten of de samenwerkende partners allemaal aan dezelfde voorwaarden van de Europese richtlijnen voldoen. Dat lijkt mij dus een heel belangrijke vraagstelling, waarop wij het antwoord dan ook zullen afwachten.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je voudrais préciser que l'agence va vérifier auprès des autorités danoises les conditions d'agrément de Cryos.

Elle ne va pas inspecter Cryos mais elle va inspecter les centres établis en Belgique. Ces centres peuvent en effet être interrogés sur les conditions remplies par Cryos lors des importations. Le contrôle sur Cryos sera donc indirect.

04.05 Mia De Schamphelaere (CD&V): Mevrouw de minister, ik kom binnen enkele weken terug op die vraag, wanneer er een antwoord uit Denemarken is gekomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het wachthonorarium bij apothekers" (nr. 15154)

05 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "les honoraires de garde des pharmaciens" (n° 15154)

05.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik had mijn vraag al lang geleden willen stellen, maar ik heb nooit de tijd ervoor gevonden, hoewel ik de vraag belangrijk acht. Ze gaat over de wachthonoraria in apotheken.

Het is al een tijd geleden dat ikzelf nachtdienst heb gehad. Niettemin kon ik mij af en toe aan een bepaalde, gehanteerde logica ergeren. Normaal gezien wordt het wachthonorarium in drie gevallen aan de patiënt aangerekend. Dat is, ten eerste, wanneer iemand een medicijn zonder voorschrift komt halen. Dat is, ten

tweede, wanneer het voorschrift geen geldige datum meer heeft en, ten derde, wanneer het over niet-terugbetaalde geneesmiddelen gaat.

Op dit ogenblik wordt in voornoemde gevallen 4,72 euro aan de patiënt aangerekend.

De eerste twee opgesomde redenen tot aanrekening lijken mij logisch.

Bij wachtdiensten is er het principe van de hoogdringendheid. Als iemand dus naar de apotheek stapt voor de aankoop van bijvoorbeeld een fopspeen, een gewone neusspray of een vlooiensband – dergelijke gevallen heb ikzelf in de praktijk meegemaakt –, is het logisch dat aan de patiënt, die dergelijke zaken ook gewoon overdag kan komen halen, een wachthonorarium wordt aangerekend. De patiënt begrijpt dat in dergelijke gevallen ook wel.

Indien de datum van een voorschrift is verstreken, lijkt aanrekening mij ook logisch. Dat is bijvoorbeeld typisch voor vrouwen die hun pil hebben vergeten. Zij merken te laat dat zij naar de apotheek hadden moeten gaan. In een dergelijk geval hadden patiënten hun eigen verantwoordelijkheid moeten opnemen en tijdig moeten inzien dat zij normaal al naar de apotheek hadden moeten gaan. Ook in dergelijke gevallen begrijpt de patiënt dat hij of zij een wachthonorarium moet betalen.

Het derde punt gaat echter over de niet-terugbetaalde geneesmiddelen. De reden waarom een geneesmiddel niet wordt terugbetaald, is meestal omdat het over minder ernstige aandoeningen gaat. Dat is het gehanteerde principe. Er is echter de theorie en de praktijk. Ik kan een aantal voorbeelden aanhalen, zoals bijvoorbeeld iemand die zich ziek voelt, de hele dag moet hoesten en 's avonds naar de dokter stapt. De dokter stelt voor eerst een bijzondere zware hoeststiller te nemen, vooraleer op antibiotica over te stappen. Dat is goed, want wij hebben bij het beleid herhaaldelijk benadrukt dat het gebruik van antibiotica moet worden ontraden. De betrokkene stapt met zijn voorschrift voor een zware hoeststiller, zoals Acedicon of Paracodine, naar de apotheek. Hij moet echter het surplus van het wachthonorarium betalen en dat begrijp ik niet. De patiënt heeft immers correct gehandeld. Het was urgent voor de patiënt zelf. Niettemin wordt hij gestraft.

Ik kan nog andere voorbeelden aanhalen. Ik heb in mijn vraagstelling nog een ander voorbeeld vernoemd. Acute otitis of oorontsteking doet enorm veel pijn. Een dag wachten om naar de dokter te gaan of om het geneesmiddel te halen, is dus geen optie. De betrokkenen zien immers erg af. Het geneesmiddel Panotil bijvoorbeeld wordt ook niet terugbetaald. De patiënt moet ook in dat geval het surplus van het wachthonorarium betalen.

Ik krijg en kreeg ook in het verleden regelmatig vragen van betrokken patiënten. Zij vragen hoe het komt dat zij moeten bijbetalen en zeggen dat zij het niet begrijpen. Eerlijk gezegd heb ik dat zelf ook nooit echt begrepen. Gewone pijnstillers kan men bijvoorbeeld in huis hebben, maar in een groot aantal gevallen vind ik dat de maatregel van de niet-terugbetaalde geneesmiddelen onterecht is. Ik zou heel graag weten of u op dezelfde lijn zit als ik en heel veel patiënten in dat geval.

Ten tweede, is er een werkgroep met de apothekers opgericht die zich hiermee bezighoudt? In het verleden was dat niet zo. Men ging ervan uit dat dit feiten waren en dat die werkwijze al jaren zo werd gehanteerd. Het is nu toch het moment om dat opnieuw te gaan bekijken.

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De betaling van het wachthonorarium door een ziekenfonds is gekoppeld aan de tegemoetkoming voor voorgeschreven vergoedbare vergunde geneesmiddelen. Deze koppeling wordt als dusdanig opgenomen in het Farmanet factureringscircuit. Een voorgeschreven niet-vergoedbaar geneesmiddel wordt niet in voornoemd circuit geregistreerd, zodat het eventueel bijhorende wachthonorarium niet kan worden vergoed. Ik heb echter dit jaar aan de apothekers gevraagd om de levering van voorgeschreven niet-vergoedbare analgetica al te registreren, weliswaar in het kader van eventuele opname van die kosten in de maximumfactuur voor chronisch zieken. Dit is een eerste stap om voorgeschreven niet-vergoedbare geneesmiddelen te registreren. Deze registratie wordt in 2010 verder uitgebreid tot andere geneesmiddelenklassen, zoals bijvoorbeeld de benzodiazepines. Hiervoor werd in een specifiek budget van 4 miljoen euro voorzien om de noodzakelijke softwareaanpassingen te kunnen doorvoeren.

De registratie kan dan ook worden gebruikt om na te gaan of een tegemoetkoming in het wachthonorarium voor voorgeschreven niet-vergoedbare geneesmiddelen kan worden overwogen en welke de budgettaire

gevolgen hiervan zijn. Deze discussie moet dan ook worden gevoerd in de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen.

Donc, il y a une situation sur laquelle je suis d'accord avec vous. Il y a du changement pour le moment qui peut être intéressant pour les patients mais aussi pour les pharmaciens. Si c'est possible, je soutiendrai évidemment cette évolution pour une meilleure prise en charge des honoraires de garde des pharmaciens.

05.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord.

Wat de analgetica betreft, het klopt inderdaad dat u dit in de MAF voor chronische zieken hebt willen inbouwen. Ik vond dat een heel goed initiatief. Er zijn altijd discussies geweest over de benzo's omdat het hier gaat over slaapmiddelen en het wordt niet echt aangeraden om dat te stimuleren bij de bevolking. Die discussie zal volgens mij nog wel een tijdje voortduren.

Mijn vraag ging over alle niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Als wij dat toepassen voor de wachtdiensten, dan moeten we kijken om bepaalde groepen erbij te betrekken. Er is ook de budgettaire impact op de wachthonoraria zodat ze niet allemaal in die groep kunnen worden opgenomen. Dit lijkt mij trouwens ook terecht. Ik vind het wel enigszins schrikwekkend dat de technologie hét argument vormt. Het kan blijkbaar niet in het Farmanet-circuit worden opgenomen waardoor de patiënt de dupe wordt en sowieso toch het wachthonorarium moet betalen. Ik vind dat een beetje bizar. De apothekers werken nu toch al een x-aantal jaren met computersystemen. Ik ben in 1992 afgestudeerd en toen waren die systemen in opmars. Wij zijn ondertussen al zoveel jaren verder en het lijkt mij dan ook logisch dat een niet-terugbetaald geneesmiddel snel in het circuit kan worden geplaatst.

Ik wil nog eens met aandrang zeggen: hoe sneller, hoe liever. Ik zal dit verder opvolgen en binnen dit en een maand of drie opnieuw een vraag stellen naar de stand van zaken. U geeft te kennen dat u hier volledig achter staat en dat u deze werkwijze onterecht vindt. Ik hoop dan ook dat dit wordt doorgegeven naar de mensen in de Overeenkomstencommissie zodat zij dat ook beseffen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la présence de substances nocives dans les tapis puzzle pour enfants" (n° 15171)

06 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "schadelijke stoffen in vloerpuzzels voor kinderen" (nr. 15171)

06.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la présence de substances toxiques dans les produits destinés aux enfants n'est pas un phénomène récent et n'est pas l'apanage de jouets estampillés *made in China*, comme en témoigne l'enquête menée par Test Santé et publiée dans son numéro d'octobre.

Je vous avais d'ailleurs interrogée en mai 2008 sur le danger inhérent à la présence de Bisphénol A dans les biberons synthétiques. À ce sujet, je regrette la position prise au niveau européen, particulièrement décevante, puisque l'Agence européenne pour la sécurité des aliments a expliqué qu'elle n'avait pas l'intention de revoir sa position. Elle juge le Bisphénol A apte à intégrer les plastiques alimentaires. J'espère que l'avis qui sera rendu en novembre prochain aux États-Unis par la *Food and Drug Administration* ira dans le sens d'une interdiction définitive de l'utilisation de cette substance.

Dans le cas des neuf tapis puzzle qui ont été testés, il apparaît que pas un n'échappe à la présence de solvants dangereux en quantités diverses: formamides, acétophénone, amoniaques, dephnyl de propanol; en effet, la plupart de ces puzzles sont fabriqués en éthylène vinyl acétate (EVA), une matière synthétique dans laquelle entrent ces substances qui sont nocives lorsqu'elles sont inhalées ou ingérées et irritantes pour les yeux et la peau. Il est à noter que l'EVA entre également dans la composition des tapis de sol des plaines de jeux et de gymnastique. Parmi ces neuf tapis, un seul ne présentait pas de formamides dans sa composition, une substance classée cancérigène, mutagène et toxique pour la reproduction, nommée CMR.

Voici donc mes questions.

- N'y a-t-il pas lieu de procéder à un retrait immédiat du marché des jouets contenant ou émettant du formamide sans attendre l'application en 2011 de la directive européenne sur la sécurité des jouets?

- Test Santé juge les règles relatives aux concentrations autorisées de solvant dans un jouet, trop floues dans cette nouvelle directive. Comptez-vous inciter les instances européennes à préciser les concentrations maximales qui seront autorisées? À défaut, le gouvernement prendra-t-il une décision unilatérale allant dans ce sens lors de la transcription de la directive en droit belge?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, en ce qui concerne le Bisphénol A, cette substance étant réglementée pour le contact alimentaire au niveau européen, la Commission européenne suit, en effet, l'avis de l'EFSA, l'Agence européenne de sécurité des aliments, qui se base sur de nombreuses données scientifiques pour déterminer une norme sans risques pour la population.

Sans aucune nouvelle donnée scientifique sérieuse, l'EFSA n'est pas en mesure de réévaluer un dossier. L'évaluation d'une substance ne tient compte que des critères scientifiquement objectifs. À la suite des nombreuses questions posées à ce sujet, dont la vôtre, j'ai décidé d'interpeller directement par courrier le commissaire européen en charge de ce dossier.

Pour ce qui a trait aux jouets et à la substance nocive dans les tapis puzzle pour enfants, il importe de rappeler que le formamide est une substance reprotoxique classée au niveau européen pour les risques pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant.

Je ne pourrais personnellement retirer les articles contenant du formamide qu'après une évaluation concrète des risques de cette substance dans cet usage. Si, après évaluation, il s'avère qu'un risque inacceptable pour la santé n'est pas exclu, je peux interdire la substance temporairement: six mois renouvelables une fois sur la base de la loi relative à la norme des produits et je dois notifier aux instances européennes la problématique et son urgence et mon désir de légiférer afin d'interdire les articles au niveau belge. À cette notification devra suivre une soumission d'un dossier annexe XV de restriction selon la procédure prévue à l'article 129 du règlement REACH. Cette procédure demande un certain temps ainsi qu'un investissement humain important.

J'attire également votre attention sur le fait que mon collègue, Paul Magnette, ministre en charge de la Protection des consommateurs, a la possibilité de prendre des mesures plus rapides en utilisant la législation concernant les jouets. En effet, en utilisant cette législation, il peut demander aux producteurs de démontrer que leurs jouets sont conformes aux exigences essentielles décrites dans cet arrêté royal. Si le producteur ne peut démontrer la conformité à ces exigences essentielles, le ministre peut, dans ce cas, prendre les mesures nécessaires. Je peux déjà vous informer que son cabinet étudie cette piste actuellement, de sorte qu'une décision puisse être prise le plus rapidement possible dans l'intérêt de la santé de nos concitoyens, notamment des enfants.

Par ailleurs, en ce qui concerne la directive relative à la sécurité des jouets, mes services n'ayant pas participé à la négociation, je ne pourrais vous informer précisément. Je vous conseille d'interroger le ministre en charge de la Protection des consommateurs.

06.03 Colette Burgeon (PS): Je vous remercie pour votre réponse. Il est intéressant de savoir que le commissaire européen a été informé du premier problème. L'évaluation demande apparemment un investissement humain très important. J'interrogerai M. Magnette à ce propos.

Ce problème a semé la panique dans les familles. En effet, ces tapis leur ont été entre autres offerts par les mutuelles. Maintenant, on leur dit de les enlever et de les remplacer par une simple couverture! Ces objets qui sont amusants pour les bébés contiennent en fait des substances toxiques. C'est assez inquiétant.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 15282 de Mme Lahaye-Battheu est reportée.

07 Question de M. Philippe Blanchart à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la présence de veuves noires en Belgique" (n° 15283)

07 Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de aanwezigheid van zwarte weduwen in België" (nr. 15283)

07.01 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, madame la vice-première ministre, je compte mettre un peu d'exotisme dans votre journée. En effet, nous pouvons constater depuis plusieurs années l'arrivée sur le territoire belge d'araignées veuves noires, principalement via les ports comme celui d'Anvers.

Selon ARABEL (Société Arachnologique de Belgique), une vingtaine de spécimens adultes auraient ainsi été découverts dans notre pays, et autant de cocons. Pour ARABEL, il ne s'agirait là que du sommet de l'iceberg. En effet, les entreprises taieraient souvent ce genre de découvertes pour une question d'image.

Ces araignées, dont la morsure peut être mortelle surtout chez les plus jeunes sujets et les personnes âgées, ont la faculté de très bien s'adapter à nos climats. ARABEL aurait d'ailleurs alerté la ministre flamande de l'Environnement à ce sujet, plaçant notamment pour certaines mesures permettant aux autorités flamandes de réagir en cas de morsures.

Madame la vice-première ministre, disposez-vous de renseignements confirmant la présence de ces araignées en Belgique? Le cas échéant, certaines mesures – telles la création d'un stock antipoison, des campagnes de sensibilisation aux risques entraînés par les piqûres de ces araignées ou un contrôle particulier pour les bateaux provenant des zones de prédilection de ces araignées – sont-elles envisagées?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Blanchart, j'ai effectivement été avisée d'un cas récent auquel a été confrontée l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire dont les services sont intervenus à la suite de la découverte de veuves noires dans des voitures de collection importées en Belgique.

Cela fait de nombreuses années que l'on constate la présence d'araignées veuves noires sur notre territoire. S'il s'agit d'une espèce exotique, il ne s'agit cependant pas d'une espèce tropicale. En effet, aux États-Unis, on la trouve dans toutes les zones de climat (chaud, tempéré ou froid, sec ou humide), à 0 comme à 3 500 m d'altitude, en ville comme à la campagne. Elle est donc capable de s'acclimater chez nous.

Elle existe depuis longtemps en France, dans le bassin méditerranéen mais aussi en Vendée ou dans le Morbihan. L'espèce la plus répandue, mais non unique, en Europe est la *Latrodectus mactans* *tredecimguttatus*. La morsure de celle-ci est toxique car elle contient un poison neurotoxique en faible quantité. Seules les femelles mordent. La toxicité varie cependant beaucoup selon l'espèce et les décès causés par cette morsure sont très rares, comme le démontrent les chiffres pour les USA en 2003: 2 720 morsures dont 13 problèmes médicaux graves. Le traitement en milieu hospitalier, si nécessaire, consiste en un traitement symptomatique visant à éliminer les effets du poison en plus de l'administration d'un sérum spécifique, ce dernier pouvant être administré jusqu'à quatre jours après la morsure.

Cet antipoison commercialisé par la firme Merck & Co, Inc. est appelé "antivenin *Latrodectus mactans*" et peut être obtenu rapidement par toute pharmacie via une succursale de Merck & Co en Hollande. Il coûte approximativement 28 euros. Le Centre Antipoisons en possède. Ce même centre peut en obtenir endéans les 24 heures grâce à un accord avec un partenaire en Suisse ou par l'intermédiaire d'un hôpital au Limbourg.

Au sujet des campagnes de sensibilisation, je me permets de vous rappeler qu'elles font partie de la prévention et sont, par là même, de la compétence des Communautés. La faune et la flore sauvages relèvent elles aussi de la compétence des entités fédérées. Ceci explique que, dans le cas cité, la ministre régionale de l'Environnement ait été interpellée afin de prendre les mesures en amont qui sont de son ressort.

Selon mes informations, un contrôle particulier des bateaux n'est pas envisagé à l'heure actuelle.

07.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Me voilà tout à fait rassuré. Je sais à présent que seules les veuves noires femelles mordent et non les mâles.

Le président: La prochaine fois, vous pourrez interroger sur les mygales. En effet, ce matin, on a parlé de mygales dans les bananes. Mais ces animaux ne survivent pas dans nos pays en hiver, heureusement!

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

08 Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het moratorium inzake apotheken" (nr. 15282)

08 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le moratoire relatif aux pharmacies" (n° 15282)

08.01 Sabien Lahaye-Battheu (Open Vld): Mevrouw de minister, mijn vraag handelt over het moratorium inzake apotheken dat eind 2009 afloopt. Het moratorium bepaalt het minimum aantal apotheken ter bescherming van de volksgezondheid. In het streven naar een ideale spreiding van de apotheken wordt de vestiging van een nieuwe apotheek of de vervanging van een bestaande thans geregeld via een ingewikkelde formule van afstanden in kilometers en bereik in aantal inwoners om zo per gemeente tot een quotum te komen. Het is nu bijna eind 2009. Graag kreeg ik van u een stand van zaken.

Hebt u al zicht of de gewenste spreiding die door het moratorium wordt beoogd voldoende is gerealiseerd? Wat blijkt uit het kadaster van officina's? Zult u de spreidingscriteria al dan niet versoepelen? Met andere woorden, zult u het moratorium al dan niet verlengen? Hebt u al advies ingewonnen bij de meest representatieve farmaceutische beroepsorganisaties?

08.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, het huidige moratorium voor apotheken opengesteld voor het publiek, werd ingesteld op 8 december 1999 voor een termijn van tien jaar. In de loop van die tien jaar is de concentratie van apotheken verlaagd van één apotheek voor ongeveer 1 900 inwoners naar één apotheek voor ongeveer 2 000. Het moratorium sorteert bijgevolg effect, doch dit proces verloopt zeer geleidelijk.

De huidige concentratie bevindt zich nog ruim boven het maximaal aantal toegelaten apotheken, zoals bepaald in het KB van 25 september 1974, namelijk een apotheek per 2 000 tot 3 000 inwoners afhankelijk van de grootte van de gemeente. Bovendien bezit België hiermee nog steeds een van de dichtste netwerken van Europa.

Het moratorium zorgt ervoor dat de officina's voldoende omzet kunnen genereren om aan de publieke dienstverleningsopdrachten te voldoen en om te investeren in de kwaliteit van de zorgverstrekking. Daarom acht ik het wenselijk om het huidige moratorium te verlengen. Op dat punt hebben de beide meest representatieve beroepsorganisaties, de Algemene Farmaceutische Bond en Ophaco, een positief advies overhandigd.

Ter informatie, de Ministerraad van 23 oktober heeft een KB goedgekeurd dat het huidige moratorium met vijf jaar verlengt.

08.03 Sabien Lahaye-Battheu (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

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

09 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de gratis kwaliteitstests van illegale drugs" (nr. 15291)

09 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "les tests gratuits de qualité des drogues illégales" (n° 15291)

09.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom nog even terug op de fameuze kwaliteitstests voor illegale drugs. Ik heb u daarover in de plenaire vergadering op 7 mei van dit jaar ondervraagd.

Het zeer recente rapport van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid maakte duidelijk dat er binnen alles wat circuleert aan illegale drugs, toch flink wat gevaarlijke rommel zit, om het zo uit te drukken. Dat maakt die problematiek uiteraard terug actueel.

Ik verwijs naar uw antwoord van 7 mei van dit jaar in de plenaire vergadering. In antwoord aan mijzelf en een aantal collega's verwees u toen grosso modo naar een brief van februari 2009 die u had ontvangen van de Vereniging van Alcohol- en andere Drugsproblemen. Die vereniging vroeg eindelijk toestemming om een pilootproject te mogen opzetten om drugs te testen. U hebt toen gezegd dat u dat moest voorleggen aan de cel Gezondheidsbeleid Drugs. U zei dat u formeel nog geen beslissing had genomen en dat u geen grote voorstander was van pill testing, zoals bepaalde kranten ten onrechte schreven.

Mevrouw de minister, in het licht van de opvolging wil ik u toch weer even confronteren met dat dossier, met de volgende zeer duidelijke vragen.

Wat is de stand van zaken in dat concrete dossier?

Is er ondertussen over dat dossier gesproken in de cel Gezondheidsbeleid Drugs?

Heeft er in dat verband ondertussen overleg plaatsgevonden met de Gemeenschappen, die ter zake uiteraard betrokken partij zijn?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik heb de Kamer op 7 mei geïnformeerd dat ik de cel Gezondheidsbeleid Drugs heb gevraagd om een advies te formuleren over het voorstel van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen. In deze cel zijn alle ministers van Volksgezondheid vertegenwoordigd, dus ook van de Gewesten en Gemeenschappen.

Gelet op de reacties die dat experiment teweegbracht in de pre-electorale periode heb ik gevraagd de discussie te starten na de verkiezingen. Een serene en objectieve benadering is immers cruciaal in dergelijke dossiers. De cel Gezondheidsbeleid Drugs heeft reeds tijdens haar eerste vergadering na de verkiezingen, met name op 29 september, het debat gestart.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen, Modus Vivendi en de onderzoeksgroep Promes van de Université Libre de Bruxelles werden gehoord. Ik verwacht een definitief advies tegen het einde van het jaar. Op dit moment heb ik nog geen beslissing ter zake genomen.

09.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Dat maakt het tenminste mogelijk om dit concrete dossier verder op te volgen. Ik neem akte van het feit dat het debat is opgestart binnen de cel Gezondheidsbeleid Drugs en dat er op dit moment nog geen formele beslissing is genomen. Ik denk dat ik moreel verplicht ben om op dat dossier tegen het eind van het jaar terug te komen.

Nogmaals, mevrouw de minister, en zeker wat onze fractie betreft, wil ik een grote bezorgdheid uitdrukken om niet het foute signaal te geven in het kader van preventie. Ik denk dat er maar één signaal kan zijn, en dat moet het signaal zijn dat druggebruik op gezondheidsvlak zeer gevaarlijk is en blijft.

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

10 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de vernietiging door de Raad van State van het MB van 21/02/2006 houdende de erkenningsnormen voor huisartsen" (nr. 15292)**

10 **Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté ministériel du 21/02/2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes" (n° 15292)**

10.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik kom nog even terug op de fameuze vernietiging door de Raad van State van het ministerieel besluit van 21 februari 2006 betreffende de regeling voor erkenningsnormen van huisartsen.

Ik heb u daarover op 16 februari van dit jaar ondervraagd. Ondertussen is het dossier wel een beetje geëvolueerd in die zin dat toen uit uw antwoord bleek dat u wel degelijk advies nodig had van de Hoge Raad voor Geneesheren-specialisten en anderzijds Huisartsen. Anderzijds was het dossier ook gelinkt – ik actualiseer nu mijn vraag – aan recent opgedoken problemen inzake accreditering van jonge huisartsen door de vernietiging van het ministerieel besluit.

Voor zover ik nog kan volgen, zou binnen het verzekeringscomité zeer recent de beslissing moeten zijn genomen waardoor het probleem inzake accreditering van jonge, nieuwe huisartsen weggewerkt zou moeten zijn. Het is goed om vandaag van u technisch een stand van zaken te krijgen.

Heeft de Hoge Raad voor Geneesheren-specialisten en Huisartsen een advies verleend? Is het ontwerp ondertussen bij de Raad van State gepasseerd? Hoever staat het met het overleg met de Gemeenschappen, die uiteraard ook betrokken partij zijn, al was het maar omdat de duur van de geneeskundestudies wel degelijk een gemeenschapsbevoegdheid is?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Nadat de Raad van State het ministerieel besluit van februari 2006 betreffende de erkenningscriteria voor huisartsen om procedureredenen had vernietigd, heb ik de tekst van een nieuw besluit aan de hoge raad voorgelegd. De nieuwe tekst houdt trouwens rekening met de opmerkingen van de Raad van State betreffende de gelijkheid tussen de kandidaat-specialisten en de kandidaat-huisartsen.

Volgend op het positief advies van de hoge raad heb ik de tekst aan de inspectie van Financiën en aan Begroting bezorgd, alvorens hem aan de Raad van State voor te leggen. Ik ontving het advies op vrijdag 2 oktober 2009. De Raad van State had enkel opmerkingen van puur wetgevende aard. De juristen van mijn kabinet hebben die vormelijke opmerkingen geïntegreerd in de definitieve tekst, die de komende dagen zal worden gepubliceerd.

Het nieuwe besluit preciseert dat na 2016, in overeenstemming met de opmerkingen van de Raad van State over de gelijkheid tussen de kandidaat-specialisten en de kandidaat-huisartsen, de opleiding van de huisartsen na de basisstudies van start zal gaan. Dat houdt inderdaad een denkoefening in over de duur van de studies geneeskunde. Ik stelde de oprichting van een werkgroep voor, die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de Gemeenschappen, de universiteiten en de hoge raad. De eerste vergadering van de groep had plaats op 14 oktober 2009.

Die vergadering leidde tot de opmaak van een historiek van de situatie en een definiëring van het wettelijke kader. Er werd aan de FOD gevraagd om begin november een vergadering met de juristen van de twee Gemeenschappen te organiseren om het wettelijk kader beter te omschrijven. De werkgroep zelf zal op 18 november 2009 opnieuw vergaderen.

10.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor het technisch zeer interessant antwoord. Een deel van de problemen die door de vernietiging van de Raad van State van het betrokken ministerieel besluit zijn ontstaan, moet inderdaad worden opgelost.

Dankzij mijn vraag en uw antwoord kunnen we heel kort op de bal spelen. Het nieuwe ministerieel besluit zal heel binnenkort in het Belgische Staatsblad worden gepubliceerd. Ik voel mij door uw antwoord verplicht om het dossier verder op te volgen, vermist er een werkgroep met de universiteiten en de Gemeenschappen is opgestart. We zullen in onze commissie zeker nog terugkomen op de problematiek naar aanleiding van de bespreking van de beleidsbrief.

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

De **voorzitter**: Aangezien mevrouw Smeyers niet aanwezig is, vervalt haar vraag nr. 15409.

11 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Raf Terwingen** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de kwaliteit van in het buitenland vervaardigde tandprothesen" (nr. 15521)

- de heer **Raf Terwingen** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de kwaliteit van in het buitenland vervaardigde tandprothesen" (nr. 15583)

11 Questions jointes de

- **M. Raf Terwingen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la qualité des prothèses dentaires fabriquées à l'étranger" (n° 15521)**

- **M. Raf Terwingen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la qualité des prothèses dentaires fabriquées à l'étranger" (n° 15583)**

11.01 Raf Terwingen (CD&V): Mevrouw de minister, ik meen dat het hier slechts om één vraag gaat die misschien per ongeluk twee keer is ingediend. Dit moet een administratieve vergissing geweest zijn.

Mevrouw de minister, ik heb u vorig jaar in mei een vraag gesteld naar aanleiding van een aantal berichten in de media dat er problemen zouden kunnen zijn omtrent de kwaliteit van tandprothesen. Het ging om een aantal buitenlandse problemen die de kop hadden opgestoken. Die situatie heeft in België heel wat heisa en deining in de media teweeggebracht. Vandaar dat ik nog eens terugkom op dat verhaal. U hebt toen gezegd dat er in België nog geen problemen bekend waren maar dat de Europese Commissie de problematiek wel zou onderzoeken, dus ook met betrekking tot België. Tegelijkertijd hebt u toen aangekondigd dat er in 2009 een inspectieprogramma van start zou gaan, vandaar deze opvolgingsvraag.

In welke mate is er onderzoek geweest van de Europese Commissie in België? Zijn daar resultaten van bekend? Is dat onderzoek al dan niet gestart? Hoever staan de zaken in verband met het inspectieprogramma dat u zelf hebt aangekondigd?

11.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, ik kan u melden dat de Europese Commissie tot op vandaag nog geen contact heeft opgenomen met de dienst Medische Hulpmiddelen van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, met het oog op een onderzoek bij Belgische tandartsen.

In het raam van het toezicht op de markt van medische hulpmiddelen is het inspectieprogramma ondertussen opgestart. Twee inspecteurs zijn nu actief in de medische hulpmiddelensector. Het inspectieprogramma omvat, naast vele andere aspecten, ook de fabrikanten van medische hulpmiddelen op maat, zoals de tandtechnici. Prioriteit wordt gegeven aan de opvolging van klachten. Tot nu toe is er geen melding van een incident met een tandprothese ontvangen.

Een slechte reactie na een inplanting is een incident en moet door de tandarts aan de dienst Materiovigilantie worden gemeld.

11.03 Raf Terwingen (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik denk inderdaad dat men moet optreden als er zich een probleem voordoet, zoals een slechte reactie.

Een jaar geleden was de insteek vooral dat men beter kan voorkomen dan genezen. Ik dacht dat u toen op dezelfde golflengte zat en misschien is dat vandaag nog zo. We moeten attent blijven en zoeken naar systemen om te voorkomen dat vandaag implantaten worden ingeplant die na twee, drie of meer jaren bepaalde nevenwerkingen hebben. Daarom moeten we voorzichtig zijn. Dat was ook het geval in het buitenland, waar implantaten die al langer in de mond van de patiënt zaten, pas na enige tijd problemen veroorzaakten.

Er ligt daar ook een Europese verantwoordelijkheid. Ik volg u daarin. Ik ben ook vragende partij om de Europese Commissie daarover verder te alarmeren en op de hoogte te stellen. Onderzoek dat verder, zodat men los van het curatieve aspect, ook een beetje preventief kan werken in dat verhaal.

Ik weet dat een aantal firma's die dat soort van hulpmiddelen maken, wel een perfect sluitend systeem van samenstelling voor die prothesen kunnen creëren. Dat is het probleem. De samenstelling van sommige prothesen, die van verre landen komen, kan men niet achterhalen. We moeten zeer voorzichtig zijn. Ik denk dat een kwaliteitscertificaat aangewezen is. Daarover moeten we samen verder nadenken, zeker in deze commissie, waarvan ik in principe geen lid ben.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

12 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la mise en application de la directive européenne sur la vente du tabac sur internet" (n° 15765)

12 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de toepassing van de Europese richtlijn inzake de verkoop van tabak op het internet" (nr. 15765)

12.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, suite à la polémique qui a enflé après l'annonce d'une mise en vente des cigarettes sur internet conformément à une directive européenne sur les droits d'accises appliqués au tabac et à l'alcool, le gouvernement français a, pour des raisons de santé publique, indiqué ne pas vouloir autoriser la vente du tabac sur internet en France.

Ces déclarations faisaient suite à un article du journal français *Les Échos* qui évoquait une future autorisation en France de la vente de cigarettes sur internet dans le cadre de la transposition d'une directive européenne sur les droits d'accises, taxe indirecte, frappant le tabac et les alcools.

Le directeur de la communication à la direction générale des douanes françaises a indiqué qu'il fallait que tout tabac vendu en France respecte des obligations techniques, sanitaires et fiscales ce qui, en pratique, n'est quasiment jamais fait, rendant de facto ces sites illégaux et l'importateur passible d'une sanction fiscale, d'une amende d'une à deux fois la valeur de la marchandise ou d'une peine de prison.

Il semble pourtant que les sites internet consacrés à la vente de cigarettes se multiplient et que leur activité se développe, les services des douanes françaises ayant en 2008 saisi 21 tonnes de cigarettes, dont l'essentiel provient de commandes sur internet, contre 8 tonnes en 2007. Cette augmentation est due à des prix plus attractifs.

Le problème est que ces cigarettes peuvent être très dangereuses: certaines de celles qui ont été saisies contenaient des morceaux de pneus ou de bandes magnétiques.

Outre le fait que cela représente pour les États un manque à gagner en matière de taxes, mais aussi pour les établissements qui en font commerce – j'interpellerai votre collègue compétent en la matière à ce sujet –, la vente de cigarettes sur internet serait une catastrophe en termes de santé publique, selon l'avis du pneumologue Bertrand Dautzenberg, président de l'Office français de prévention du tabagisme.

Madame la ministre, comment comptez-vous orienter la mise en application de cette directive par la Belgique dans le cadre de votre politique de santé publique et de la lutte contre les méfaits du tabagisme et de l'alcoolisme?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, la directive 2008/118 à laquelle vous faites référence relève de la compétence du SPF Finances.

Pour ce qui concerne l'article de presse français que vous avez mentionné et la polémique qui a suivi dans ce pays, le porte-parole de la DG TAXUD de la Commission européenne a affirmé que cette directive n'autorise pas plus qu'elle n'interdit la vente des cigarettes sur internet. Cette directive précise simplement le régime fiscal applicable dans le cas où des ventes à distance de cigarettes ou d'autres produits soumis à accises impliquant plusieurs États membres ont lieu.

La directive adoptée par le Conseil, l'an dernier, prend acte du fait que ce type de vente est possible dans certains États membres. Toujours selon la Commission européenne, cette directive ne se prononce pas sur la possibilité ou non d'interdire la vente de cigarettes sur internet. À ma connaissance, il n'y a donc aucune réglementation européenne visant à réglementer la vente de tabac par internet.

En Belgique, il n'existe pas de restriction spécifique à la vente de tabac à l'exception de l'interdiction de vendre du tabac aux personnes âgées de moins de 16 ans. Or, les représentants des sites web ne peuvent a priori garantir que cette condition relative à l'âge soit remplie. La vente par internet pose également la question de la publicité. Sur ce sujet, en Belgique, la publicité sur internet est totalement interdite.

La question de la limite entre présentation du produit pour la vente et publicité se pose donc. De plus, certains fabricants profitent clairement d'internet pour faire de la publicité. Le service inspection du SPF Santé publique a ainsi dressé un procès-verbal contre un fabricant qui faisait de la publicité pour une nouvelle cigarette via internet. Le dossier se trouve actuellement au parquet de Bruxelles.

La question du contrôle des ventes sur internet et de la publicité est cependant extrêmement complexe. Pour le moment, aucune solution simple et efficace n'a pu être dégagée malgré la coordination d'experts européens sur le sujet.

Vous mentionnez, par ailleurs, la possible nocivité des cigarettes vendues sur internet. Nous le savons, le tabagisme tue la moitié des fumeurs. Acheter ses cigarettes en magasin est dès lors également très nocif. Ma politique antitabac vise donc à lutter sur tous les fronts: publicité, vente, étiquetage, taxation, lieux publics. C'est la seule manière d'obtenir de bons résultats en termes de santé publique.

En ce qui concerne l'alcool, la compétence de la vente de tels produits aux mineurs n'est actuellement pas entre les mains des autorités en charge de la Santé publique, ce qui changera; nous en avons parlé la semaine dernière. J'espère donc que ce changement permettra d'accroître notre efficacité. Néanmoins, la problématique de la vente d'alcool est similaire sous certains angles à celle de la vente de tabac: une fois encore, le contrôle de telles mesures s'avère très ardu, notamment sur internet.

12.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, le thème du contrôle devient lancinant et reste le problème d'aujourd'hui à cause du développement des nouveaux médias, comme internet. Dans ce domaine du tabac comme dans d'autres, par exemple la publicité pour les voitures les plus polluantes, ce sont toujours les mêmes questions qui se posent.

Je vous remercie pour votre conscientisation et pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "l'insécurité dans les hôpitaux" (n° 15528)**

- **Mme Isabelle Tasiaux-De Neys à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "l'insécurité dans les hôpitaux" (n° 15675)**

- **M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la sécurité dans les hôpitaux" (n° 15744)**

- **Mme Françoise Colinia à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "l'insécurité ressentie par les médecins bruxellois dans les services d'urgence" (n° 15840)**

13 Samengevoegde vragen van

- **de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de onveiligheid in ziekenhuizen" (nr. 15528)**

- **mevrouw Isabelle Tasiaux-De Neys aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de onveiligheid in ziekenhuizen" (nr. 15675)**

- **de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de veiligheid in ziekenhuizen" (nr. 15744)**

- **mevrouw Françoise Colinia aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het onveiligheidsgevoel bij de Brusselse artsen in de spoeddiensten" (nr. 15840)**

13.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, je souhaiterais revenir sur la problématique de l'insécurité dans les hôpitaux, particulièrement dans les grands centres urbains. Rien que pour l'année 2008, les statistiques sont alarmantes. La police fédérale a enregistré près de quatre mille faits de vols et extorsions dans les hôpitaux du pays, près de six cents agressions contre le personnel hospitalier - c'est ce qui m'inquiète le plus - et 262 actes de vandalisme.

Le personnel de la Clinique Saint-Jean à Bruxelles a d'ailleurs réagi, à juste titre. Le personnel des urgences, notamment, est confronté quotidiennement à des agressions verbales. Avec le département de l'Intérieur, vous aviez mis en place en 2008 une plate-forme destinée à apporter des solutions pour lutter contre cette criminalité qui touche injustement celles et ceux qui destinent leur activité professionnelle aux soins à apporter aux autres. C'est un comble de devoir subir des agressions physiques et verbales lorsque votre métier est de venir en aide aux autres.

Le personnel hospitalier, particulièrement dans les grands centres urbains, considère que rien n'a changé en cette matière. Il y a un an, vous annonciez l'engagement de cinq cents équivalents temps plein - des emplois jeunes - pour assurer la sécurité dans les hôpitaux. Disposez-vous de chiffres précis quant à ces engagements? La plate-forme mise sur pied pour lutter contre cette criminalité ne semble manifestement pas être un franc succès. Quelles actions comptez-vous entreprendre pour remédier à ce problème?

13.02 Isabelle Tasiaux-De Neys (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en mai 2008, le SPF Santé publique, en collaboration avec le ministère de l'Intérieur, annonçait la création d'un site internet sur lequel les hôpitaux pourraient dénoncer les faits criminels et de violence survenant dans leurs murs.

Malheureusement, il semble que ce projet soit resté au placard, même si une campagne de sensibilisation aux agressions et vols dans les hôpitaux a été lancée avec, comme support, un manuel pratique de conseils de prévention.

Rien que pour l'année 2008, la police fédérale a enregistré 3 778 faits de vol et extorsion dans les hôpitaux, 573 agressions contre le personnel et 262 actes de vandalisme. Mais cela ne représente qu'une partie de la réalité, car il faut ajouter à cela tous les faits pour lesquels le personnel hospitalier ne prend même plus la peine de porter plainte, découragé par la procédure.

Les chiffres stagnent depuis des années et me préoccupent autant que les responsables hospitaliers, qui ne voient rien venir de concret de la part des autorités fédérales pour les aider à résoudre ce problème grandissant d'insécurité dans les hôpitaux.

La plate-forme mise en place en 2008 semble ne pas porter ses fruits. Les hôpitaux et cliniques des différentes régions ont dû prendre eux-mêmes des mesures pour faire face à cette criminalité. Ainsi, à Bruxelles, un groupe de travail réunissant les membres de la Commission de l'aide médicale urgente a été créé pour entreprendre des mesures comme la rédaction d'une liste noire de patients agressifs ou encore la création d'un réseau de communication entre les hôpitaux permettant de s'informer mutuellement si un patient agressif se présente.

Les Cliniques Saint-Luc à Woluwe-Saint-Lambert s'équiperont en 2010 d'un nouveau système de sécurité sans fil. À Charleroi, un service de gardiennage privé assure la surveillance des principaux sites et le personnel est formé de manière à pouvoir contrer d'éventuels comportements agressifs.

Si toutes ces mesures sont évidemment nécessaires, permettez-moi, madame la ministre, ces questions. Qu'en est-il exactement de cette plate-forme mise en place l'année dernière? Existe-t-il un plan d'action pour les prochaines années? Quelles mesures comptez-vous prendre pour aider les hôpitaux et centres hospitaliers à lutter contre cette insécurité? Enfin, avez-vous eu des contacts avec le ministère de l'Intérieur à ce sujet?

13.03 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij hebben in het voorjaar ook over dit thema gesproken. Toen hebt u gezegd dat u concrete maatregelen zou nemen om de criminaliteit in de ziekenhuizen te bestrijden.

Sinds vorig jaar, en ik merk op het terrein met succes, is de mogelijkheid ingevoerd dat stewards een deel van de veiligheidsbegeleiding in de ziekenhuizen op zich nemen. Ik ervaar dat als een stap in de goede richting.

In het voorjaar is ook een studiedag georganiseerd waar de sector met de vraag kwam om nieuwe initiatieven op dat vlak te nemen.

Recent heeft ook de heer Coenye, diensthoofd van spoed in het Sint-Jansziekenhuis, erop gewezen dat bijna wekelijks zowel lager geschoold personeel als het hoofd van de dienst slachtoffer wordt van een vorm

van agressie. Voor het personeel begint dat zwaar te wegen. Dan wordt verwezen naar het beloofde platform vanuit de FOD Volksgezondheid in de ziekenhuizen. Men zegt dat men stilaan op eigen initiatief werkt, omdat een vorm van bewaking in de ziekenhuizen zich echt opdringt.

Mevrouw de minister, aan welke concrete maatregelen wordt momenteel gewerkt? Is de werking van de stewards al geëvalueerd? Hoeveel ziekenhuizen doen een beroep op de stewards? Zijn al nieuwe initiatieven uitgewerkt of gepland? Hoever staat het met de uitbouw van de provinciale netwerken met betrekking tot de veiligheid in de ziekenhuizen?

13.04 Laurette Onkelinx, ministre: Chers collègues, ce problème doit effectivement être considéré avec le plus grand sérieux, loin de toute démagogie. Pour avoir une image précise de la problématique de la criminalité dans les hôpitaux, en collaboration avec ma collègue, la ministre de l'Intérieur, j'ai développé un outil de monitoring que nous relèverons dans les hôpitaux à intervalles réguliers.

Les données qui proviennent de ce moniteur constituent un instrument important d'indications pour adapter la politique et prendre des mesures qui agissent directement sur la problématique. Le premier moniteur hospitalier a été relevé en octobre et en novembre 2008. Cette enquête sondait le nombre de faits de vols, de vandalisme et d'agressions en 2007 dans les hôpitaux et la politique de prévention développée par ces hôpitaux. Le taux de réponse a été plutôt satisfaisant, même si on doit encore améliorer le modèle: 190 sur 305 établissements ont participé à cette enquête (62 %).

Il ressort de ce moniteur que la violence verbale, mais aussi physique et les vols sont les principaux points problématiques dans les hôpitaux. Les résultats montrent aussi que les hôpitaux investissent dans cette politique de sécurité: 68,9 % des sites hospitaliers disposent maintenant d'agents de gardiennage.

En outre, des mesures de prévention organisationnelle ont été prises de manière systématique, comme la fermeture des armoires, des casiers du personnel dans 92 % des sites, des rondes de nuit pour contrôler si tout est bien fermé dans 87 % des sites. Dans la plupart des sites, des mesures mécaniques et électroniques ont aussi été prises: 32,1 % des sites hospitaliers ont mis en place des consignes de sécurité.

Sur la base des résultats du moniteur hospitalier, l'approche intégrale et intégrée de cette problématique donne des résultats et va être poursuivie et adaptée, toujours en collaboration avec le ministère de l'Intérieur. C'est une plus-value indéniable si chaque partenaire, en partant de sa propre perspective, de son propre réseau, peut contribuer à la réalisation d'une politique de prévention et de sécurité dans les hôpitaux.

In het najaar van 2010 wordt een nieuwe afname van de ziekenhuismonitor gepland. Een vergelijking van de resultaten van deze enquête met deze van de enquête van 2008 zal een evaluatie mogelijk maken van de maatregelen die op het terrein werden genomen, namelijk de informatiecampaigned "Het hoofd koel houden" en het globaal project "Veiligheid in de ziekenhuizen".

Mijn collega en ik hebben inderdaad op 5 maart 2009 een sensibiliseringscampagne opgestart in de ziekenhuizen, gecentreerd op de preventie van agressief gedrag in de urgentiediensten, de diensten ziekenhuispsychiatrie en de ontvangstdiensten. Het federaal netwerk Veiligheid en Criminaliteitspreventie in Ziekenhuizen beoogt trouwens geen loutere bestrijding van het fenomeen, zoals diefstal en afpersing. Met dat federaal netwerk willen mijn collega en ik de aandacht vestigen op de veiligheidsproblematiek en de beveiliging van de ziekenhuizen naar een hoger niveau tillen.

Le réseau fédéral compte 138 membres: hôpitaux, responsables sécurité, conseillers en techno-prévention, etc. et offre à tous l'occasion de collecter des informations à intervalles réguliers et d'échanger, lors de réunions d'information, les bonnes pratiques que les hôpitaux pourront intégrer dans leur politique de prévention et de sécurité.

Ces réunions d'information constituent aussi une occasion unique de tester notre politique à la pratique et de noter les besoins des acteurs concernés.

Même si le réseau fédéral est un réseau faitier où toutes les provinces sont représentées, il existe au niveau provincial un certain nombre d'initiatives. La décision de créer ou non un réseau provincial relève évidemment de l'autonomie des provinces. Les SPF Intérieur et Santé publique soutiennent évidemment les initiatives provinciales.

Pour les aider à mettre en place leur politique de sécurité et de prévention, les hôpitaux seront, d'une part, invités à participer au dialogue et, d'autre part, recevront des outils, des brochures, des affiches.

Outre les réunions d'information, des réunions de concertation sont prévues dans le groupe de travail du réseau fédéral où tous les membres pourront échanger leur expérience utile.

Enfin, il ne faut pas oublier de souligner l'importance des stewards dans la lutte contre la criminalité hospitalière. Grâce à cette mesure, 503 équivalents temps plein peuvent être engagés dans le cadre du projet global de sécurité dans les hôpitaux en vue d'y installer une plus grande sécurité objective et subjective. Des projets nous ont été transmis; 350 équivalents temps plein ont été acceptés, en sachant que certains hôpitaux sous-traitent la sécurité à des entreprises de gardiennage. En juin 2009, les hôpitaux qui n'ont pas fait appel aux services d'une entreprise de gardiennage ont précisé qu'ils avaient pris en service 316 équivalents temps plein ou envisagé d'en prendre en 2009.

Il s'agit donc de mesures concrètes.

Par ailleurs, lors de la réunion d'information du 5 mars dernier, une série d'actions a été annoncée. Une nouvelle réunion d'information y a été mentionnée dont l'objet sera le contrôle de l'accès aux hôpitaux.

Le système des agents de surveillance dans les hôpitaux, opérationnel depuis 2007, a été évalué dans l'intervalle. Les membres du réseau recevront dans les prochains jours une circulaire qui examine dans tous ses aspects le système des stewards des hôpitaux, l'objectif étant de donner une réponse claire aux questions posées lors de la réunion du 5 mars. En outre, comme je vous l'ai dit précédemment, le moniteur hospitalier sera relevé à nouveau en 2010.

Nous travaillons en étroite collaboration avec ma collègue de l'Intérieur. Je vous signale que début décembre, les deux SPF organiseront une nouvelle fois une table ronde à laquelle tous les membres du groupe de travail seront invités puisque cela permet à chaque fois de dégager de nouveaux moyens et de mettre au point de nouvelles pratiques hospitalières pour limiter l'insécurité.

13.05 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse détaillée.

Je note avec satisfaction les volets prévention, monitoring, plate-forme fédérale. Le travail a commencé et suit son cours.

Toutefois je suis étonné en ce qui concerne les emplois jeunes, les 503 équivalents temps plein. Cela fait un an qu'on en parle et j'ai cru comprendre dans votre réponse qu'aujourd'hui, aucun n'était à l'œuvre. Vous avez parlé de 300 qui allaient être engagés.

13.06 Laurette Onkelinx, ministre: (...) (*hors micro*)

13.07 Xavier Baeselen (MR): Combien y a-t-il aujourd'hui de temps plein?

13.08 Laurette Onkelinx, ministre: Cela ne dépend pas que de nous. Nous avons déjà accepté des projets à concurrence de 350 équivalents temps plein. Ils vont donc commencer à engager. D'après les informations en ma possession, on m'indique qu'en 2009, 316 ont été ou sont en train d'être engagés. La politique est donc actuelle.

13.09 Xavier Baeselen (MR): Sur les fonds fédéraux?

13.10 Laurette Onkelinx, ministre: Oui.

13.11 Xavier Baeselen (MR): Je vais suivre ce dossier de près car au-delà de toute démagogie, il s'agit de la sécurité de chacun et de chacune, en particulier du personnel hospitalier. Il faudra donc poursuivre dans cette voie et je me réjouis que cette plate-forme puisse apporter des conseils en techno-prévention, des brochures, etc.

Je vous remercie de suivre ce dossier avec vigilance et attention.

13.12 Isabelle Tasiaux-De Neys (cdH): Madame la ministre, je vous remercie de prendre ce dossier avec sérieux. La réponse que vous avez formulée est en effet très concrète et précise.

Ces réunions de concertation et d'information sont, selon moi, des moyens très efficaces.

Nous allons commencer à voir seulement maintenant les effets de tout ce qui a été mis en place. C'est pourquoi en 2010, nous suivrons ce dossier avec vigilance et reviendrons le cas échéant vous poser des questions.

Nous sommes sur la bonne voie et ne pouvons qu'encourager ces pratiques d'échange qui me semblent être la base la plus sérieuse pour arriver à des effets positifs.

13.13 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u hebt duidelijk geantwoord welke maatregelen worden aangereikt.

Het is nu vooral aan de ziekenhuisverantwoordelijken om een risicoanalyse van hun eigen instelling te maken. Mij lijkt het dat ter zake het middel van de stewards een heel goede piste is om op de plaatsen waar het echt nodig is – ik heb zelf op het terrein al gemerkt dat een dergelijke maatregel een goed resultaat heeft –, de mensen in te zetten die nodig zijn.

Al in 65 procent van de gevallen wordt een beroep gedaan op krachten van buiten het ziekenhuis. Het personeel op de afdelingen moet immers het hoofd al koel genoeg houden. Meer koele hoofden moeten er komen onder de vorm van concrete bewakingsmogelijkheden.

Er zijn ook nog mogelijkheden op het vlak van het contingent, wat trouwens ook een vorm van preventie is. Desnoods moeten ook de Gemeenschappen hun verantwoordelijkheid opnemen om aan de bedoelde vorm van ziekenhuisbedreiging iets te doen.

Wij zijn echter wel op goede weg. Wij kijken dus ook uit naar de evaluatie van de monitoring in 2010.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Étant sans nouvelles de M. Joseph George, sa question n° 15606 est retirée.

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Martine De Maght** aan de vice-eerste minister en minister van Werk en Gelijke Kansen, belast met het Migratie- en asielbeleid over "attesten voor regularisatieaanvragen afgeleverd door artsen en tandartsen" (nr. 15610)

- mevrouw **Martine De Maght** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "attesten voor regularisatieaanvragen afgeleverd door artsen en tandartsen" (nr. 15611)

14 Questions jointes de

- Mme **Martine De Maght** à la vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances, chargée de la Politique de migration et d'asile sur "les attestations délivrées par des médecins et des dentistes dans le cadre des demandes de régularisation" (n° 15610)

- Mme **Martine De Maght** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "les attestations délivrées par des médecins et des dentistes dans le cadre des demandes de régularisation" (n° 15611)

14.01 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, sinds het begin van vorige maand kunnen mensen zonder papieren opnieuw een asielaanvraag indienen, aangezien de nieuwe regularisatievoorwaarden van kracht werden. Als ze kunnen bewijzen dat ze meer dan vijf jaar in België wonen, komen ze in aanmerking voor regularisatie. Niet alle patiënten van tandartsen en artsen wonen hier zo lang. Sommigen proberen een attest te bemachtigen van een arts of een tandarts om aan die regularisatievoorwaarden te voldoen en zetten hun arts of hun tandarts onder druk, zoals De Standaard van 14 oktober 2009 berichtte.

Een tandarts of een arts die geen gegevens in zijn database terugvindt en een attest weigert uit te schrijven, krijgt vaak te horen dat de patiënt er al gekend was, maar onder een andere naam, aangemeld met de SIS-

kaart van een familielid of een vriend.

Bent u op de hoogte van dit misbruik?

Welke maatregelen zult u nemen om dit misbruik te vermijden en weg te werken?

Wat denkt u over een eventueel meldpunt waar tandartsen en artsen aangifte kunnen doen van het gebruik van valse identiteiten wanneer die op basis van de nieuwe voorwaarden tot regularisatie worden vastgesteld?

Zult u uw collega's die betrokken zijn bij het asiel- en migratiebeleid en de staatssecretaris bevoegd inzake fraudebestrijding hierbij betrekken en raadplegen? Wat zal het actieplan zijn?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het RIZIV heeft mij op de hoogte gebracht van dit frauduleuze gebruik van de SIS-kaart. Het RIZIV is zich ervan bewust dat de verifiëring van de identiteit van de verzekerde patiënt dient te worden geoptimaliseerd. Om die reden werd tussen het RIZIV, de kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, de verzekeringsinstellingen en de betrokken categorieën van zorgverleners, een project opgestart om de SIS-kaart te vervangen. De zorgverlener zal voortaan de elektronische identiteitskaart van zijn patiënt moeten gebruiken om diens identiteitsgegevens te bekomen, enerzijds, en de nodige administratieve gegevens van de patiënt, die bij het ziekenfonds beschikbaar zijn, online moeten raadplegen om te beoordelen of de patiënt recht heeft op geneeskundige verzorging, anderzijds. Dit vergt echter ook een aanpassing van de elektronische identiteitskaart zelf, waarvoor besprekingen lopen met de FOD Binnenlandse Zaken.

Gelet op de omvang van dat project en rekening houdend met de geldigheidsduur van zowel de bestaande SIS-kaarten als de elektronische identiteitskaarten zal dat in verschillende fasen moeten worden gerealiseerd. Eens dit project is verwezenlijkt, zal de zorgverlener de facto over de mogelijkheid beschikken om via de foto op de elektronische identiteitskaart zich ervan te vergewissen dat de houder van de kaart, die om geneeskundige verzorging verzoekt, wel degelijk de persoon is die op de kaart is vermeld.

Het is tevens zo dat in het kader van dat project het nu al bestaande repertoriëren van gestolen en verloren SIS-kaarten moeten worden heronderzocht en dat het desgevallend zal worden uitgebreid. Dat project wordt ook opgenomen in het actieplan voor 2009/2010 van de staatssecretaris voor de Coördinatie van de Fraudebestrijding, de heer Devlies.

14.03 **Martine De Maght** (LDD): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord, maar ik blijf nog een stukje op mijn honger zitten.

Wij kennen gevallen — en als u dat wenst kan ik u de stukken bezorgen —, waarbij het misbruik wordt aangewend om in aanmerking te komen om zich te laten regulariseren. Dat stelt natuurlijk wel een probleem. Ik apprecieer de enorme inspanningen die u zult leveren om in de toekomst dergelijke fraudegevallen te vermijden, maar uiteraard worden wij vandaag al geconfronteerd met een aantal gevallen. Niet alle gevallen zijn gekend, want sommige artsen en tandartsen hebben zich inderdaad onder druk laten zetten of wisten niet dat er een andere SIS-kaart werd gebruikt om die documenten te verkrijgen om een regularisatieaanvraag in te stellen.

Mijn vraag is wat u zult doen — en daarop kreeg ik geen antwoord — met de gevallen die vandaag al zijn vastgesteld? Jammer genoeg worden niet alle gevallen vastgesteld. Uiteindelijk wordt er foutieve informatie gebruikt om regularisatie te bekomen. Dat was toch niet de bedoeling van de rompslomp en het hele verhaal rond het vaststellen van de regularisatievoorwaarden?

14.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Cet aspect dépasse mes compétences. Vous devriez alors interroger le ministre qui a les régularisations dans ses compétences. En ce qui me concerne, je lutte pour éviter que de telles fraudes puissent encore se produire.

14.05 **Martine De Maght** (LDD): Mevrouw de minister, deels is dat toch ook uw verantwoordelijkheid omdat het gaat om het misbruik, via de SIS-kaart, van de gegevens zodat zij op basis daarvan, via onterecht afgeleverde attesten van artsen en tandartsen, in aanmerking komen voor wat voor u onder een andere bevoegdheid valt, met name het aanvragen van regularisatie.

Inzake het misbruik dat er vandaag gebeurt via de SIS-kaart had ik enigszins gehoopt dat u mij een antwoord zou kunnen geven. Ik zal de staatssecretaris voor Asiel en Migratie nog eens ondervragen want hij had mij doorgestuurd naar u. Hij heeft te kennen gegeven dat dit volledig tot uw bevoegdheid behoorde.

14.06 Laurette Onkelinx, ministre: Vous savez qu'il y a un secrétaire d'État qui s'occupe de l'intégration sociale et il y a un ministre chargé notamment de toutes les procédures de régularisation. Ce ne sont pas les mêmes. Il s'agit de deux compétences différentes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le port de signes religieux par des fonctionnaires ou des agents contractuels" (n° 15621)

15 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het dragen van religieuze symbolen door ambtenaren of contractueel personeel" (nr. 15621)

15.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, j'aurais souhaité ne pas importuner Mme la ministre de la Santé à ce sujet. C'est un peu de la faute du ministre de la Fonction publique fédérale car, en réalité, j'avais initialement adressé une question à chaque ministre mais le gouvernement avait souhaité que le ministre de la Fonction publique fédérale réponde pour l'ensemble des départements.

Interrogé par mes soins en commission de l'Intérieur, le ministre de la Fonction publique a déploré le fait que ses collègues lui renvoient la patate chaude. Il a dès lors uniquement répondu pour le SPF Personnel et Organisation. Il a expliqué que, dans son département, trois agents portaient des signes ostentatoires religieux. Ceux-ci ne sont pas en contact avec le public mais sont notamment chargés de tâches de formation.

Il n'a pas souhaité répondre aux quinze questions jointes. Je lui demandais simplement de me transmettre un tableau. En conséquence, j'ai réintroduit l'ensemble de mes questions, de manière à ce que chaque ministre m'apporte sa réponse pour ce qui concerne son département. J'interrogeais récemment la ministre de l'Intérieur sur le sujet. Celle-ci m'a transmis les statistiques mais m'a également renvoyé au ministre de la Fonction publique fédérale, disant qu'il serait souhaitable qu'il y ait une réglementation uniforme pour l'ensemble des départements.

Madame la ministre, au sein des départements relevant de votre compétence et sous votre autorité, existe-t-il une ligne de conduite claire en ce qui concerne le port de ces signes religieux ou convictionnels ostentatoires? Une différence est-elle opérée entre les fonctionnaires et le personnel contractuel ou pour les membres du personnel qui sont ou non en contact avec le public? Enfin, considérez-vous qu'une réglementation générale devrait être prise pour l'ensemble de la Fonction publique fédérale?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, pour le moment, il n'existe aucune règle régissant le port de signes religieux dans les administrations placées sous ma tutelle. Aucun incident ne m'a d'ailleurs été rapporté en la matière.

Je puis ajouter, mais je comprends que cela ne vous suffira pas, que jamais personne de mon administration n'a encore arboré des signes confessionnels ou "convictionnels" (comme vous le dites) particuliers. Si vous le désirez, j'interrogerai mon administration pour savoir ce qu'il en est. Pour le moment, il n'existe pas de règle, pas d'incident et je n'ai jamais rien remarqué. J'interrogerai officiellement mon administration.

15.03 Xavier Baeselen (MR): D'accord. Je redéposerai une question écrite pour éviter de vous ennuyer avec ce problème et j'aurai des données chiffrées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Questions jointes de

- M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la coordination et l'évaluation des politiques de soins et

de prévention du VIH" (n° 15635)

- M. Ronny Balcaen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le suivi des résultats de l'enquête européenne 'Euro HIV Index (EHIV) 2009'" (n° 16000)

16 Samengevoegde vragen van

- de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de coördinatie en de evaluatie van de beleidslijnen op het vlak van zorg en voorkoming van HIV" (nr. 15635)

- de heer Ronny Balcaen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de opvolging van de resultaten van het Europees onderzoek 'Euro Index HIV (EHIV) 2009'" (nr. 16000)

La **présidente**: Je signale que M. Ronny Balcaen est retenu dans une autre commission.

16.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, d'après une étude publiée récemment sur les soins prodigués aux personnes atteintes du sida, on estime à environ 800 000 le nombre de personnes qui vivaient, fin 2007, avec le virus du sida en Europe. Une progression de 8 % a donc été enregistrée par rapport à une estimation faite l'année précédente, ce qui, naturellement, est inquiétant sur le plan des chiffres.

Pour ce qui concerne la Belgique, l'étude salue les bonnes stratégies de prévention mises en place, mais dénonce apparemment l'absence d'une autorité de coordination, ainsi qu'un régime de monitoring et d'évaluation à l'échelon national. Je pense qu'il s'agit d'une étude qui fait un peu le point de la situation dans les différents pays européens. Des bons points nous ont donc été attribués pour ce qui est de la prévention. Mais il semble que l'absence d'une autorité de coordination soit déplorée.

Madame la ministre, quelle analyse faites-vous de cette étude? Quelles sont les mesures que vous comptez prendre pour améliorer la coordination et l'évaluation des actions entreprises? À quand remonte la dernière Conférence interministérielle de la Santé qui a abordé la thématique du sida et de la coordination des politiques de prévention et de soins en la matière?

16.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, cher collègue, l'étude dont vous parlez a été réalisée par *Health Consumer Powerhouse* (HCP) avec comme objectif annoncé de mesurer les performances en termes de traitement VIH du point de vue du patient.

Certaines données qui nous concernent ont de quoi étonner. En effet, le rapport mentionne par exemple un total cumulé de 10 004 personnes diagnostiquées VIH en Belgique alors que le nombre correct est de 21 099, chiffre disponible dans les rapports de l'Institut de santé publique et même sur internet.

Le rapport mentionne que les chiffres de mortalité ne sont pas disponibles pour la Belgique; c'est faux! Ces données sont récoltées régulièrement depuis 1985 et publiés dans les rapports de l'Institut de santé publique chaque année et transmis au niveau européen.

Enfin, le rapport mentionne que les chiffres de prévalence du VIH dans les dons de sang ne sont pas disponibles pour la Belgique. Ces données sont récoltées et transmises régulièrement au niveau européen et à l'INAMI.

Nous savons aussi que tous les acteurs majeurs, tels que l'administration (SPF), l'INAMI, les laboratoires de référence sida, le Centre de référence sida, l'Institut de santé publique n'ont pas été contactés pour partager leurs données dans le cadre de ce rapport.

En conclusion, il faut se poser des questions sur la valeur et le classement par scores des pays présentés par ce rapport. Pour moi, il n'est pas sérieux.

Pour le reste, en Belgique, le contrôle des maladies ainsi que la prévention sont des matières communautaires. Cela dit, un groupe de travail de la Conférence interministérielle, présidé par le ministre de la Santé flamand et réunissant tous les ministres de la Santé est actuellement fonctionnel. La dernière fois que le sida figurait à l'agenda de la Conférence interministérielle, c'était en mars 2009; c'est donc suivi régulièrement par la Conférence. La volonté est évidemment de coordonner les efforts pour organiser une politique cohérente et obtenir des informations partagées pour lutter contre ce fléau.

16.03 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. Le fait que la Conférence interministérielle continue de se préoccuper de cette matière prouve une nouvelle fois que l'étude semble peu sérieuse puisqu'elle dénonce l'absence de monitoring d'évaluation et de coordination à l'échelon national, ce qui est infirmé par vous-même, madame la ministre.

Ma question aura au moins eu le mérite de clarifier ce point.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Quelques précisions pour nos travaux. Nous arrêterons à 12.30 heures pour nous permettre une heure de pause avant de reprendre pour un après-midi très chargé. Nous verrons tout à l'heure s'il sera possible de reporter quelques questions en fin d'après-midi.

Madame Colinia, je vous sais frustrée du retrait de votre question et j'en suis désolée. Il s'agit d'une coresponsabilité: les services auraient dû inclure les deux questions dans le point 14, mais c'est arrivé très tard. Je ne peux pas demander à la ministre de rouvrir ce dossier d'insécurité des hôpitaux: elle a déjà longuement répondu et vous pourrez prendre connaissance de sa réponse.

16.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, indien u het toestaat, ik heb een louter praktische vraag.

Zou het niet gemakkelijker zijn met alle collega's af te spreken tot welk agendapunt wij doorwerken? Als de minister zegt dat zij ter beschikking is tot 12 u 30 is dat uiteraard geen probleem. Wij hebben haar deze namiddag terug nodig in de commissie. Misschien is het praktisch te weten tot welk agendapunt wij doorwerken, zodat iedereen zijn werk een beetje kan regelen.

La **présidente**: Chers collègues, je propose de suspendre nos travaux après avoir traité le point n° 25 de l'agenda. Nous reprendrons les questions après avoir terminé notre ordre du jour prévu cet après-midi.

17 Samengevoegde vragen van

- de heer **Peter Logghe** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het drankgebruik bij minderjarigen" (nr. 15707)
- de heer **Xavier Baeselen** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het verbod op de verkoop van alcohol aan minderjarigen" (nr. 15860)

17 Questions jointes de

- M. **Peter Logghe** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la consommation d'alcool chez les mineurs" (n° 15707)
- M. **Xavier Baeselen** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs" (n° 15860)

17.01 Peter Logghe (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit een onderzoek van OIVO, het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties, blijkt dat 8 op 10 winkels probleemloos alcoholpops blijven verkopen aan minderjarigen, terwijl dat eigenlijk bij wet verboden is. Tezelfdertijd verneem ik dat Nederlandse slijterijen of drankwinkels aan de lopende band een systeem in gebruik nemen dat het mogelijk maakt de leeftijd van een klant op afstand te controleren. Het gaat om de zogenaamde ageviewer. De term komt niet van mij. Het grote voordeel van het apparaat is dat de verantwoordelijkheid om iets te weigeren te verkopen aan klanten, niet langer bij de persoon achter de kassa wordt gelegd, maar wordt verschoven naar het apparaat, de ageviewer.

Mevrouw de minister, erkent u het blijvend probleem van verkoop van alcoholpops aan minderjarigen in ons land?

Ten tweede, kent u het scannersysteem ageviewer?

Ten derde, bestaan er plannen om in België met een dergelijk systeem te starten? Hebt u ideeën in die richting? Denkt men op regeringsniveau aan fiscaalvriendelijke manieren om de ageviewer ook in België te verspreiden?

Ten slotte, als de regering niet onmiddellijk plannen in die richting heeft, welke maatregelen zult u dan nemen om het probleem van de verkoop van alcoholpops en andere alcoholproducten aan minderjarigen op korte termijn te verhelpen?

La **présidente**: La question n° 15860 de M. Xavier Baeselen est jointe à cette question mais celui-ci est apparemment parti.

17.02 Laurette Onkelinx, ministre: Il nous en avait effectivement parlé la semaine dernière.

De **voorzitter**: Ja, maar de heer Logghe was vorige week niet aanwezig. Er was een debat over alcohol in het kader van de bespreking van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen.

17.03 Laurette Onkelinx, ministre: Nous en avons parlé lors de l'examen de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé. En effet, dans ce projet de loi, il est prévu d'interdire la vente d'alcool – vin, bière, etc. – aux mineurs de moins de seize ans. C'était déjà le cas dans l'horeca mais pas dans la distribution. Ce projet de loi devrait être voté cet après-midi.

Actuellement, le contrôle du respect de l'interdiction relève de la compétence du ministre des Finances. Mais, dans ce projet de loi, il est prévu de regrouper les contrôles au niveau de la Santé publique. Nous avons une expérience grâce à la lutte antitabac qui va nous permettre d'être plus cohérents en la matière.

Ik kom nu tot uw vraag over het scansysteem ageviewer. Mijn diensten zijn niet op de hoogte van dat systeem. Ze zullen evenwel contact opnemen met hun Nederlandse collega's om meer informatie hierover te bekomen.

Ils se renseigneront. Pour le moment, je ne suis pas encore compétente en la matière mais mes services se préparent à la compétence et en discuteront notamment avec leurs collègues néerlandais.

17.04 Peter Logghe (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor de volledigheid van uw antwoord. Het is dus spijtig dat u ter zake nog niet bevoegd bent. Wij zullen in elk geval nog op het scansysteem van ageviewer terugkomen.

Inzake de controle hebt u correct geantwoord. De minister van Financiën is bevoegd. Wij zullen dus in elk geval ook bij hem aankloppen.

Wij komen met de vraag over de ageviewer denkelijk over een half jaar bij u terug. Wij zullen u bij die gelegenheid vragen of u ondertussen al contact hebt opgenomen en wat uw bevindingen zijn.

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

La **présidente**: La question n° 15720 de Mme Van Daele est retirée.

18 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de inzet van een helikopter als urgentiedienst" (nr. 15745)

18 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "l'utilisation d'un hélicoptère dans le cadre d'un service d'urgence" (n° 15745)

18.01 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de minister, over dat onderwerp hebben wij het in deze commissie een aantal maanden geleden al gehad. Het is niet om te willen hoogvliegen, maar ik meen dat de formule van de MUG-heli iets is waarmee wij moeten durven doorgaan wanneer het gaat over de mogelijkheden van dringend medisch transport, zeker in de buurt van Brussel en in de Vlaamse Rand.

Men verwacht de resultaten van een aantal lopende proefprojecten elders, die zouden worden bestudeerd. U had uw administratie ook gevraagd een ontwerp van koninklijk besluit op te stellen inzake de normen voor de aanbesteding en het gebruik van een MUG-helikopter.

In het Belgische regulatiehandboek moesten bovendien de criteria worden opgenomen die bepalen wanneer men op zo'n MUG-helikopter een beroep kan doen. Ook moesten de criteria voor de facturatie van dergelijke opdrachten worden gedefinieerd.

Mevrouw de minister, we weten dat de mobiliteitsproblemen nog zullen groeien en dat het autoverkeer tegen 2010 ten opzichte van 1994 met 32 tot 35 procent zal zijn gestegen. Bovendien is de hoogtechnologische expertise in de ziekenhuizen niet overal beschikbaar waardoor een grotere primaire en secundaire vraag naar transportmogelijkheden onvermijdelijk is. In de buurt van Brussel hebben we geen Lange Wappermogelijkheden zou ik nog kunnen stellen. Daarom wil ik volgende vragen stellen.

Kunt u de stand van zaken meedelen van de lopende proefprojecten? Wat is de stand van zaken van het ontwerpbesluit? Wat is de stand van zaken in verband met de opname van criteria in het regulatiehandboek? En wat met de criteria inzake de facturatie?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer Doomst, ik dank u voor uw interesse in de dringende geneeskunde. Het is niet uw eerste vraag daarover.

Zoals u weet lopen er twee projecten met de MUG, namelijk die van Bra-sur-Lienne en die van Brugge. De helikopter van Bra-sur-Lienne is sinds enkele jaren operationeel in het oosten van de provincie Luik en in Luxemburg in het raam van het proefproject dat georganiseerd is door de FOD Volksgezondheid. Sinds enkele maanden is deze MUG als interveniënt geïntegreerd in de primaire vertrekken van de MUG van Luxemburg. De helikopter van Brugge werkt vanuit de provincie West-Vlaanderen. De activiteitengegevens van de laatste achttien maanden van de MUG van Bra-sur-Lienne werden uit de databank van de MUG's gehaald en vergeleken met de MUG's die langs de weg opereren. De analyse van deze gegevens is bezig. Ik denk dat ik in de loop van de komende weken over de resultaten van deze analyse zal beschikken.

Comme je vous l'ai annoncé aussi en réponse à l'une de vos précédentes questions, le Conseil national des secours médicaux d'urgence s'est penché sur le projet d'arrêté royal visant à intégrer l'hélicoptère comme moyen de transport dans le cadre de l'aide médicale urgente en Belgique. Le Conseil devrait rendre son avis pour ce 18 novembre. Dès que j'en disposerai, il me sera possible d'avancer dans ce dossier et de voir si des moyens budgétaires sont disponibles.

18.03 **Michel Doomst** (CD&V): Mevrouw de minister, ik blij ongeduldig omdat het in moeilijk bereikbare gebieden een oplossing zou kunnen zijn. Toegegeven, wij moeten absoluut met de budgettaire mogelijkheden rekening houden. We moeten nagaan wat mogelijk is. We moeten de heli-MUG tegenover de weg-MUG afwegen. Ik neem aan dat we daar ook dit jaar nog een aantal cijfers over krijgen?

18.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ja.

18.05 **Michel Doomst** (CD&V): En dan wachten we tot 18 november 2009 voor het advies?

18.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Zo is het.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het ambulanceverdrag tussen België en Nederland" (nr. 15759)**

19 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le traité sur le transport par ambulance entre la Belgique et les Pays-Bas" (n° 15759)**

19.01 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik deel ook de interesse in dringende medische zorgen met de heer Doomst.

Al tien jaar stelt men in de Interparlementaire Beneluxraad oplossingen voor die de hinderpalen inzake de geneeskundige hulpverlening in de Belgisch-Nederlandse grensstreek moeten wegnemen. Een van deze voorstellen is het nieuwe ambulanceverdrag tussen België en Nederland.

In 2007 ging Nederland akkoord met het nieuwe verdrag en had België daar blijkbaar problemen mee, terwijl eind 2007 de Belgische regering van oordeel was dat Nederland dwars lag. Inmiddels werd wel een gelijkaardig verdrag tussen België en Frankrijk ondertekend, maar tussen België en Nederland is het er nog altijd niet van gekomen.

Mevrouw de minister, zal de ondertekening van het nieuwe ambulanceverdrag tussen België en Nederland voor eind 2009 kunnen worden afgerond, zoals op 17 juni 2009 in een eenparig aangenomen resolutie van de Raadgevende Interparlementaire Beneluxraad werd gevraagd? Zo ja, wat zijn de concrete afspraken die men ter zake reeds heeft gemaakt. Zo neen, wat zijn momenteel de hinderpalen die de ondertekening van het verdrag in de weg staan?

19.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het sluiten van bedoeld akkoord heeft achterstand opgelopen, voornamelijk tengevolge de politieke situatie in Nederland en nadien wegens de vervanging van de Nederlandse ambtenaren.

In oktober 2008 heeft mijn administratie de nieuwe, Nederlandse ambtenaar die met het dossier in kwestie is belast, ontvangen voor een uitleg over het project en een nieuwe voorstelling van de voorgestelde principes. Het voorgaande gebeurde in aanwezigheid van de vertegenwoordiger van de Benelux. Er was overeengekomen dat de Nederlandse administratie na analyse haar opties zou formuleren.

De administraties hebben tijdens een vergadering op 22 september 2009 een ontwerp van akkoord besproken. Op 16 oktober 2009 werd door het algemeen secretariaat van de Economische Unie Benelux een nieuwe reeks vragen aan de Nederlandse en Belgische administratie bezorgd. Ik hoop dat de antwoorden op voormelde vragen het mogelijk zullen maken de besprekingen af te ronden en eindelijk, vóór eind 2009, het bewuste, grensoverschrijdende akkoord te ondertekenen.

19.03 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, vermits het uw bevoegdheid is, ben ik gelukkig te kunnen vernemen dat uw departement er al bij betrokken is. Bij internationale verdragen is dat niet altijd zo evident.

Internationale verdragen en samenwerkingsverbanden mogen niet enkel dienen om zich achter te verschuilen als er onpopulaire maatregelen moeten worden genomen, maar moeten ook worden aangewend voor zaken waarvan de bevolking het nut van ondervindt, zoals in dat geval het eigenlijk om leven en dood gaat.

Ik zou u dus toch willen vragen om zo dringend mogelijk dat nieuwe verdrag te kunnen bekomen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la campagne d'information sur les antibiotiques en Belgique"** (n° 15766)

20 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de informatiecampaagne over antibiotica in België"** (nr. 15766)

20.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, pour faire suite à mon interpellation du 29 septembre dernier au sujet des antibiotiques, je voudrais revenir sur la campagne d'information que vous allez renouveler cette année, en vous faisant part des informations très détaillées qu'un médecin m'a transmises à la lecture de nos échanges.

Ce dernier souligne que les médecins, même s'il est vrai que nous pouvons noter une évolution positive en la matière, ont du mal à modifier leurs habitudes de prescriptions des antibiotiques. Il souligne aussi les conséquences négatives que cela engendre chez les enfants en particulier. Il ajoute d'ailleurs que sa propre pratique très différenciée a pour heureuse conséquence une meilleure défense immunitaire de ses jeunes patients, qui sont du coup moins souvent malades et, surtout, contrairement à ceux soignés pour une affection virale – ce qui est la quasi-totalité des affections touchant les enfants – pour laquelle les antibiotiques ne peuvent rien, ne voient pas cette dernière ressurgir peu après comme si elle avait été

avortée par l'antibiotique.

Alors que l'arrivée des anticorps prend en moyenne cinq jours – la fièvre, symptôme positif indiquant que la personne se défend et combat le virus –, délivrer un antibiotique si l'amélioration ne se produit pas dans les trois jours est donc inopérant, puisque les guérisons en général prennent plus de temps.

De même, l'arrivée des glaires dans la trachée est souvent considérée comme une "descente" du problème dans les bronches, alors que ce sont justement ces mucosités, véritables "poubelles", qui indiquent la guérison prochaine. Les cellules malades sont tuées par les anticorps et éliminées sous forme de bile chassée par la toux.

Le médecin, peut-être sous la pression de parents mal informés, ou par un principe de précaution excessif par crainte d'une possible et très rare complication, délivre des antibiotiques par automatisme sans se poser toujours la question de savoir si l'origine est ou non virale, comme dans la quasi-totalité des pharyngites, trachéites, rhinites, laryngites, bronchites, qui atteignent le plus souvent les enfants.

La surprescription en médecine procèderait donc d'une évolution néfaste de la médecine qui se déresponsabiliserait et se protégerait exagérément face à une patientèle de plus en plus désinformée. Ce praticien encourage donc, dans la politique d'information à mener tant en direction des patients que des médecins, de mettre l'accent sur, d'une part, les dangers des antibiotiques, lorsqu'ils sont prescrits trop fréquemment et sans raison réelle, entraînant ainsi un affaiblissement du système immunitaire, une augmentation de fréquence des infections, un accroissement des résistances, des destructions de la flore intestinale, des infections gynécologiques chez les femmes, des allergies, des anasarques ou des intoxications hépatiques et, d'autre part, l'idée qu'un bon médecin est un médecin qui prescrit très peu d'antibiotiques.

Madame la ministre, est-ce aussi l'avis des spécialistes de l'INAMI qui se sont penchés sur ce problème? Est-ce sur ce thème que portera la prochaine campagne?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre: Ma réponse sera brève parce que ce que vous dites est tout à fait vrai. Je connais bien la question puisque je participe chaque année aux campagnes de soutien du BAPCOC (*Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*) qui vise à promouvoir un usage raisonnable des antibiotiques. Nous constatons d'ailleurs que les campagnes régulières (par écrit, spots télévisés, folios d'info, informations données aux médecins, aux mutuelles) donnent des résultats. Et on voit clairement une diminution de l'usage des antibiotiques, et heureusement.

Vous avez raison de dire que les risques des effets secondaires, le développement de la résistance et les effets négatifs supposés sur le développement du système de défense chez les enfants en cas d'usage multiple d'antibiotiques sont importants. Ils sont d'ailleurs expliqués en détail dans la brochure destinée aux patients sur le site dédié à la campagne (www.usagecorrectantibiotiques.be) et dans la brochure d'information qui peut être commandée via ce site web. Pour les spots télé, nous avons choisi un message simple et bref: Attention, à n'utiliser qu'en cas de nécessité. Les antibiotiques sont inefficaces contre la grippe, la bronchite ou le rhume.

C'est dans le droit fil de vos propos. Vous avez raison quant aux constats. Nous luttons contre ce phénomène avec l'aide de tout un comité scientifique.

20.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je sais qu'à force d'insister sur les dangers des antibiotiques, je ne me fais pas des amis dans l'industrie pharmaceutique mais cela m'est bien égal. Il faut adopter un langage beaucoup plus *hard* comme par exemple "Antibiotiques, attention, danger flore intestinale". En effet, en disant "à n'utiliser qu'en cas de besoin", on induit l'idée qu'on en a besoin. Il faut être aussi *hard* que les campagnes qui ont incité pendant trop longtemps à l'utilisation d'antibiotiques, de sorte qu'aujourd'hui, prendre des antibiotiques, c'est comme prendre une aspirine. Je suis virulent dans ce domaine.

20.04 Laurette Onkelinx, ministre: Un message tel que "l'antibiotique peut vous détruire, à n'utiliser qu'en cas de nécessité absolue", c'est cela que vous voulez?

20.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Oui, en quelque sorte. L'emballage, je vous le laisse mais il faut être plus volontaire encore et le message doit être direct, notamment sur la flore intestinale. Je vous remercie de venir à mon secours.

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

*La réunion publique de commission est levée à 12.20 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.20 uur.*