

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 26 JANUARI 2010

MARDI 26 JANVIER 2010

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 16.44 heures et présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.
De vergadering wordt geopend om 16.44 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

01 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le bisphénol A" (n° 17906)

01 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "bisfenol A" (nr. 17906)

01.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je me suis déjà inquiétée à plusieurs reprises au sujet de cette substance présente dans les emballages alimentaires en plastique dur, entre autres dans les biberons.

Des recherches scientifiques démontrent que de telles bouteilles libèrent du bisphénol A dans les aliments qu'ils contiennent. Des risques sanitaires sont reconnus. Vous les aviez effectivement admis tout en précisant que les normes avancées par l'Union européenne étaient suffisantes.

Aujourd'hui, une recherche publiée dans la revue PNAS (*Proceedings of the National Academy of Science*), cosignée par des chercheurs de l'INRA français, démontre que notre intestin ne métabolise pas le bisphénol A comme prévu et que cette substance, outre les risques d'effets sur les systèmes reproducteurs, pouvait aussi augmenter le risque d'inflammations intestinales.

Madame la ministre, même si nous restons dans une situation d'incertitude, il est évident que les désavantages du bisphénol A se confirment et que le principe de précaution devrait s'appliquer plus que jamais, d'autant plus que des alternatives au plastique contenant du bisphénol existent. Je pense surtout aux biberons et aux risques encourus par les enfants en bas âge. Au Canada, on a interdit purement et simplement les matières plastiques contenant du bisphénol A, et ce, depuis un an.

Madame la ministre, que pensez-vous de cette évolution? Pourriez-vous prendre des mesures sur base de ces tous ces arguments?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Snoy, la question de l'utilisation de bisphénol A dans la fabrication de matériaux en polycarbonate destinés au contact alimentaire est évidemment bien connue. Les polycarbonates sont des plastiques légers et résistants, qui peuvent être utilisés dans les fours à micro-ondes.

Comme vous le précisez, cette matière est réglementée en Belgique par l'arrêté royal du 3 juillet 2005 relatif aux matériaux et objets en matière plastique destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires. Cet arrêté royal transpose une directive européenne et fixe une limite de migration spécifique stricte pour le bisphénol A. Cette limite a été déterminée sur la base de l'avis scientifique de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA). Cette Autorité européenne est un organisme scientifique indépendant chargé d'évaluer la sécurité des différents composés entrant dans la composition des matériaux et objets destinés au contact alimentaire.

À la suite de la publication de nouvelles études, l'EFSA, à la demande de la Commission européenne, a procédé à la réévaluation du bisphénol A, à la lumière des nouvelles données disponibles, notamment les données canadiennes et américaines dont il a été fait état dans la presse.

L'EFSA, dans son dernier rapport, a tenu compte de ces dernières études publiées fin 2008 ainsi que de plus de 650 autres études menées sur le bisphénol A. Les conclusions émises dans le rapport de l'EFSA, daté du 22 octobre 2008, indiquent clairement que les critères de sécurité appliqués dans l'état actuel de la réglementation en Europe sont très largement suffisants pour assurer au mieux la sécurité des consommateurs, y compris les plus faibles d'entre eux.

À la suite de la publication de nouvelles données scientifiques en 2009 et auxquelles vous faites référence, la Commission européenne a demandé à l'EFSA de réévaluer le bisphénol A. L'avis de l'EFSA est attendu pour début mai. Cet avis tiendra compte des nouvelles études sur le bisphénol A. Comme c'est la Commission européenne qui réglemente la matière, nous devons bien entendu attendre ce résultat en mai.

01.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie.

Je suis contente d'entendre qu'une nouvelle évaluation est en cours. Je crois que nous devons rester attentifs.

Selon moi, avant de pouvoir mettre en place une réglementation européenne, on pourrait peut-être réaliser un travail d'information du consommateur et promouvoir des alternatives à ces emballages, surtout pour les biberons.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 **Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le détournement de la loi sur l'interdiction de publicité pour des médicaments" (n° 17208)**

02 **Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het omzeilen van de wet betreffende het verbod op reclame voor geneesmiddelen" (nr. 17208)**

02.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, quoique ne me sentant pas personnellement concerné, j'ai été récemment interpellé par une publicité diffusée sur les médias radiophoniques pour un site qui aide les couples à parler de leurs problèmes de dysfonctionnement, particulièrement en matière d'entente sexuelle. Le site en question appartient au groupe pharmaceutique qui met sur le marché un concurrent du Viagra.

Pour ma part, j'y vois une sérieuse infraction à la loi sur l'interdiction de publicité pour des médicaments. On retrouve ici un exemple de l'imagination dont peut faire preuve l'industrie pharmaceutique quand il s'agit de contourner l'interdiction de publicité pour les médicaments. Le site propose une plaquette informative, qui stipule que "Les traitements mis à disposition aujourd'hui sont simples à utiliser, dans la majorité des cas efficaces et bien tolérés". Cette affirmation généralisante n'est pas de nature à garantir une information complète et éclairée du patient.

Le Jury d'éthique publicitaire (JEP) a d'ailleurs été sollicité à propos de cette publicité déguisée pour un médicament et la création d'un problème de santé afin d'encourager le commerce d'un produit. L'usage d'une ASBL comme écran pour contourner la loi reste de plus tout à fait contestable.

Ce genre de problème n'est pas une première en la matière: en mai 2007, Test-Achats alertait l'opinion publique dans un dossier similaire de publicité déguisée, lors d'une campagne d'accompagnement des patients qui voulaient arrêter de fumer grâce à un certain médicament, le Champix.

Madame la ministre, quelle est votre position sur cette publicité par rapport à l'interdiction de la publicité pour des médicaments disponibles sur prescription?

Quelles suites seront-elles données par votre ministère à cette publicité déguisée?

Envisagez-vous une adaptation des textes réglementaires sur cette problématique précise du contournement de la loi?

Envisagez-vous des contacts avec les organisations de terrain pour améliorer la protection des citoyens dans ce domaine?

Quelles sont les instances de vigilance pour repérer les dérives quant à cette loi interdisant la publicité pour les médicaments?

Quel rôle l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé peut-elle jouer dans cette vigilance?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, suite à des problèmes rencontrés avec certaines campagnes d'information sur la santé et les maladies, la loi sur les médicaments a été modifiée afin d'y inclure la possibilité pour le Roi de réglementer ou de soumettre à des mesures sélectives d'interdiction toute information relative à la santé humaine ou à des maladies humaines, si cette information comporte une référence directe ou indirecte à un médicament ou à un groupe de médicaments.

Les modalités d'application ont été définies dans l'arrêté royal du 22 novembre 2006. Elles concernent les campagnes d'information auprès du public relatives à la santé humaine ou à une maladie humaine, qui font référence directement ou indirectement à des médicaments. Si rien ne s'oppose en principe à ce qu'elles soient diffusées à l'initiative de firmes pharmaceutiques, ces campagnes ne peuvent certainement pas constituer une publicité pour un médicament.

Un médicament ou un groupe de médicaments spécifiques ne peut donc en aucune manière y être mis en exergue par rapport à l'ensemble des traitements médicamenteux ou non indiqués pour prévenir ou traiter cette maladie. Sur la base de cette législation, ces campagnes doivent respecter certaines dispositions qui visent à ce que l'information fournie soit objective, non trompeuse, conforme aux données scientifiques validées et favorise l'usage rationnel et correct des médicaments auxquels il est fait référence.

Les éléments des campagnes destinés à être diffusés en télévision ou en radio doivent faire l'objet d'un visa préalable accordé après avis de la commission de contrôle de la publicité des médicaments instaurée auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Dans le cadre de cette procédure, les spots radio auxquels vous faites allusion relatifs aux troubles de l'érection ont effectivement été examinés par cette commission et ont reçu un visa préalable à leur diffusion. Les services d'inspection de l'Agence sont compétents pour veiller au respect de la législation en matière de publicité pour les médicaments. C'est donc auprès de l'Agence qu'on peut porter plainte ou recevoir des indications sur les raisons d'une telle décision.

02.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour ce rappel du dispositif existant. Je m'étonne de ce visa préalable des instances ad hoc. Pour moi, il s'agit d'un contournement de la loi. Il faut dès lors se demander s'il faut modifier la loi ou attirer l'attention de la commission en question pour qu'elle se montre éventuellement plus sévère. Il s'agit clairement ici de faire la promotion d'un médicament ou d'un groupe de médicaments. Je suis étonné par conséquent de cette décision et je vous invite à la plus grande vigilance en la matière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Questions jointes de

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la formation du généraliste pour qu'il prescrive moins de benzodiazépines" (n° 17939)**

- **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 surconsommation belge de calmants" (n° 18728)**

03 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de opleiding van de huisartsen teneinde minder benzodiazepine voor te schrijven" (nr. 17939)**

- **mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en**

Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de overconsumptie van kalmeermiddelen in België" (nr. 18728)

03.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la vice-première ministre, la DrugLijn, ligne d'assistance téléphonique flamande, a récemment déclaré que la Belgique occupait la première place des pays consommant le plus de calmants. Le plus inquiétant est le doublement en dix ans des appels reçus par la DrugLijn s'agissant de la dépendance aux médicaments, pour laquelle elle reçoit plus de demandes d'aide que pour la dépendance aux drogues.

Il semblerait que les Belges aient acheté 600 000 calmants par jour en 2009, soit une hausse de 15 % par rapport à il y a à peine trois ans!

Madame la vice-première ministre, confirmez-vous l'inquiétant constat posé ce week-end par la DrugLijn? Disposez-vous de données plus détaillées quant à ce dossier? Comment pouvons-nous expliquer cette surconsommation belge par rapport à nos voisins européens?

Je vous sais active. Donc, en ce domaine, quelles mesures spécifiques avez-vous déjà prises pour circonscrire cette surconsommation? Quelles sont celles qu'il faudrait encore prendre?

03.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je dois vous poser la même question sur cette inquiétante consommation de médicaments anxiolytiques tels que les benzodiazépines.

Mon propos porte plus précisément sur le rôle du généraliste dans la prescription de ces médicaments. Sans doute par excès d'empathie avec certains de leurs patients, les généralistes délivrent une telle ordonnance. Sans chercher à le leur reprocher, je me demandais comment leur donner des outils pour trouver des solutions de rechange à ce type de prescription.

Ne peut-on envisager que les médecins ne consacrent une formation spéciale aux problèmes de l'anxiété et de l'insomnie et aux formes d'assuétudes pharmacologiques, comme c'est le cas pour le tabac?

03.03 Laurette Onkelinx, ministre: Mesdames, je puis vous dire que je partage votre inquiétude sur l'utilisation excessive de médicaments anxiolytiques et sédatifs tels que le benzodiazépine. Je vous confirme que, selon les données de l'IMS, le nombre de doses journalières en moyenne d'antidouleurs et de calmants est passé de 622 millions en 1999 à 713 millions en 2009, soit une augmentation de quelque 15 % en dix ans. C'est fou!

Il faut noter que l'évolution est stabilisée depuis quelques années. De 2006 à 2009, la consommation d'antidouleurs a augmenté de 2 %, tandis qu'elle est restée stable pour les calmants. Cette rupture de tendance pour les somnifères est due, entre autres, aux campagnes de sensibilisation menées par la Santé publique. Ainsi, en 2008, 2 500 généralistes et la quasi-totalité des pharmaciens ont suivi une formation centrée sur l'accompagnement des patients souffrant d'insomnie.

Une possible explication à l'augmentation de la consommation d'antidouleurs est une incidence croissante de la douleur principalement chronique, liée notamment au vieillissement de la population. L'attention portée au syndrome de douleurs aiguës et chroniques par les prestataires de soins peut aussi avoir conduit à de plus fortes prescriptions.

Je ne peux, hélas, vous communiquer les données sur l'usage de ces médicaments chez nos voisins. Il est impossible de rassembler de telles données en 24 heures. Consciente que l'effort doit être poursuivi, j'ai lancé en 2009 une campagne de sensibilisation destinée à la fois au public et aux professionnels de la santé. Des spots télévisés et des dépliants sur le thème "Somnifères et calmants, réfléchissez avant de consommer! Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien!" soutiennent cette campagne.

Par ailleurs, un manuel élaboré par des équipes universitaires à l'usage des médecins et des pharmaciens a été largement diffusé. Ce manuel met, entre autres, l'accent sur les alternatives aux médicaments, telles que l'accompagnement psychosocial, la relaxation et les règles d'hygiène de vie.

Tout en privilégiant ainsi, d'une part, la sensibilisation des non-consommateurs et des consommateurs récents et, d'autre part, la formation des professionnels de la santé, je ne néglige pas l'importance du temps

nécessaire à la sensibilisation des patients dans le cadre des consultations. Si, effectivement, la durée moyenne d'une consultation chez un généraliste est en Belgique de 15 à 20 minutes, le temps varie toutefois selon le motif de consultation de 10 à 45 minutes.

La liste des problèmes qui méritent une consultation plus longue est importante. Sans être exhaustive, je citerai la prise en charge d'une dépression, la mise en place d'un traitement dans le cadre d'une pathologie chronique ou, tout simplement, une première consultation établissant chez un nouveau patient un dossier aussi complet que possible.

Sans exclure une réflexion sur le concept d'une consultation longue, j'ai privilégié jusqu'à présent tant la revalorisation financière de l'acte intellectuel et du dossier médical global que le travail multidisciplinaire impliquant médecins, pharmaciens et paramédicaux, particulièrement importants dans la prise en charge de problèmes tels que l'insomnie ou l'anxiété.

En ce qui concerne plus spécifiquement les antidouleurs, il faut distinguer ceux en vente libre, tels le paracétamol, l'ibuprofène de ceux soumis à prescription médicale. Pour les premiers, le rôle du pharmacien qui délivre ces spécialités est primordial quant aux conseils qu'il peut prodiguer aux patients qui viennent demander des antidouleurs.

Pour les antidouleurs sur prescription, c'est au médecin traitant d'évaluer au mieux la nécessité non seulement du début d'un tel traitement, mais aussi sa durée ainsi que des éventuelles approches alternatives, qui pourraient être préconisées pour la prise en charge optimale des causes sous-jacentes. C'est aussi l'un des rôles de la formation continue au sein des GLEM de remettre systématiquement cette problématique à l'avant-plan pour les médecins participants.

En ce qui concerne la douleur, nous avons fait une réforme d'ensemble. Nous avons voulu, à côté des médecins généralistes et des centres de référence de la douleur, avoir des intervenants de seconde ligne, qui puissent prendre en charge spécifiquement la douleur.

J'espère dès lors que la campagne que nous avons lancée en décembre 2009 et que cette nouvelle organisation de la prise en charge de la douleur dans ce pays, suite aux recommandations des conférences en la matière, permettront d'avoir une maîtrise du phénomène. Nous y reviendrons lors de l'évaluation de ces nouveautés en la matière.

03.04 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Vous parliez d'une formation concernant l'insomnie. D'autres formations sont-elles prévues, notamment sur des sujets qui concernent la réduction de la consommation de calmants?

Vous avez également parlé de brochures. Pouvez-vous nous en faire parvenir?

03.05 Laurette Onkelinx, ministre: Vous pouvez envoyer une demande au cabinet, qui vous les enverra.

03.06 Colette Burgeon (PS): Les actions que vous avez entreprises vont sans doute diminuer la quantité de consommation de médicaments. Peut-être pourrait-on faire le point là-dessus d'ici un an?

03.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je voulais souligner l'importance de la valorisation de l'acte intellectuel. Nous en avons encore parlé ce matin, à l'occasion d'une audition concernant l'attractivité de la médecine générale. Je pense qu'il y a encore du travail pour faire en sorte que les généralistes ne soient pas trop tentés par l'acte de prescription plutôt que par un travail d'écoute. Je reconnais que cela requerra effectivement une formation et que ce travail est lourd à porter lorsqu'il y a un trop grand nombre de consultations sur une journée. On en revient donc toujours au problème du manque de généralistes.

De plus, on peut évoquer avec inquiétude l'évolution de notre société, qui cause tant d'anxiété, de stress et de douleur chez les gens.

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

04 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de referentiepersoon bij dementie" (nr. 17941)

04 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la personne de référence pour les soins aux patients déments" (n° 17941)

04.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, er is binnen de Overeenkomstencommissie Rusthuizen-RVT's een voorstel uitgewerkt dat moet leiden tot de invoering van een half voltijds equivalent verpleegkundige of personeel voor reactivering voor voorzieningen die minstens 25 bewoners in de categorie Cd, dus dementerenden, huisvesten. Concreet gaat het om de referentiepersonen voor dementie. Er zou een budget zijn van 14,6 miljoen euro, wat toch aanzienlijk is. Het besluit zou na het doorlopen van de procedures van kracht zijn - hier komt dan de kat op de koord - tegen 1 oktober 2009. Ik heb hiertoe aan u dezelfde vraag gesteld in de commissie op 14 juli 2009. Voor de betrokken instellingen is het uiteraard cruciaal dat zij zo snel mogelijk in kennis worden gesteld van de betrokken aanwervingsvoorwaarden omdat een aantal van die instellingen zich voorbereid hadden op het in dienst nemen van een deskundige dementie.

Mevrouw de minister, ik heb twee vragen. Hebt u al een omzendbrief met de aanwervingsvoorwaarden gericht aan de instellingen? Ten tweede, wanneer zal het besluit gepubliceerd worden? Als het intussen al gebeurd zou zijn, dan is deze vraag uiteraard achterhaald, vooral na het in werking treden van dit besluit. Daarover zou men graag duidelijkheid krijgen.

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: In de loop van 2009 heeft de overeenkomstencommissie tussen de rusthuizen en de verzekeringsorganismen gepraat over een ontwerp van ministerieel besluit voor de regeling van de financiering van de referentiepersoon voor dementie in de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen. Dit voorstel van ministerieel besluit werd op 19 oktober goedgekeurd door het verzekeringscomité gezondheidszorgen. Het is thans voor akkoord voorgelegd aan de staatssecretaris van Begroting. Zodra dit akkoord gegeven is, zal het ontwerp van besluit bezorgd worden aan de Raad van State die binnen de dertig dagen een advies zal moeten geven. Na de eventuele verbeteringen zal het klaar zijn om te worden ondertekend en gepubliceerd. Het zal in de maand volgend op de publicatie van kracht worden. Naast de financieringsregels zal dit ontwerp van besluit de beschrijving omvatten van de functie van de referentiepersoon en ook die van de opleiding. Men moet hiervoor twee etappes onderscheiden. Tijdens de overgangperiode die eindigt in 2012 moet de referentiepersoon een opleiding gevolgd hebben van minstens 30 uur die overeenstemt met de vereisten van de functie of gedurende 24 maanden adequate professionele ervaring verworven hebben.

2012, dat is twee jaar na publicatie van het besluit. Vanaf 2012 moet die persoon een opleiding volgen van minstens 60 uur. De minimumvereisten ervan zullen te gepasten tijde door het RIZIV via een rondzendbrief meegedeeld worden aan de inrichtingen. Al deze bepalingen zullen uiteraard voorgesteld en uitgelegd worden aan de rusthuizen via een rondzendbrief van het RIZIV bij de publicatie van het besluit.

04.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, er is dan toch wel uitstel gekomen. Vandaar de vraag: wat met de rusthuizen of de instellingen die reeds zijn overgegaan tot aanwervingen? Ik bedoel hiermee dat er aanwervingen mogelijk zijn, bijvoorbeeld van mensen die de opleiding geven. Wie gaat die opleiding geven? Wie is daarvoor bevoegd? Wie is daarvoor erkend?

Er zijn wellicht al instellingen die mensen hebben aangeworven. Het was voorgesteld alsof het begin 2010 in voege zou treden, maar dat is nu niet het geval. Kunnen die mensen dan retroactief beroep doen op deze financiering?

04.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik denk dat hierin niet is voorzien in het ministerieel of koninklijk besluit. Ik zal het verifiëren, want ik ben er niet zeker van.

04.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Er is nu toch serieus uitstel. Er is vertraging van toch vlug een half jaar, na het doorlopen van de staatssecretaris voor Begroting, Raad van State enzovoort.

04.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Het is moeilijk voor de rusthuizen die in deze investeringen niet hebben

voorzien qua gelijkheid.

04.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): De meeste hebben dat wel gedaan. Ik begrijp dat wel, mevrouw de minister, maar 14 juli is een half jaar geleden. Dank u.

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

05 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 "Beliris et plus particulièrement la rénovation des logements sociaux" (n° 17943)

05 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "Beliris en meer bepaald de renovatie van sociale woningen" (nr. 17943)

05.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, je souhaite vous interroger au sujet de l'affectation du report de l'avenant 2008 pour le point 4.4 de l'accord Beliris, à savoir "rénovation des logements sociaux", report qui s'élève à un peu plus de 31,514 millions d'euros. Quels montants ont-ils été dépensés pour quels travaux? En 2009 et 2010, les enveloppes consacrées à la rénovation des logements sociaux pour Bruxelles s'élèvent à 11 millions d'euros. Quels montants doivent-ils être engagés et pour quels travaux?

Je voudrais également avoir confirmation d'une décision sur le point d'être prise concernant la rénovation d'un immeuble assez important sur le plan architectural et de son impact social, situé Square des Archiducs, dans ma commune de Watermael-Boitsfort et qui est inoccupé depuis de nombreuses années parce que la société de logements n'avait pas les moyens de procéder elle-même aux travaux. On évoque une enveloppe budgétaire dérogée pour cet immeuble. Je voudrais avoir confirmation de cette information.

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, pour la première question, le report des budgets non engagés en 2007 pour l'initiative 4.4 "Logements sociaux" de l'accord de coopération Beliris se portait fin 2008 à 20 014 427,51 euros auxquels il faut ajouter un montant de 11,5 millions d'euros prévu en 2008 pour cette initiative. Le budget disponible début 2008 pour cette initiative était donc de 31 514 427,51 euros, comme vous l'avez mentionné.

Deuxièmement, en 2008, Beliris a engagé des études et des travaux pour un montant de 2 722 471,38 euros; le solde à reporter début 2009 était donc de 27 791 956,13 euros auxquels il faut ajouter le nouveau budget de 11 millions d'euros prévu en 2009 dans l'avenant 10 et un montant de 9 627 110,21 euros qui avaient été engagés en 2007 auprès de l'entrepreneur Moens pour les travaux des logements sociaux "Minimes" et qui ont été réinjectés dans ce budget à la suite de la faillite dudit entrepreneur, soit un montant total de 49 419 066,34 euros.

En 2009, mes services ont engagé des études et des travaux pour un montant total de 16 015 072,12 euros. Le montant reporté en 2010 est donc de 33 403 994,22 euros auxquels il faut ajouter non pas 11 mais 6 millions d'euros. En effet, suite à la demande de la Région de Bruxelles-Capitale, le comité de coopération a décidé de transférer un montant de 5 millions d'euros vers une autre initiative.

En ce qui concerne la rénovation partielle ou totale d'un immeuble de logements sociaux dans la société Floréal au square des Archiducs à Watermael-Boitsfort, je vous confirme que la Région de Bruxelles-Capitale a introduit une demande visant à financer partiellement cette rénovation. Le comité de coopération n'a pas encore tranché cette question.

05.03 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses précises.

Je constate qu'il y a encore une enveloppe de 40 millions d'euros pour la rénovation des logements sociaux à Bruxelles par le biais de reports successifs de montants non engagés. Je ne saurais que presser la Région et l'État fédéral, qui jouent un rôle dans ces accords, de mettre en œuvre rapidement ces masses financières très importantes dans un secteur en souffrance, celui des logements sociaux et de la rénovation de ceux-ci. Il est urgent que cet argent soit utilisé à bon escient.

J'espère que l'immeuble situé square des Archiducs à Watermael-Boitsfort se verra rapidement affecter les montants nécessaires à sa rénovation.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les conditions de stage des candidats médecins spécialistes en formation" (n° 17945)

06 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de stagevoorwaarden voor kandidaat-specialisten in opleiding" (nr. 17945)

06.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, je suis lucide. Je me rends bien compte que ma question est dépassée par les événements. Si vous le voulez bien, je vais l'actualiser un peu.

Depuis des années, on s'interroge sur la manière d'intégrer le cas des médecins en formation dans la loi sur le temps de travail, de manière à ce qu'ils aient des conditions de stage et de formation de qualité et respectueuses tant de leur santé que de leur sécurité et de celle des patients.

En juin-juillet 2009, Mme Milquet et vous-même vous étiez engagées à travailler avec les différents partenaires pour tenter de dégager des solutions. Je sais que la proposition qui devait être traitée au Conseil des ministres de la semaine dernière a été reportée au 22 ou 23 février 2010. Celle-ci vise à encadrer le temps de travail de ces stagiaires qui relève de la compétence de Mme Milquet. L'accord pour lequel vous êtes intervenue pose problème. C'est pour cette raison que les débats se poursuivent.

Madame la ministre, vos compétences incluent l'agrément des maîtres de stage et l'encadrement formatif des candidats stagiaires. Où en est le processus? Parmi les maîtres de stage qui ont actuellement besoin du renouvellement de l'agrément, certains se le sont vus retirer. Dans les demandes d'information que j'ai formulées, il apparaît que cet agrément est fréquemment refusé parce qu'ils veulent accueillir trop de stagiaires par rapport à leur capacité de formation. Cet argument est évidemment d'importance car il arrive que des stagiaires soient alors informés en cours de stage, voire après, du fait que leur stage ne comptera pas, étant donné que leur maître de stage n'est plus agréé.

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame Gerkens, je reviendrai ultérieurement sur le motif de diminution du nombre de maîtres de stage.

06.03 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Je vous poserai alors des questions plus précises quant à savoir quels sont ces critères, etc.

D'autres difficultés surviennent également chez ceux qui souhaitent faire un stage. Il semblerait entre autres que des maîtres de stage dépendant d'une université refusent que des stagiaires complètent ou mélangent leur formation dans un autre hôpital universitaire. Il apparaît en outre bien difficile de faire un stage dans des hôpitaux périphériques, parce que les maîtres de stage de l'université où l'étudiant a fait ses études veulent les préserver. Peut-on justifier cela par un manque de spécialistes ou est-ce une forme de concurrence ou de rivalité?

Je ne sais pas. J'aurais donc voulu connaître la situation en termes de critères de qualité, de formation, du nombre de stagiaires, plus spécifiquement encore concernant ces hôpitaux universitaires et périphériques.

06.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, cette question est importante et complexe. En effet, pour ces médecins, on a souvent mis en évidence leur qualité de vie et certaines facilités: la nécessité d'un travail de qualité impose une restriction du nombre d'heures de travail.

En fait, divers intérêts sont en balance et c'est important. Vous comme moi devons prendre en considération en même temps tous ces intérêts, ce qui n'induit pas une solution facile. Il faut notamment tenir compte de la bonne exécution des gardes médicales, essentielles pour les patients, le niveau de qualité de la formation des futurs médecins spécialistes, l'exercice des missions de recherche scientifique, la qualité des soins.

L'ensemble est compliqué.

C'est pour cette raison que nous avons mené des consultations en profondeur, qui ont abouti à un texte de compromis. Par la suite, des représentants des médecins candidats spécialistes ont dit qu'après réflexion, ils ne pouvaient pas marquer leur accord. Nous aurions pu faire passer l'affaire en force en invoquant le compromis auquel nous avons abouti, mais nous avons préféré essayer de comprendre ce qui va ou non afin d'améliorer le compromis.

C'est le stade auquel nous sommes actuellement avec Mme Milquet. La Commission européenne nous a laissé un mois de plus pour avancer; c'est un petit supplément de marge de manœuvre.

Les mesures prises auront un impact sur la réglementation en matière d'agrément des maîtres de stage. Par ailleurs, dans la mesure où il s'agira de règles prises dans le cadre de la législation sur le temps de travail, l'inspection des lois sociales se verra confier un rôle de contrôle de leur respect, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. C'est important à signaler. Voilà qui apportera une plus-value en tant que contrôle et pour le respect de la législation.

Je préciserai aussi que, dans aucun des dossiers de renouvellement d'agrément de maître de stage, le Conseil supérieur n'a évoqué un problème de non-respect de la réglementation sur le temps de travail, contenu dans l'arrêté ministériel de 1999.

Je signale également que la directive européenne a déjà été intégrée dans le nouveau statut des généralistes en formation avec un maximum de 48 h de travail par semaine.

Enfin, en ce qui concerne le dernier point, il est vrai que la diminution ces dernières années du nombre de médecins en formation a amené certaines universités à centraliser la formation sur un nombre plus restreint de lieux de stage. Toutefois, de nombreux hôpitaux périphériques sont toujours agréés en la matière. Je suis particulièrement attentive au respect des critères d'agrément des services de stage, en particulier en ce qui concerne le nombre minimal de lits nécessaires à une formation de qualité.

Le respect de ces critères et l'augmentation prévue du nombre de médecins en formation devraient amener les universités à diversifier davantage les lieux de stage.

06.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, comme vous l'avez dit, le fait d'intégrer ces candidats stagiaires dans la législation sur le temps de travail permettra une inspection via les lois sociales. Cela permettra aussi d'éviter cette négociation permanente avec les maîtres de stage qui leur octroient leur agrément et qui décident de la durée des formations. On sait que cela pose parfois de graves problèmes.

En ce qui concerne les critères d'agrément et la qualité à atteindre en termes de formation, on constate non seulement une diminution du nombre de candidats stagiaires mais également une diminution du nombre de maîtres de stage disponibles en structure hospitalière. Il y a dès lors intérêt à essayer de garder des candidats en formation qui pourront compléter les équipes.

Je vous rejoins sur le point du nombre minimal de lits.

Les médecins qui travaillent dans les hôpitaux périphériques se trouvent en dehors du cadre universitaire et ne font donc pas suffisamment de recherche que pour être reconnus comme maîtres de stage. Par contre, ils ont une autre forme de pratique et il pourrait être intéressant, au cas où on déciderait d'une diversification des lieux de stage, de ne pas avoir les mêmes exigences en matière de recherche en ce qui les concerne par rapport à un médecin qui travaille dans une université.

Dans la réflexion globale que vous allez poursuivre, il pourrait être intéressant de revoir ces critères de diversification des lieux de formation, que ce soit en Belgique ou à l'étranger.

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

07 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een round up van de plannen rond

colorectale kankerscreening" (nr. 17950)

07 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "un aperçu des projets de dépistage du cancer colorectal" (n° 17950)

07.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over colorectale kankerscreening.

Mevrouw de minister, het Kenniscentrum heeft een rapport gepubliceerd en aanbevelingen geformuleerd over hoe wij, rekening houdend met de bevoegdheden van de Gemeenschappen, colorectale kankerscreening kunnen implementeren. Men heeft ook vastgesteld dat over een aantal aspecten onvoldoende evidence based richtlijnen beschikbaar waren en daarom heeft het KCE voorgesteld om te starten met proefprojecten. Wij weten inmiddels dat dit niet overal zo is gebeurd maar sowieso dringt een evaluatie zich op.

Een van de voorbeelden die men aanhaalt is de keuze van de test en de vraag of dit nu een IFOB- of de GFOB-test moet zijn. In Vlaanderen heeft men gekozen voor een proefproject dat eind dit jaar moet worden afgerond, waarbij men de bevolking vanaf 50 jaar screent met een faecal occult blood test. Dit is een immunologische test die in de thuisomgeving kan worden uitgevoerd. Anderzijds worden mensen met eigen of familiale antecedenten tegelijkertijd gescreend door specialisten. Zij worden voor een coloscopie opgeroepen. Een aantal ziekenhuizen werd hiervoor geselecteerd.

Het verschil tussen beide programma's heeft op zich een wetenschappelijke waarde. Wij komen dan stilaan bij uw bevoegdheden terecht, mevrouw de minister. Op welke manier zult u de resultaten van de verschillende manieren van depistage met mekaar linken of evalueren? Hebt u hiervoor reeds een aantal gegevens verzameld of hebt u ter zake een werkgroep opgericht? Het is immers evident dat er op het niveau van het RIZIV verschillende cijfergegevens zullen zijn. Heeft het starten van het proefproject in Vlaanderen aanleiding gegeven tot meer coloscopiën of vice versa? Hoe verhoudt zich dat in Wallonië? Hebt u reeds tussentijdse resultaten over het aantal patiënten dat werd gescreend in Wallonië en Vlaanderen? Mevrouw de minister, ik weet dat dit tussentijdse resultaat nog niet kan worden meegegeven omdat men nog een algemene evaluatie moet doen in Vlaanderen. In Wallonië ligt dit echter anders. Ik dacht dat er in Wallonië al cijfers konden worden geëvalueerd.

Het is een interpretatie, maar liggen deze resultaten in de lijn van de verwachtingen die in het KCE-rapport werden vooropgesteld?

Op welke manier biedt u blijvend ondersteuning aan een project of aan een depistagemethode? Ik weet dat u daarvoor middelen hebt voorzien op Waals niveau, als pendant voor HPV-vaccinatie, maar mijns inziens is het nuttig om ook op federaal niveau beide projecten te evalueren.

07.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, certains membres attendent pour poser leur question, mais il était convenu de terminer cette réunion à 18.00 heures.

Mevrouw Avontroodt, het is te vroeg.

En réalité, nous avons demandé aux Communautés, dans le cadre des conventions spécifiques INAMI différentes pour la prise en charge du dépistage du cancer colorectal, que les données soient transmises à l'INAMI, mais nous ne les avons pas encore reçues. Il faudra encore attendre. Les données sont transmises annuellement, quelle que soit la Communauté concernée.

Par ailleurs, nous travaillons sur le futur plan cancer en conférence interministérielle avec les Communautés. Un groupe de travail a été formé pour réfléchir au dépistage des cancers, en particulier le colorectal. Nous attendons des propositions d'actions coordonnées. Je ne puis rien vous dire d'autre pour le moment, puisque j'attends les résultats Communauté par Communauté. Mes homologues et moi gardons l'espoir d'un même type de dépistage pour l'ensemble du pays, mais cela dépendra aussi de l'évaluation des projets pilotes, en particulier ceux qui ont été entrepris en Flandre.

07.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, een laatste vraag. Bent u bereid om

proefprojecten met de videocapsule, de digitale coloscopie, te ondersteunen?

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: On sait que c'est particulier. On a donc des conventions différentes selon les Communautés. Plutôt que d'avoir une prise en charge fédérale d'une campagne par exemple de vaccination, il s'agit de conventions spécifiques pour le dépistage. Cela nous est à chaque fois amené par les Communautés. C'est l'INAMI qui accepte ou refuse dans un cadre qu'il essaie d'harmoniser.

Pour le moment, au niveau politique, en conférence interministérielle – sauf si cela a été fait d'un point de vue technique –, je n'ai pas encore été saisie par l'une des Communautés d'une demande de financement d'un tel set de dépistage. Elles travaillent en effet sur leur projet pilote.

07.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): De conferentie van de gastro-enterologen heeft zich ook over de kwestie gebogen. Het gaat over de digitale coloscopie, die wel een prestatie is.

07.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Het is echter een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Ik moet dus op een vraag van een van de Gemeenschappen wachten.

07.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): De digitale coloscopie is geen bevolkingsscreening. Het is geen collectief voorstel van depistage. De digitale coloscopie is geen bevolkingsscreening maar een individueel onderzoek, waarvoor eventueel terugbetaling mogelijk is. De terugbetaling is een federale materie.

07.08 Laurette Onkelinx, ministre: S'il s'agit de la prise en charge dans le cadre de l'examen médical, je ne pourrais pas vous dire si, dans les conventions ad hoc de l'INAMI, il y a eu un accord de l'ensemble des partenaires. Si vous m'envoyez une demande, je la transmettrai à l'INAMI et je pourrai vous donner la réponse.

Cela ira plus vite ainsi, car j'ai encore reçu vingt-cinq nouvelles questions.

La **présidente**: C'est l'activité parlementaire.

07.09 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, mais cela ne laisse pas de place aux propositions de loi et aux résolutions.

La **présidente**: Certaines questions appelleraient des mini-débats, mais il faudrait s'en saisir à l'avance.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 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 rapport sur les souffrances inutiles des animaux à l'abattoir" (n° 17960)**

08 Vraag van de heer **Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verslag over het onnodig lijden van dieren in slachthuizen" (nr. 17960)**

08.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, je vous avais interrogée à propos de la problématique des abattoirs et des abattages rituels au sein des abattoirs à Bruxelles. Vous aviez annoncé le lancement d'une enquête effectuée dans onze abattoirs belges et révélant des souffrances insoutenables infligées aux animaux abattus sans étourdissement préalable. Vous aviez alors indiqué être prête à prendre vos responsabilités dès réception du rapport commandé par vos soins au groupe de travail réunissant tous les acteurs concernés. Les conclusions du rapport étaient attendues pour janvier.

Madame la ministre, êtes-vous en possession des conclusions de ce rapport? Pouvez-vous nous indiquer quelles solutions vous comptez proposer?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Baeselen, cette question reviendra probablement en février, puisque le Conseil du bien-être animal, à ma demande, a accéléré ses travaux et a encore prévu une réunion pour finaliser ses conclusions. Je les attends. Je n'irai pas plus avant, puisque nous en

rediscuterons en février.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'étude de faisabilité de l'Institut scientifique de santé publique relative à la mise en oeuvre d'une enquête épidémiologique autour des sites nucléaires belges" (n° 17998)

09 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de haalbaarheidsstudie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid inzake het uitvoeren van een epidemiologisch onderzoek in de buurt van de Belgische nucleaire sites" (nr. 17998)

09.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, la proximité et le voisinage de sites nucléaires peut avoir des effets importants et négatifs pour la santé. L'impact des radiations à faible dose est proportionnel au facteur temps. Or, il ne peut être décelé, puisque s'installant de façon insidieuse après une longue période. Ces radiations, aussi faibles soient-elles, agissent à terme sur la santé des riverains, mais aussi sur celle des travailleurs. Ce phénomène mérite un suivi médical qui ne soit pas uniquement ponctuel, mais une véritable analyse épidémiologique.

En août 2008, lors des rejets d'iode radioactif dans l'air par l'IRE (Institut national des Radioéléments), une réunion extraordinaire de la commission de l'Intérieur avait eu lieu afin de faire toute la lumière sur la gestion de l'incident. À cette occasion, votre collègue le ministre Magnette avait indiqué que vous étiez prête à lancer une telle étude en profondeur.

Je le cite: "Pour ce qui concerne l'avenir, la ministre de la Santé publique a demandé à l'Institut scientifique de Santé publique de lui adresser dès que possible une analyse de faisabilité du lancement d'une enquête épidémiologique à l'échelon national, le cas échéant, en commençant par Fleurus. Cette enquête viserait à étudier les effets de santé sur la population qui habite aux alentours d'une centrale nucléaire ou d'un institut comme l'IRE, où le risque d'une fuite de produit radioactif est toujours possible."

Cette étude enfin envisagée, arrivant tout de même 47 ans après la première mise en route d'un réacteur nucléaire en Belgique, permettrait de mieux cerner les effets de la présence de sites nucléaires sur la population environnante.

J'aimerais connaître l'état d'avancement de ce chantier annoncé il y a plus d'un an. Madame la ministre, pouvez-vous faire le point sur cette étude? À quel moment a été demandée l'analyse de faisabilité à l'Institut scientifique de Santé publique? Quand les résultats vous ont-ils été communiqués? Quelles sont les conclusions de cette analyse de faisabilité?

En ce qui concerne l'étude épidémiologique, quand a-t-elle ou pourra-t-elle commencer? Quels seront les critères qui seront pris en compte, notamment la distance entre les sites nucléaires et la population? Quelles seront les modalités et qui seront les partenaires de cette étude? Un comité d'accompagnement a-t-il ou sera-t-il mis en place?

La zone de Fleurus sera-t-elle effectivement la première étudiée? Dispose-t-on, dans ce cadre, de premiers résultats? Quelles sont les premières conclusions? Les autres zones, notamment celles autour des centrales de Chooz et de Tihange, ainsi que les sites nucléaires situés en Flandre, feront-elles l'objet d'une telle étude épidémiologique? Si oui, dans quel délai?

09.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Cher collègue, après une première phase de débat informel en novembre 2008, une demande formelle a été demandée à l'Institut scientifique de Santé publique de réaliser à l'échelle nationale une étude épidémiologique sur les conséquences éventuelles pour la santé de la vie à proximité d'un site nucléaire.

Après une analyse approfondie de la littérature sur les effets qu'ont les sites nucléaires sur la santé, et sur la méthodologie de recherche, une proposition a été élaborée après consultation des différents partenaires comme l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire, le Registre du cancer, le SPF Santé publique, le Centre

d'étude de l'énergie nucléaire.

Cette proposition, présentée en mars 2009, comprend une recherche descriptive, prospective et systématique autour des sites nucléaires de classe 1 situés en Belgique, les centrales de Doel, de Tihange, le Centre d'étude de l'énergie nucléaire à Mol et ses sites à Dessel et Geel, c'est-à-dire Belgonucléaire, FBFC International, Belgoprocess et l'Institut des matériaux et mesures de référence, ainsi que l'Institut des radioéléments à Fleurus et enfin le territoire belge autour des centrales nucléaires de Chooz en France et de Borsele aux Pays-Bas.

D'un point de vue méthodologique, l'apparition de nouveaux cas de cancer est le sujet le mieux étudié. Une attention particulière doit être apportée aux enfants car ils sont plus sensibles aux rayons ionisants. La plupart des études qui analysent le risque de cancer autour des installations nucléaires se focalisent sur la leucémie chez les enfants. Dans la littérature, on constate que de telles analyses se font sur la base de données échelonnées sur de longues périodes en raison de l'apparition rare de tels cas et pour diminuer le risque de fluctuations dues au hasard.

Quant au Registre du cancer, il s'emploie actuellement à améliorer la validité des données du registre pour être sûr de sa complétude et de son exactitude sur le plan national. Une fois cette étape franchie, l'ISP, en collaboration étroite avec le Registre du cancer et le Centre du cancer, entamera une série d'analyses exploratoires. Il faudra surtout développer des méthodes de recherche spatiales et des procédures pour que les données soient rapidement disponibles. Une fois la méthode au point, l'analyse sera effectuée dans un rayon pouvant aller jusqu'à 20 kilomètres des différents sites et pourra être réitérée à intervalles réguliers.

Je pourrai faire rapport régulièrement ou alors, si la commission et sa présidente le veulent, nous pourrions inviter l'un ou l'autre de ceux qui sont directement impliqués dans la recherche pour faire état de l'évaluation. Tant que je ne suis pas en possession des résultats de la recherche, je ne reçois que des données fragmentaires. Si vous en voulez davantage, il faudra peut-être consacrer une heure en commission à l'audition de l'un ou l'autre gestionnaire des études.

09.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ce n'est pas une question anodine et cette dernière proposition est la bienvenue. On pourrait se montrer pessimiste en regrettant les délais de mise en œuvre mais si on arrive à la mise en œuvre de cette étude épidémiologique systématique et en corrélation avec le Registre du cancer, ce serait une première que nous réclamons depuis longtemps. Ma question trouve son origine dans ce qui s'est passé à l'IRE. Il est important de connaître les détails de la méthode utilisée, la zone étudiée, la démarche scientifique, l'éventuelle présence d'un comité d'accompagnement.

Je me tourne vers la présidente pour lui suggérer de rebondir sur cette proposition de la ministre. Il est important en effet de pouvoir débattre largement de cette question.

La présidente: Je rebondirai avec plaisir mais il faut rebondir au bon moment, c'est-à-dire au moment où les personnes sont là avec leur méthodologie et où on peut recevoir une information pertinente.

Il faudra donc garder le contact avec vous, madame la ministre.

09.04 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Si on leur envoie un message, il est important de leur dire qu'on les attend impatiemment. Il faut qu'ils sachent qu'il y a une demande de la population concernée, qui attend depuis de nombreuses années une objectivation des conséquences sur la santé de la proximité de substances radioactives.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Questions jointes de

- **M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la rupture de stock des médicaments soumis à quotas" (n° 17999)**

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les quotas de fourniture de médicaments aux**

pharmaciens par les producteurs" (n° 18042)

10 Samengevoegde vragen van

- de heer **Georges Gilkinet** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het niet meer voorradig zijn van geneesmiddelen waarvoor een quotum geldt" (nr. 17999)

- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de quota voor de levering, door de producenten, van geneesmiddelen aan apothekers" (nr. 18042)

10.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, les producteurs considèrent qu'il faut contingenter, c'est-à-dire distribuer des quotas de médicaments chez différents grossistes, lesquels vont les distribuer aux pharmaciens. Si les premiers affirment ainsi répondre aux besoins du marché, les derniers se plaignent régulièrement de ruptures de stocks et d'une incapacité à anticiper les départs en vacances.

Au mois de septembre, une première réunion devait avoir lieu avec les différentes branches du secteur. Cela fut-il le cas, en définitive? Si oui, qu'en est-il résulté? Aujourd'hui, le problème persiste. Réfléchit-on à des moyens d'améliorer le système ou bien la situation reste-t-elle bloquée?

10.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Cette pratique appliquée par certaines firmes pharmaceutiques existe depuis de nombreuses années en Belgique, mais aussi dans les autres pays européens. Elle consiste à se baser sur les chiffres de consommation des années précédentes pour calculer la quantité d'un médicament qui doit être produite annuellement pour répondre aux besoins du marché belge en ajoutant une marge prévisionnelle et une marge de sécurité.

Cette quantité est ensuite répartie entre les différents grossistes belges au prorata de leurs commandes annuelles précédentes. Cette pratique n'est pas illégale.

Cependant, il est exact qu'une commercialisation de certains médicaments en dehors du territoire belge peut les rendre indisponibles ici. Cette exportation de médicaments par des firmes pharmaceutiques autorisées est, elle aussi, absolument légale.

Pour limiter les problèmes de médicaments liés au contingentement, j'ai chargé l'Agence fédérale des médicaments, en concertation avec des représentants des associations professionnelles – firmes pharmaceutiques, grossistes répartiteurs, pharmacies ouvertes au public ou officines hospitalières – et des représentants de l'INAMI et de mon cabinet, d'examiner des propositions de modifications de la législation pharmaceutique et de me remettre rapidement des propositions de solution aux problèmes les plus urgents.

L'exportation de médicaments par des personnes non autorisées fait l'objet de contrôles renforcés par des inspecteurs de l'Agence fédérale.

Il est utile de préciser également que lorsqu'un pharmacien d'officine ouverte au public ou hospitalière ne parvient pas à se procurer un médicament auprès de son grossiste régulier répartiteur, il a toujours la possibilité de commander ce médicament directement auprès du distributeur. Ce dernier est tenu de lui fournir le médicament demandé.

En ce qui concerne plus particulièrement les deux médicaments repris dans les questions, leur non-disponibilité n'est pas liée au contingentement.

Le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament Polaramine a introduit un dossier de variation relatif à une modification de la composition en excipient des comprimés, variation qui est actuellement en cours d'examen par l'Agence fédérale des médicaments. Dès l'approbation de la variation, le médicament pourra à nouveau être disponible. La forme sirop de Polaramine est actuellement disponible. Par ailleurs, il existe d'autres alternatives thérapeutiques sur le marché.

En ce qui concerne la distribution du médicament Androcure, elle a été temporairement réduite au mois de décembre à la suite de modifications logistiques au sein de la firme responsable de la distribution en Belgique. Selon les informations dont nous disposons, le médicament devra à nouveau être disponible dans le courant de cette semaine.

10.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je me dis que s'il y a rupture de stock pour des raisons qui ne sont pas liées au contingentement mais à des problèmes techniques ou à des modifications du médicament, on pourrait prévoir une obligation d'information des pharmaciens de manière à ce qu'ils ne pensent pas que cette rupture de stock est due au mécanisme de contingentement et qu'ils puissent aussi informer les patients qui viennent les chercher en pharmacie.

J'entends que l'objectif est de modifier la législation pour éviter les problèmes de rupture de stock liés au mécanisme du contingentement. C'est une bonne chose. Je crois en effet qu'il faut intégrer de la souplesse ou en tout cas un mécanisme plus interactif entre producteurs, grossistes et distributeurs. Une échéance est-elle prévue?

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je suis désolée mais je ne dispose pas du planning. Ma collaboratrice va se renseigner.

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

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een derdebetalersregeling voor jongeren van 0 tot 25 jaar" (nr. 18025)

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een derdebetalersregeling in de jeugd- en kinderpsychiatrie" (nr. 18026)

11 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "un régime du tiers-payant pour les jeunes de 0 à 25 ans" (n° 18025)

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le régime du tiers payant en matière de psychiatrie infantile et juvénile" (n° 18026)

11.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, mijn eerste vraag slaat op de derdebetalersregeling in de jeugd- en kinderpsychiatrie. Ik refereer hierbij aan het rapport 'Mijn ziekenhuis in potlood' van UNICEF, dat heel duidelijk aantoont dat er op dit domein nog heel wat verbetering mogelijk is, hoewel er al veel gebeurd is.

Vooraf de toegang tot de ambulante en extramurale zorg moet of kan verbeterd worden. Het financiële plaatje is echter jammer genoeg voor de meest kwetsbare groep van patiënten nog heel vaak een obstakel. Een betaling, dus een prestatie die men kwalificeert als een psychiatrische of diagnostische evaluatie, komt namelijk neer op 184 euro. Dit is nog maar een peulschil in vergelijking met de technische prestaties die ook op voorschrift gebeuren. Dit is ook een prestatie die op voorschrift van een andere verwijzer gebeurt. Een sessie psychotherapie of mediatietherapie kost 98 euro. Het is geen kwestie van niet kunnen betalen, want er is in een terugbetaling voorzien op 8 euro na, maar het voorschieten van dergelijke bedragen is toch heel vaak voor de meest kwetsbare groep ouders een probleem.

Vandaar dat de automatische derdebetalersregeling de toegang tot die ambulante zorg zeker zal kunnen verbeteren. Ik zeg niet dat de wachtlijsten hierdoor opgelost worden, integendeel. Het is evenwel een kwestie van een sociale dimensie te geven aan die geestelijke gezondheidszorg, waar - ik herhaal het nogmaals - de meest kwetsbare groep het slachtoffer van is.

Vandaar mijn vraag. Bent u het met mij eens over het invoeren van de derdebetalersregeling in de ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie voor die categorieën of voor die patiënten die het vragen of waarvan de artsen het vragen?

De tweede vraag is iets breder. Ik moet jammer genoeg alweer vaststellen dat het probleem in de kinder- en jeugdpsychiatrie alleen maar groter wordt. Deze specifieke problematiek werd aangekaart door het Vlaams Kinderrechtencommissariaat, die aandacht vraagt voor de privacy van jongeren, meer bepaald van jongeren die psychiatrische hulp vragen. Het probleem is hier breder dan alleen maar de individuele hulpverlening.

Het zijn ook psychisch gerelateerde problemen die kaderen in een mogelijke seksueel overdraagbare aandoeningstest, of kinderen die omwille van religieuze redenen hun medische problemen niet durven uitleggen in familiekring.

Het Kinderrechtencommissariaat heeft daarover een heel goede nota verspreid, die werd opgestuurd aan alle federale parlementsleden. Zij zijn heel sterk actief in het Vlaamse parlement.

Mevrouw de voorzitter, het is moeilijk om deze problematiek op een dergelijk kort tijdsbestek te bespreken.

La **présidente**: L'horaire des questions est ce qu'il est!

11.02 Yolande Avontroodt (Open Vld): Aucun problème! Ce n'est pas moi qui suis la plus longue! Donc, cela n'aide pas!

La **présidente**: Pour l'instant, nous essayons de respecter l'horaire conformément aux souhaits de Mme la ministre.

11.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, de privacy- en anonimiteitsproblemen van jongeren worden opgelost indien kinderen die ten laste van hun ouders verzekerd zijn de automatische derdebetalersregeling kunnen genieten. In dat geval wordt het privacyobstakel ongedaan gemaakt. De jonge patiënt kan dan met een beperkt budget het resterende remgeld voor zijn medische zorg betalen. De zichtbaarheid voor de ouders verdwijnt in dat geval, waardoor hun privacy verder gerespecteerd wordt. Dat is een aanbeveling van het Kinderrechtencommissariaat. Zij zijn in deze materie niet over één nacht ijs gegaan.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen.

Ten eerste, kunt u de automatische toepassing van het recht op derdebetalersregeling overwegen bij ambulante medische zorg voor kinderen en jongeren die als persoon ten laste via hun ouders verzekerd zijn?

Ten tweede, bent u bereid om in overleg te gaan met de wetenschappelijke verenigingen en het Kinderrechtencommissariaat over de mogelijkheden tot sensibilisatie van jongeren om niet die drempel op te roepen, indien zij psychische problemen hebben of in noodsituaties verkeren, om er zeker van te zijn dat hun privacy en anonimiteit bij medische verzorging verzekerd blijven, conform de aanbevelingen van de kinderrechtencommissaris?

11.04 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de bepalingen betreffende de derdebetalersregeling vindt men terug in het KB van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53 § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 6 1^{ste} lid van voornoemd KB voorziet in een verbod tot toepassing van de derdebetalersregeling voor de prestaties die het opsoemt.

Artikel 6 2^{de} lid somt een aantal uitzonderingssituaties op waarop het verbod niet van toepassing is.

Het laatste lid van dezelfde bepaling stelt dat het verzekeringscomité van de dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV modaliteiten kan uitvaardigen waarbij uitzonderingen op het verbod van toepassing op de derdebetalersregeling kunnen worden toegestaan. De uitzonderingsmodaliteiten toegestaan door het verzekeringscomité, worden opgesomd in circulaire nr. 2009/327 van 6 augustus 2009 van de dienst Geneeskundige Verzorging.

Betreffende de individuele financiële noodsituaties, in de circulaire wordt artikel 6 2^{de} lid ten vijfde van voornoemd KB toegelicht. Volgens dat artikel is het verbod tot derdebetalersregeling niet van toepassing op een rechthebbende die zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevindt. Het gaat hier om de situatie waarin de verzekerde niet onmiddellijk kan betalen en een uitgestelde betaling niet mogelijk is of niet aangewezen is om sociale redenen. Een van de gevallen vernoemd in de circulaire, is de raadpleging aan rechthebbenden die om deugdelijke redenen wensen dat de factuur niet ter betaling wordt aangeboden aan de gerechtigde die het recht doet ingaan. Via die bepaling kunnen kinderen en jongeren die om

deugdelijke redenen niet wensen dat hun ouders op de hoogte zijn van hun raadpleging bij de dokter, de toepassing van de derdebetalersregeling vragen.

Ik kom aan de resoluties in de Senaat. Ten gevolge van resolutie 4/1185, die begin januari 2010 goedgekeurd werd in de Senaat, zal de derdebetalersregeling het voorwerp zijn van een ontwerp dat beoogt om het uit te breiden naar gelang van doelgroepen en om het beetje bij beetje te doen evolueren van een vrije keuze voor de arts naar een automatisch recht voor bepaalde patiënten.

Er werd inderdaad steeds vaker gezegd dat het stelsel te weinig door de zorgverstrekkers wordt toegepast, dat de werkingsmodaliteiten te gecompliceerd zijn of dat talrijke artsen of patiënten het niet goed of helemaal niet kennen.

In dat kader zal een denkoefening volgen om er zeker van te zijn dat zowel de zorgverstrekkers als de patiënten bewust worden gemaakt van de mogelijkheden die voor hen bestaan in het kader van de derdebetalersregeling.

Het ontwerp voorziet ook in het onderzoek van een administratieve vereenvoudiging voor de zorgverstrekkers en van de mogelijkheid van een snellere betaling hiervan.

Er kwam immers ook veel kritiek dat het huidige systeem veel te complex is en dat de administratieve last de zorgverstrekkers die het stelsel willen toepassen, ontmoedigt, en dat het passend zou zijn dat men de procedures eenvoudiger maakt en de zorgverstrekkers sneller zou betalen.

Het ontwerp zal ook nog de eventuele uitbreiding van het stelsel naar andere zorgverstrekkers bestuderen. Hoewel de voornoemde resolutie meer in het bijzonder de kinesitherapeuten noemt, zal het ontwerp ook de invoering van de derdebetalersregeling voor de ambulante kinderpsychiatrie kunnen bestuderen.

11.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor het technische antwoord. Ik hoop alleen dat u bij de voorbereiding van het dossier in uw kabinet een vergadering met de kinder- en jeugdpsychiaters zult beleggen om de problematiek nog meer uit te diepen.

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

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Katia della Faille de Leverghem** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "dagcentra voor psoriasispatiënten" (nr. 18180)

- mevrouw **Thérèse Snoy et d'Oppuers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toegang tot behandeling voor psoriasispatiënten en de oprichting van dagcentra" (nr. 18427)

- de heer **Josy Arens** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de behandeling en de levenskwaliteit van psoriasispatiënten" (nr. 18763)

12 Questions jointes de

- Mme **Katia della Faille de Leverghem** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les centres de jour pour les personnes atteintes de psoriasis" (n° 18180)

- Mme **Thérèse Snoy et d'Oppuers** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'accès aux traitements des personnes atteintes de psoriasis et la création de centres de jour" (n° 18427)

- M. **Josy Arens** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le traitement et la qualité de vie des patients atteints de psoriasis" (n° 18763)

12.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Heeft mevrouw de minister nog tijd? Het is ondertussen 18 uur geworden.

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: Si on peut résumer les questions, je ferai la même chose. J'ai une

réunion à 18.10 heures au cabinet.

La **présidente**: M. Arens est resté. Chers collègues, préférez-vous reporter vos questions ou les résumer? Nous poursuivons nos travaux!

12.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, psoriasis is een chronische huidaandoening die gekenmerkt wordt door rode huidvlekken en witte schilfers. Deze ziekte heeft een belangrijke invloed op de levenskwaliteit, niet alleen door het chronisch karakter ervan, maar ook door de zichtbaarheid van de rode vlekken. Een definitieve genezing bestaat niet. Bovendien gaat de ziekte in vele gevallen gepaard met andere aandoeningen.

Er bestaan verschillende behandelingsmethoden maar elke methode heeft beperkingen. Daarenboven zijn sommige behandelingsmethoden niet altijd haalbaar voor mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt of die naar school gaan.

Een mogelijke oplossing voor deze patiënten zou erin bestaan een ambulante combinatietherapie te volgen in een dagcentrum, maar in tegenstelling tot in onze buurlanden, Nederland en Duitsland, beschikt België niet over dagcentra voor deze patiënten.

De voordelen van een behandeling in een dagcentrum zijn nochtans niet min. De meeste dagcentra kunnen immers een multidisciplinaire aanpak bieden, zodat een globale behandeling van de patiënt mogelijk is. Het gaat hierbij om een kwaliteitsvolle en efficiënte therapie die bovendien te combineren valt met arbeid of school. Een ander niet onbelangrijk voordeel is de lagere kostprijs van de behandeling in een dagcentrum tegenover een behandeling in een ziekenhuis.

Mevrouw de minister, ik krijg graag een antwoord op de volgende concrete vragen. Kent u de problemen waarmee de actieve en schoolgaande psoriasispatiënten geconfronteerd worden? Bent u gewonnen voor het oprichten van dagcentra voor deze patiënten? Zult u de mogelijkheid onderzoeken dagcentra op te richten voor deze patiënten? Zo ja, wanneer meent u resultaten te mogen verwachten?

12.04 Josy Arens (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, nous constatons que la prise en charge de certains patients atteints d'une forme modérée ou sévère du psoriasis ne se fait pas de manière optimale. Le développement d'un nombre restreint de centres de jour pourrait représenter, à notre avis, une alternative intéressante à l'hospitalisation, car l'expérience d'autres pays démontre clairement que le traitement en centre de jour représente une solution mieux adaptée au traitement combiné du psoriasis ainsi qu'aux besoins spécifiques du patient. Il possède d'indéniables avantages, notamment d'être une solution moins onéreuse que les traitements en hôpital qui font, eux, l'objet d'une indemnisation.

Les associations de patients et les professionnels de la santé réclament cet environnement thérapeutique depuis de nombreuses années. La prise en charge du psoriasis a déjà fait l'objet d'un examen et d'un rapport en 2001 par le Comité scientifique des maladies chroniques de l'INAMI.

Certains patients atteints de formes visibles ou invalidantes de psoriasis n'ont pas accès, à l'heure actuelle, à toutes les options thérapeutiques disponibles. Le psoriasis a un impact important sur la qualité de vie d'un patient, d'une part, en raison du caractère chronique de la maladie et, d'autre part, en raison de l'impact social résultant de la visibilité des lésions et l'impossibilité de parvenir à une guérison définitive.

Les personnes atteintes de formes visibles ou invalidantes du psoriasis (mains, pieds, tête, cuir chevelu), mais dont moins de 10 % de la surface de la peau est affectée n'ont pas accès au remboursement de toutes les thérapies disponibles, notamment les médicaments biologiques.

Madame la ministre, quelles initiatives comptez-vous prendre pour améliorer le traitement et la qualité de vie des patients atteints de psoriasis?

12.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, nous avons assisté tous les trois à une séance ici au Parlement lors de laquelle nous avons reçu les associations de victimes de cette maladie. Mes questions portent sur les mêmes points.

Le traitement en centre de jour peut-il être remboursé?

Pourrait-on adopter d'autres critères que celui du pourcentage du corps qui est touché? Je songe à des critères qualitatifs qui permettent de prendre en compte les endroits précis du corps où se situent les rougeurs et les formes visibles et invalidantes de cette maladie.

12.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Snoy, en Belgique, les patients psoriasiques ont accès à une vaste offre de traitements en fonction de la sévérité de l'affection. Je suis cependant consciente que certains patients, atteints d'une forme modérée ou sévère pour laquelle une hospitalisation est contre-indiquée, ne peuvent être traités de façon optimale.

À l'occasion de la journée mondiale du psoriasis, fin octobre 2009, j'ai aussi été interpellée par des associations de patients et divers spécialistes, afin de permettre le remboursement des prises en charge en centre de jour. À la suite de ces interpellations, j'ai demandé au comité consultatif des maladies chroniques et affections spécifiques de l'INAMI d'examiner le dossier "centre de traitement de jour du psoriasis". Dans les prochaines semaines, le comité va actualiser les informations concernant le traitement du psoriasis, évaluer les besoins en centre de traitement pour les patients qui en sont atteints, mais également pour les patients atteints d'autres affections dermatologiques. J'attends une proposition concrète pour fin mars.

En ce qui concerne le remboursement des médicaments biologiques indiqués dans le traitement du psoriasis, la commission du remboursement des médicaments s'est basée sur la recommandation reconnue par l'Agence européenne des médicaments ainsi que sur les indications enregistrées des produits concernés, tels que le degré de sévérité de l'affection ou encore l'absence de réponse, la contre-indication ou la mauvaise tolérance à d'autres traitements systémiques.

Les critères les plus employés pour la classification de la sévérité du psoriasis sont les scores BSA (*Body Surface Area*) et PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*). Ces critères sont notamment utilisés dans les études cliniques nécessaires pour obtenir l'enregistrement de l'indication concernée au niveau européen.

En Belgique, le remboursement de ces traitements biologiques est octroyé aux personnes ayant un score BSA ou PASI supérieur à 10 %. En plus du score BSA comme critère de surface, l'échelle PASI tient compte de la sévérité des lésions permettant une évaluation liée à la qualité de vie du patient.

Étant donné qu'il n'existe pas de critère "diagnostic validé", l'identification du groupe cible est réalisée au mieux possible par des critères cliniques, afin que tous les patients démontrant une nécessité médicale bénéficient de l'accès à ce traitement.

Ces critères de remboursement ont notamment été choisis pour des raisons de coût et de sécurité. L'administration de tels médicaments pour le traitement de petites surfaces occasionne des effets indésirables. Il existe, par ailleurs, des traitements alternatifs locaux pour des lésions touchant de petites surfaces.

Je tiens également à vous informer que, dans le cadre des initiatives 2010 du programme "maladies chroniques", j'ai décidé d'allouer un montant de 750 000 euros pour améliorer le remboursement des produits dermatologiques. Dans cette logique, j'ai demandé au comité consultatif "maladies chroniques" d'identifier le groupe cible et les types de produits utilisés sur le plan thérapeutique afin d'élaborer une proposition d'intervention pour les produits dermatologiques non remboursés pour les malades chroniques. L'avis du groupe de travail devrait être connu au cours du premier semestre de cette année.

12.07 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minisster, ik ben blij dat u de piste van de dagcentra zult onderzoeken. Ik ben benieuwd naar de resultaten van eind maart 2010. De budgettaire impact is niet te onderschatten. De jaarlijkse kost voor een behandeling met twee kuren in een dagcentra bedraagt 4 500 euro, terwijl een behandeling in een ziekenhuis kan oplopen tot 11 500 euro.

12.08 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'ai bien compris que nous évoluons dans la bonne voie pour ce qui est des centres de jour. Je voudrais néanmoins insister sur la problématique des personnes qui doivent être traitées sur des surfaces inférieures de 10 %. Souvent, ces parties sont très visibles et sont handicapantes socialement. Je souhaiterais qu'on en tienne compte davantage.

12.09 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, en effet, l'aspect visibilité en lien

avec la vie sociale doit être pris en considération.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18.08 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.08 uur.