

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 2 MAART 2010

Namiddag

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

du

MARDI 2 MARS 2010

Après-midi

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.21 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Luc Goutry.

Le développement des questions et interpellations commence à 14.21 heures. La réunion est présidée par M. Luc Goutry.

01 Questions jointes 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 "les risques des ondes engendrées par les appareils de communication ASTRID utilisés par les forces de police et les pompiers" (n° 19578)

- 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 "les risques des ondes engendrées par les radars utilisés par les forces de police" (n° 19579)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de risico's van de straling veroorzaakt door de ASTRID communicatieapparatuur die door de politiediensten en de brandweerlui wordt gebruikt" (nr. 19578)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de risico's van de straling veroorzaakt door de radartoestellen die door de politiediensten worden gebruikt" (nr. 19579)

01.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, à la suite des réunions syndicales que j'ai eues avec la zone de police dont je suis président, il apparaît que les appareils d'intervention ne sont pas les seuls à interpellier en matière de santé. En effet, les appareils de communication ASTRID dont sont munis nos policiers et pompiers fonctionnent en émettant des ondes électromagnétiques.

En la matière, j'aimerais donc avoir des informations sur les fréquences émises en regard des normes maximum autorisées. J'aimerais notamment savoir quelles sont les quantités maximales supportables par le corps humain, comme par exemple les parties génitales, et bien évidemment si ces normes sont respectées par les outils en question. Ces appareils sont souvent rangés à hauteur des organes génitaux des membres de nos forces de sécurité, qui se plaignent de n'avoir aucune information quant à la nocivité éventuelle de ces appareils.

Ma seconde question est en rapport avec les radiations des radars. À l'occasion de l'inscription dans le budget de ma zone de police de Haute-Senne de l'acquisition d'un radar répressif mobile de la nouvelle génération (radar numérique), les organisations syndicales des policiers m'ont interrogé à propos des risques pour la santé engendrés par les ondes et radiations émises par ces radars, tout comme ceux d'anciennes générations d'ailleurs.

Eu égard au fait que nous nous intéressons à la problématique des risques et dangers éventuels des gsm et autres appareils électromagnétiques, je souhaiterais savoir si le département de la Santé a effectué des analyses préalables sur l'innocuité ou les risques éventuels pour les policiers, mais aussi pour les

automobilistes, de ces radars?

Si c'est le cas, j'aimerais, madame la ministre, que vous nous en communiquiez les résultats, afin que les forces de police, dûment informées, utilisent ces appareils de la manière la plus sûre en matière de santé. Je me dois d'ajouter que j'avais interrogé en la matière la ministre de l'Intérieur, mais ma question a été transférée auprès du ministre Van Quickenborne. Il nous a parlé des normes canadiennes, beaucoup plus drastiques que les normes belges et européennes. Il semblerait que ces appareils respectent les normes canadiennes, qui semblent être la valeur étalon.

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, monsieur Flahaux, j'ai hésité à faire suivre la question directement chez Mme Milquet, étant donné qu'elle est compétente pour tout ce qui concerne la sécurité et la santé des travailleurs. Cela étant dit, je vais tenter de donner quelques éléments d'ordre général qui vous permettront d'explorer davantage le sujet.

Comme tous les appareils de télécommunication, les appareils ASTRID et les radars de contrôle de vitesse, cinémomètres numériques, sont régis par une directive européenne (1999/5/CE Radio and telecommunications terminal equipment). Cette directive oblige le fabricant à assurer la sécurité et à protéger la santé de l'utilisateur. Le fabricant doit démontrer que ses produits répondent aux normes d'exposition internationales.

Selon l'Organisation internationale des experts scientifiques, l'exposition locale d'un torse ne doit pas dépasser la valeur limite de 10 W/kg pour les travailleurs et 2 W/kg pour le grand public. Il n'existe aucune valeur limite spécifique pour les organes génitaux.

Les appareils de télécommunication ASTRID engendrent une exposition inférieure à ces valeurs car, selon la société ASTRID, seuls les appareils de puissances les plus faibles sont utilisés en Belgique. Les radiotéléphones ASTRID ont une puissance de 1 W comparable à celle d'un téléphone mobile, tandis que les antennes ASTRID installées sur le toit d'une voiture peuvent avoir une puissance un peu plus élevée, à savoir 3 W. Dans ce dernier cas, l'exposition des personnes est aussi faible. La fréquence des ondes électromagnétiques émises est environ de 400 MHz. Une limite de puissance d'émission de 2 W est imposée aux cinémomètres, radars répressifs ou préventifs.

Au niveau de la réglementation belge en matière d'utilisation de spectres radioélectriques, en pratique, les appareils de puissances différentes varient entre quelques centaines de milliwatts et 2 W. Ces niveaux de puissance font dire que l'exposition des automobilistes et des policiers due à des radars est faible.

Pour vérifier si l'équipement acquis et utilisé sur place est conforme aux normes, il convient de prendre contact avec le conseiller en prévention du service interne de prévention et de protection qui peut consulter les spécifications techniques et la documentation de conformité des appareils concernés.

À partir de cette information concrète, le service interne de prévention et de protection peut, si nécessaire, recommander des solutions de rechange ou formuler un avis quant à la manière la plus sûre d'utiliser ces appareils sur le plan de la santé.

Voilà le cadre général en ce qui concerne la santé. Pour le reste, vous voyez que différents départements sont concernés, notamment celui de l'Emploi et du Travail.

01.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Votre réponse, qui conforte celle donnée par le ministre Van Quickenborne, rassurera les organisations syndicales de police, moi y compris.

Le conseiller en prévention était d'ailleurs présent au CoCoBa de la police de la Haute Senne. Il recevra donc utilement les réponses que vous m'avez fournies.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement de la consultation orthodontique n° 305594" (n° 19301)

02 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van de orthodontische raadpleging nr. 305594" (nr. 19301)

02.01 Josée Lejeune (MR): Monsieur le président, madame la ministre, le code nomenclature 305594 correspond à un examen préliminaire à un traitement orthodontique éventuel, y compris la consultation, comportant la prise d'empreinte des deux arcades, la confection des moulages d'étude, l'établissement du diagnostic et du plan de traitement, avec rapport.

Cette prestation est prise en charge par l'assurance soins de santé. Cela étant, l'article 6 § 10 de la nomenclature des prestations de santé prévoit que: "L'intervention de l'assurance pour la prestation 305594-305605 est de nouveau due si cette prestation est à nouveau effectuée au moins deux années après la précédente prestation 305594-305605 et à condition qu'aucun traitement n'ait été attesté après la précédente prestation 305594-305605".

En d'autres termes, si le patient souhaite obtenir un deuxième avis avant d'entamer un traitement orthodontique, la prestation 305594 n'est pas remboursée.

En réalité, cette situation m'a été rapportée par un patient dont le fils a besoin d'un traitement orthodontique suite aux séquelles d'une fente labio-alvéopalatine, laquelle a été réduite grâce à des interventions chirurgicales. Ce type de prise en charge justifie, selon moi, que l'on puisse récolter au moins un deuxième avis avant d'envisager un traitement lourd et coûteux.

Madame la ministre, confirmez-vous ces informations? Dans l'affirmative, n'estimez-vous pas que dans des cas graves, et donc pas dans le cas de prestations de confort, un deuxième avis puisse tout naturellement être envisagé et remboursé par l'assurance soins de santé? Envisagez-vous de prendre une mesure pour solutionner ce problème? Une demande de modification de la nomenclature pourrait-elle être introduite par vos soins à la commission dento-mut?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Lejeune, on me dit que le numéro 305594-305605 de la nomenclature des prestations de santé rembourse les prestations qu'un praticien dispense au début d'un traitement orthodontique et ne peut donc être attesté que s'il y a une intention d'entamer le traitement. Le code honore entre autres la prise d'empreintes, la confection des moulages d'étude, l'établissement du plan de traitement et la rédaction de la demande de remboursement.

Tout comme l'assurance maladie obligatoire qui n'intervient que pour un seul traitement orthodontique, ce code n'est en principe également remboursé qu'une seule fois.

Pour les cas exceptionnels, l'article 6 § 10 prévoit la possibilité de répéter la prestation à condition que le traitement n'ait pas encore été entamé et que deux ans se soient écoulés depuis la première prestation.

Afin d'obtenir un second avis, la nomenclature prévoit l'attestation de code 305830-305841, avis orthodontique avec rapport; de plus, il y a également la consultation orthodontique.

Dès lors, de mon point de vue, la nomenclature ne présente aucune lacune concernant le point que vous avancez. Il peut tout au plus être question de manque de clarté lors de l'attestation de divers codes intellectuels pour l'orthodontie. L'introduction d'un code pour un deuxième avis orthodontique me semble donc superflue.

02.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

Il s'agit d'un père qui a des soucis avec son enfant. Le traitement a été entamé; il n'a pas été satisfaisant. Il est normal de la part d'un parent de demander plusieurs avis. En l'espèce, il est dommage de voir que, dans un cas lourd, le remboursement ne sera pas possible. Il ne s'agit pas d'un traitement de confort. C'est la raison pour laquelle je voulais savoir si le remboursement ne pourrait être possible pour des cas graves et non pour des cas bénins (confort, esthétique).

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je crois qu'il y a beaucoup à faire en matière de soins dentaires.

Quand je donne des conférences en matière de santé, il est vrai qu'il s'agit d'un des domaines sur lequel je suis le plus souvent interrogée. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il faudra réinvestir dans les années à venir mais je vous ai donné une réponse en fonction de la réglementation actuelle.

02.05 Josée Lejeune (MR): Je compte tout de même sur votre vigilance pour inscrire le point à l'ordre du jour dès que vous en aurez l'opportunité. Je vous en remercie déjà.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 19322 van mevrouw Van Broeckhoven is op haar vraag ingetrokken.

03 Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de financiering van pilootprojecten ter ondersteuning van dementiediagnose" (nr. 19318)

03 Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le financement de projets pilotes visant à améliorer le diagnostic de la démence" (n° 19318)

03.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mevrouw de minister, tijdens de toelichting en bespreking van uw beleidsplan betreffende volksgezondheid hebt u vermeld dat u in een financiering zou voorzien voor een tiental pilootprojecten die erop gericht zijn de diagnose van dementie te standaardiseren en te verbeteren. Ik meen uit uw toelichting begrepen te hebben dat de pilootprojecten een financiering zouden beogen van een tiental geselecteerde geheugencentra of geheugenklinieken in België.

In die centra of klinieken maakt men nu al gebruik van een gestandaardiseerde diagnostische procedure, bestaande uit een grondig klinisch onderzoek van de patiënt, met uitsluiting van andere oorzaken van geheugenproblemen, een biochemische analyse van bloed- of hersenvocht en van biomerkers die een diagnostische waarde hebben voor specifieke vormen van dementie, geheugentesten die trachten de geheugenproblemen in kaart te brengen, en beeldvorming die het verlies van hersencellen wil kwantificeren. Vervolgonderzoeken waarin men gebruikmaakt van dezelfde gestandaardiseerde procedure, moeten helpen om een definitieve klinische diagnose van een specifieke vorm van dementie te stellen, met een grote betrouwbaarheid, van meer dan 90 %.

Een verbeterde diagnostische procedure verhoogt de kans op een juiste klinische diagnose van dementie. Dat is noodzakelijk, omdat er verschillende vormen van dementie bestaan. De belangrijkste vormen zijn alzheimerdementie, frontaalkwabdementie, vasculaire dementie en dementie die samengaat met de ziekte van Parkinson. Samen verklaren zij ongeveer 90 % van het geheel van de groep van de dementie. Elk van die vormen van dementie vereist een verschillende klinische en therapeutische aanpak.

Ik heb de volgende vragen. Ten eerste, is het juist dat u tien geheugenklinieken zult selecteren en financieel ondersteunen?

Ten tweede, verwacht u dat de pilootprojecten zullen bijdragen tot het uitwerken van een uniforme en gestandaardiseerde procedure voor de klinische diagnose van dementie?

Ten derde, verwacht u dat dat zal leiden tot duidelijke en eenvoudig te hanteren diagnostische criteria en procedures voor dementiediagnostiek?

Ten vierde, zult u het pilootproject uitbreiden naar alle geheugencentra of -klinieken in België?

Ten vijfde, kan het pilootproject de basis worden voor de erkenning van expertisecentra voor dementiediagnostiek?

Ten zesde, kan de erkenning van dergelijke expertisecentra voor dementiediagnostiek de start zijn van een dementiezorgtraject met een verwijzing van de patiënten naar gespecialiseerde zorgcentra die voorzien zijn van een gestructureerde zorgfinanciering?

03.02 Minister Laurette Onkelinx: Eerst en vooral wil ik mevrouw Van Broeckhoven feliciteren voor de

organisatie van de conferentie betreffende dementie.

J'étais ravie, c'était la première fois que je me rendais au Parlement flamand. Cela m'a permis de rendre visite à des collègues et j'espère que les conclusions permettront de faire les propositions appropriées.

De oproep tot kandidaatstelling voor de geheugenklinieken werd half januari gelanceerd. Het budget van 1 miljoen euro maakt het mogelijk om elf projecten te financieren. Na evaluatie en binnen de mogelijkheden van het beschikbaar budget, zouden eventueel andere klinieken kunnen worden gefinancierd.

De geheugenklinieken moeten een balans opmaken van de overblijvende cognitieve mogelijkheden en een behandeling uitwerken, een cognitieve behandeling of ergotherapie, die aangepast is aan de patiënt en aan zijn behoud in huis, thuis. De geheugenklinieken zullen bovendien moeten zorgen voor een ondersteuning van de mantelzorgers en voor het overleg met de zorgverleners van de eerste lijn zoals onder meer de behandelende geneesheer en de diensten voor thuisverzorging. Dit project beoogt dus niet de erkenning van referentieklinieken voor de diagnose, maar wel die van de centra voor psychocognitieve behandeling.

In het programma chronische ziekten heeft een ander initiatief tot doel om een laagdrempelige gespecialiseerde diagnose mogelijk te maken die buiten het geriatriesch dagziekenhuis toegankelijk is. In dat raam wordt een project inzake de vergoeding van het neuropsychologisch bilan, dat toegankelijk is voor de neurologen, neuropsychiaters, psychiaters en gerieters, momenteel in het RIZIV besproken.

De gespecialiseerde diagnose van dementie berust op verscheidene onderzoeken die worden uitgevoerd op voorschrift van de geneesheer na onder meer anamnese, algemeen en neurologisch-klinisch onderzoek. Het bilan is gebaseerd op de klinische toestand van de patiënt.

Een standaard uniform verplicht bilan zou voor sommige patiënten leiden tot onnodige, ongewenste onderzoeken en zou ingaan tegen het principe van de vrijheid van therapeutische keuze en van geschikte diagnostische middelen van de zorgverlener die een patiënt ten laste heeft.

De lopende projecten inzake zorgtrajecten zijn momenteel tot twee aandoeningen beperkt, namelijk diabetes en chronische nierinsufficiëntie. Na een evaluatie zal het experiment eventueel tot andere aandoeningen worden uitgebreid.

03.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mevrouw de minister, het is mij niet helemaal duidelijk wat de pilootprojecten exact beogen omdat een geheugenkliniek of een geheugencentrum, zoals ze vandaag bestaan, zeer diverse procedures gebruiken in hun diagnose. Een gestandaardiseerde diagnose is wel degelijk erg belangrijk voor een juiste diagnosestelling in een toch zeer heterogene groep van dementies. Ik begrijp het idee, maar...

03.04 Minister Laurette Onkelinx: ...

03.05 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Maar het omvat toch ook de diagnostiek?

03.06 Laurette Onkelinx, ministre: Outre le diagnostic, ce qui se pratique déjà ailleurs, il s'agit de rassembler en un régime multidisciplinaire toutes les connaissances au service de la personne, afin d'assurer un suivi à son domicile, en concertation avec sa famille.

03.07 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Ik heb onthouden, de erkenning van de psychosociale aspecten van de ziekte enerzijds en in het kader van uw programma chronisch zieken zou men daar een multidisciplinair aspect aan toevoegen.

Ik blijf toch nog een beetje met het probleem zitten. Mijn ervaring heeft mij geleerd dat de diagnostiek inzake dementie nog altijd geen gestandaardiseerde procedure is. Elk geheugencentrum gebruikt blijkbaar een ander procedure. Mijn ervaring leert mij ook dat dit vaak tot foutieve diagnoses leidt en dat er soms zelfs geen diagnoses gesteld worden, wat in het geval van de ziekte van Alzheimer toch een probleem kan zijn. Een diagnose van de ziekte is immers noodzakelijk voor de terugbetaling van de medische en de farmaceutische kosten.

Ik blijf een beetje op mijn honger zitten. Ik had gehoopt dat wij tot een gestandaardiseerde procedure zouden

komen en tot erkenning van de geheugencentra, of de geheugenklinieken zoals zij genoemd worden. Dat is blijkbaar niet zo. Ik ben het dus niet volledig eens met u dat er vandaag al een dergelijke gestandaardiseerde procedure bestaat. Dat is niet zo.

Ik heb ondertussen ook het aanvraagdossier bekeken dat wordt weergegeven op de website van het RIZIV. Ik ga dit in detail bekijken en het met de collega's op het terrein bekijken, maar ik meen dat wij daar misschien een kans hebben laten liggen.

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

04 **Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het terugtrekken van de link tussen de MBR vaccinatie en het risico op autisme" (nr. 19319)**

04 **Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la suppression du lien entre la vaccination RRO et le risque d'autisme" (n° 19319)**

04.01 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Mevrouw de minister, deze vraag gaat over het feit dat een wetenschappelijke link die in het verleden gelegd werd tussen de standaardvaccinatie tegen mazelen, bof en rode hond en autisme nu werd teruggetrokken. Het is een vraag waarover ik met uw kabinetssmedewerkers een discussie heb gehad. U heeft vervolgens laten weten dat u geen bevoegdheid heeft over die MBR-vaccinatie omdat het een zaak van de Gewesten is. Ik heb daarop laten weten dat ik het probleem in het algemeen toch even wou aankaarten en dat ik niet van u verwacht dat u kan antwoorden op aspecten die te maken hebben met de Gewesten.

De reden waarom ik dit toch wil vertellen is dat in het kader van het wetenschappelijk onderzoek een belangenconflict vaak een onmiddellijk en direct effect heeft op de organisatie van onze volksgezondheid. In dat verband is het een voorbeeld. Autismes is trouwens een hersenziekte of een hersenaandoening. De vaccinatie waarnaar hier verwezen wordt, is een vaccinatie die standaard wordt aangeboden. Als u het toestaat zou ik de achtergrond van deze zaak even willen schetsen voor de collega's. We zullen dan zien of u eventueel een standpunt kunt innemen, voor zover het uw bevoegdheid betreft. Gaat u daarmee akkoord?

De **voorzitter**: U hebt de volle vrijheid. We moeten natuurlijk wel de tijd voor een vraag respecteren.

04.02 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Ik vraag het even omdat hierover communicatie geweest is maar ik uiteindelijk geen definitief antwoord meer gekregen heb van het kabinet.

Ik zal dus even de achtergrond van de vraag schetsen.

De **voorzitter**: Wel graag binnen de toegemeten tijd.

04.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Dit is een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

04.04 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): De vaccinatie zelf.

04.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Non, c'est le contrôle des maladies infectieuses. Cela relève de la compétence des Communautés.

04.06 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Ik zal mijn vraag heel kort stellen zoals ze opgeschreven is. Het gaat niet over de vaccinatie alleen.

Mevrouw de minister, in 1998 is er een artikel gepubliceerd in *The Lancet* waarin werd aangetoond dat er een verband zou bestaan tussen de MBR-vaccinaties – vaccinatie tegen mazelen, bof en rode hond – en autisme. Het resultaat hiervan is dat sommige ouders minder geneigd waren om hun kinderen te laten vaccineren. Onder andere in Engeland heeft men gezien dat het aantal kinderen met mazelen daardoor opnieuw is gestegen.

Zeer recent, bijna twaalf jaar later, is er in hetzelfde tijdschrift *The Lancet* een artikel verschenen waarin de oorspronkelijke auteurs dat wetenschappelijke verband hebben ingetrokken. Met andere woorden, het is gebleken dat er in hoofde van de hoofdonderzoeker een belangenconflict bestond. In dit geval ging het over een persoonlijk financieel voordeel dat deze onderzoeker had. Hij had patiënten met autisme zeer selectief verzameld. Het ging om patiënten waarvan de ouders overtuigd waren dat er een dergelijk verband was met de vaccinatie. Bovendien waren al deze ouders betrokken in een juridisch gevecht om een schadevergoeding.

Deze studie, waarin de kinderen verschillende medische onderzoeken moesten ondergaan, zou bovendien niet zijn goedgekeurd door een bevoegd medisch-ethisch comité. *The Lancet* was niet op de hoogte gebracht van een potentieel belangenconflict van de hoofdonderzoeker.

Resultaten van twee nieuwe wetenschappelijke studies in Finland en Denemarken, in zeer grote groepen van gevaccineerde kinderen, hebben geen enkel verband aangetoond tussen deze vaccinaties en een verhoogd risico op autisme. Ook in België is er in een systematische vaccinatie van zuigelingen voorzien voor deze drie infectieziekten. Het is natuurlijk de bedoeling om daardoor infecties zoals mazelen te kunnen uitroeien en een epidemie te vermijden.

Ik begrijp van de minister dat zij de vraag niet kan beantwoorden, maar ik wou de collega's in de commissie voor de Volksgezondheid toch even wijzen op het feit dat men voorzichtig moet zijn met wetenschappelijke publicaties waarbij een link wordt gelegd tussen een vaccinatie en een mogelijke aandoening, zoals in dit geval autisme. Dit moet niet noodzakelijkerwijze meteen worden doorgetrokken tot in de vaccinatieprogramma's.

Aangezien de minister aangeeft dat zij hierop niet kan antwoorden, zal ik mijn eigenlijke vragen ter zake niet stellen. Ik zal de minister enkel vragen hoe zij staat tegen potentiële belangenconflicten bij wetenschappers die worden vertaald in een reactie op de volksgezondheid, in dit geval een verminderde vaccinatie voor deze drie ziekten.

04.07 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, de preventie en controle van ziektes is een gemeenschapsbevoegdheid, net als de organisatie van vaccinatiecampagnes. Op deze aspecten van de vraag kan ik dus geen antwoord geven.

In uw vraag vermeldt u echter ook het terugtrekken door *The Lancet* dit jaar van een artikel dat in 1998 werd gepubliceerd, omdat nu blijkt dat de studie die aan de basis van het artikel lag, niet op volledig wetenschappelijke en onafhankelijke manier werd uitgevoerd. Door deze houding wordt het grote belang aangetoond dat de wetenschappelijke wereld hecht aan het onafhankelijk formuleren van bevindingen en adviezen. Procedures bestaan om belangenconflicten zoveel mogelijk te vermijden, maar als iets of iemand door de mazen van het net glipt, aarzelt men niet om dit bekend te maken, zonder vrees voor het eventuele eigen imago. Dit wordt bewezen door de maatregelen die *The Lancet* nam.

Ook onze wetenschappelijke instellingen nemen maatregelen tegen belangenvermenging door een zorgvuldige selectie van de personen die aan bepaalde studies of adviezen deelnemen. Er wordt hen ook gevraagd om een formulier te ondertekenen waarbij de wetenschapper certificeert dat hij onafhankelijk van alle invloeden zijn onderzoek voert en zijn aanbevelingen formuleert. Zoals door het voorval met *The Lancet* is gebleken, is men nooit honderd procent zeker dat men elk conflict of incident zal kunnen vermijden, maar ook onze instellingen zullen nooit aarzelen om indien hen informatie over belangenvermenging ter ore komt, de zaak grondig te onderzoeken en aan de kaak te stellen indien nodig.

04.08 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Ik vond dat een belangrijk aspect dat ik ook eens hier in de commissie voor de Volksgezondheid naar voor wilde brengen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

05 **Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het hoge risico op kanker bij ouderen" (nr. 19320)**

05 **Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires**

sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le risque élevé de cancer chez les personnes âgées" (n° 19320)

05.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, recent maakte het Kankerregister de cijfers van het aantal kankerpatiënten in België in het jaar 2006 bekend. Daardoor beschikken wij nu over cijfers betreffende de kankerincidentie van drie opeenvolgende jaren: 2004, 2005 en 2006.

Uit deze cijfers blijkt dat kanker voornamelijk ouderen treft. Als wij alle nieuwe kankerdiagnoses samennemen dan stellen wij vast dat 70 % van deze patiënten 60 jaar of ouder zijn. In de groep van de mannelijke patiënten vertegenwoordigen 60+-patiënten 76 % en bij de vrouwelijke patiënten 64 %. Dit wijst erop dat de kans op kanker stijgt met de leeftijd of anders gezegd: hoe ouder men wordt, hoe groter de kans op kanker. Kanker en veroudering hangen dus nauw samen.

De cellen in het menselijk lichaam staan voortdurend bloot aan beschadiging van hun erfelijk materiaal, het DNA, door ultraviolette straling en schadelijke stoffen in de lucht en in de voeding. Cellen kunnen hierop reageren door te gaan kankeren of door de opgelopen schade te herstellen. Als dit laatste niet lukt, kan het lichaam beslissen om de aangetaste cel te laten afsterven.

Door preventieve screening kunnen veel kankers vroegtijdig opgespoord en behandeld worden. Bij oudere mensen verloopt het kankerproces vaak trager en minder uitgesproken met minder uitgesproken symptomen, waardoor de kanker vaak te laat wordt vastgesteld.

Mevrouw de minister, houden de preventieve kankerscreeningen voldoende rekening met het hoge aantal kankers bij oudere mensen?

Zijn er richtlijnen voor de behandeling van kanker bij oudere mensen?

Is er voldoende investering in het ontwikkelen van chemotherapie en radiotherapie aangepast aan de verminderde fysieke toestand van de oudere patiënt?

Wordt er onderzoek gedaan naar alternatieve behandelingsmethoden bij 60+-patiënten?

Wordt er voldoende geïnvesteerd in het informeren van oudere mensen in de 60+-groep over hun risico op kanker en op het identificeren van verdachte symptomen?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: De vergrijzing van de bevolking is een van de oorzaken van de stijgende incidentie van kanker. De vergrijzing van de bevolking zal een toename veroorzaken van de behoeften aan oncologische zorg en aan zorg die aan deze bevolkingsgroep aangepast is.

De overlevingskans van de oudere patiënten is niet zo groot als die van jongere volwassenen. Dat is te wijten aan verschillende factoren, zoals het verschil in stadium op het moment van de diagnose, de verschillen in de aard van de tumor zelf, de zwakkere gezondheid van de ouderen, maar ook aan het gebruik van therapieën die minder agressief en dus minder efficiënt zijn.

Het creëren van een efficiënte, multidisciplinaire omkadering voor de aanpak en de behandeling van de bejaarde patiënt in de oncologie is bijgevolg een prioriteit. Het was dan ook in die optiek dat, onder meer in het raam van het kankerplan, in 2008 een projectoproep gelanceerd werd voor de geriatrische oncologie. Hiervoor zijn vijftien projecten geselecteerd, die sinds 1 januari 2009 voor een periode van twee jaar gefinancierd zijn.

Het merendeel van die projecten is gericht op het gebruik en de analyse van instrumenten voor de inschatting van geriatrische kankerpatiënten op verschillende vlakken, zowel wat betreft de behandeling, de mentale en fysieke draagkracht, als het kunnen voorspellen van de reactie van de patiënt op de behandeling.

Een van de doelstellingen van deze projecten is bij te dragen aan het uitwerken van richtlijnen voor geriatrische oncologie. Er is een groeiend aantal publicaties in de wetenschappelijke literatuur over de behandeling van kanker bij de geriatrische patiënt. Overleg en samenwerking tussen de geriater en de oncoloog zijn hierbij van cruciaal belang. De aanpassing van de behandeling, volgens de leeftijd en de

klinische toestand van de patiënt, is afhankelijk van de opvang door de behandelende arts, die ondersteund en georiënteerd kan worden door het gebruik van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten voor de behandeling van de geriatrische patiënt.

Dat men een behandeling aanpast aan de situatie van de patiënt, is een courante klinische praktijk. De ontdekking van geneesmiddelen die gerichte biologische markers zijn en die vaak minder toxisch zijn dan de antikankerchemotherapieën is een belangrijk onderzoekswerk voor deze patiënten.

De preventie- en screeningprogramma's zijn een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Het doel van dergelijke programma's is het tijdig detecteren van de ziektes voor een goed gedefinieerde doelgroep, om een zo groot mogelijke preventie, in termen van gezondheid, mogelijk te maken. De leeftijd van de doelgroepen van de programma's verschilt naargelang de aard van het programma en is gebaseerd op internationale wetenschappelijke standaarden.

Het informeren van de bevolking over de symptomen van kanker is een belangrijk instrument in de preventie van de laattijdige diagnose van kanker. Dit is nog meer het geval bij de oudere patiënten waar de symptomen zich soms op een andere manier uiten dan bij een jongere populatie. Informatie van de bevolking en van verschillende specifieke doelgroepen is daarom een onderwerp dat zeker aan bod zal komen in de besprekingen die momenteel onder de leiding van het Kankercentrum plaatsvinden in het raam van de voorbereiding van het Nationaal Kankerplan 2011-2015.

05.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik begrijp dat er 15 projecten geselecteerd zijn. Vanaf 2011 zullen een aantal richtlijnen worden opgesteld met betrekking tot de behandeling, de diagnose en de preventie van kanker bij oudere mensen. Ik kijk dan ook uit naar het Nationaal Kankerplan 2011-2015.

De **voorzitter**: Het moet ook gezegd dat er in de groep van de zogenaamde ouderen nog een grote gradatie is tussen 60, 70 en 80 jaar.

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

06 Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het nieuwe statuut 'chronische zieken'" (nr. 19321)

06 Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nouveau statut de 'malades chroniques'" (n° 19321)

06.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mijnheer de voorzitter, ik stel de vraag naar aanleiding van een antwoord van de minister op een vorige mondelinge vraag in verband met de toepassing van de "MAF chronisch zieken" voor patiënten met dementie. Dat was vraag nr. 17492, die ik op 12 januari heb gesteld.

U hebt toen geantwoord, mevrouw de minister, dat een maatregel betreffende een statuut voor chronisch zieken in voorbereiding is, met als doel personen die aan een ernstige chronische ziekte leiden, te helpen het hoofd bieden aan hun uitgaven voor de gezondheidszorg. De personen die onder de voorwaarden van dat statuut zouden vallen, kunnen bepaalde voordelen genieten.

Het zou gaan om, ten eerste, alle personen die leiden aan een zeldzame ziekte of weesziekte en, ten tweede, alle personen die leiden aan een ongeneeslijke en degeneratieve chronische ziekte waarvoor de criteria door het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV zullen worden uitgewerkt. Uw dienst zou de finale versie van het statuut en de identificatiecriteria ontvangen eind januari 2010.

We zijn nu begin maart. Ik heb mijn vraag ongeveer twee weken geleden ingediend, ter opvolging van het antwoord van de minister, wetende dat we daarop nu een antwoord zouden moeten kunnen ontvangen. Hebt u het voorstel betreffende het nieuwe statuut voor chronisch zieken ontvangen?

Ten tweede, welke voordelen zouden chronisch zieken kunnen genieten?

Ten derde, vallen dementiepatiënten onder het nieuwe statuut?

Ten vierde, welke criteria worden gebruikt om dementiepatiënten te identificeren om opgenomen te worden in het statuut?

Ten vijfde, zo ja, welke kosten worden dan in aanmerking genomen voor de dementiepatiënten?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Il est encore un peu trop tôt, madame Van Broeckhoven. Fin janvier, j'ai effectivement reçu une proposition de l'INAMI relative au statut, mais ne portant pas encore sur ses conséquences. Ce sera dans un second temps. Comme nous l'avons dit, cela figurera dans le programme visant prioritairement les malades chroniques. Je pense aussi à l'accès pour les MAF malades chroniques, à l'application du tiers-payant ou encore au remboursement de médicaments qui ne sont en principe pas remboursés, etc.

Je vous mentirais en disant que cette proposition me convient parfaitement. Un très bon travail a été accompli, et j'en remercie tous les participants. La cellule stratégique est en train d'examiner toutes les propositions, et il est possible que nous nous réunissions en vue d'aménager celle-ci. Elle prend principalement en compte les factures payées par les patients, qui démontrent la chronicité de leur maladie. Au-delà de cet aspect, il me semble nécessaire, pour certaines pathologies, comme les maladies orphelines ou celles qui sont incurables et dégénératives, que la procédure soit automatique, quel que soit le montant de la facture. Mais nous devons encore négocier avec les mutuelles et les différents acteurs.

06.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mevrouw de minister, ik zal het dossier van zeer dichtbij volgen. Bij gelegenheid zal ik u dan vragen hoever wij met het statuut van de chronisch zieken staan. Ik heb nog geen antwoord gekregen op de vraag over de dementiepatiënten, die behoren tot de groep van de neurodegeneratieve zieken.

De **voorzitter**: Wordt ongetwijfeld vervolgd.

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

De **voorzitter**: We komen nu aan vraag nr. 19322 van mevrouw Van Broeckhoven.

06.04 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Ik heb aan de minister en het secretariaat laten weten dat ik die vraag over ouderen en armoede zou omzetten in een schriftelijke vraag, die door de staatssecretaris kan worden beantwoord.

De **voorzitter**: Vraag nr. 19322 van mevrouw Van Broeckhoven wordt bijgevolg omgezet in een schriftelijke vraag.

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de borstklinieken in België en de Europese minimumnorm" (nr. 19477)

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "borstkanker bij mannen" (nr. 19508)

07 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 "les cliniques du sein en Belgique et la norme minimale européenne" (n° 19477)

- Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le cancer du sein chez les hommes" (n° 19508)

07.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de resolutie van het Europees Parlement 2002/2279 die oplegt dat borstklinieken drie jaar na opening minimaal 150 nieuwe patiënten per jaar moeten behandelen. Indien wij deze regel toepassen op de huidige situatie in België, worden 21 borstklinieken bedreigd met sluiting. Dit is in de media uitvoerig ter sprake gebracht, onder meer door de wetenschappelijke en de beroepsvereniging van gynaecologen.

Uiteraard is het jammer dat een goed functionerende borstkliniek met sluiting bedreigd wordt. Dat is geen positieve zaak voor het vertrouwen dat opgebouwd is. Er gelden daar kwaliteitscriteria, die inmiddels altijd opgevolgd worden. Als zo'n kliniek om die reden wordt bedreigd, is dat niet goed, vooral niet omdat zo een fijnmazig laagdrempelig borstkliniekennetwerk onder druk wordt gezet. Het zou zelfs gehalveerd worden.

De resolutie van 15 juni 2005 over de implementatie en het normeren van de borstklinieken vraagt om de uitvoering van deze Europese resolutie van 2002, evenwel rekening houdend met – zoals in de resolutie staat – het huidige werkveld en de specifieke behoeften in een land, in casu in ons land.

In het algemeen wordt een resolutie van het Europees Parlement als “soft law” beschouwd. Wij kunnen dus van de inhoud afwijken.

Vandaar mevrouw de minister, mijn vragen. Ik bespaar u mijn geschreven inleiding, waarin ik verwezen heb naar de verschillende programma's, zowel binnen de Vlaamse Gemeenschap, die een bevolkingsonderzoek lanceerde, als binnen de Franstalige Gemeenschap, die een vernieuwd opsporingsprogramma heeft opgezet.

Voor het Integraal Verslag wil ik wel even zeggen dat alle inspanningen van de voorbije jaren ertoe geleid hebben dat er een grotere participatie is. Nog niet voldoende om de vooropgestelde reductie van 15 % te garanderen door een voldoende hoge participatie aan de bevolkingsonderzoeken, wat als doelstelling vooropgesteld was in de code voor kankerbestrijding. Volgens mijn informatie zouden er in Vlaanderen 26 borstklinieken zijn, 8 in Brussel en 12 in Wallonië.

Dat lijkt mij niet onnoemelijk veel, gelet op het aantal patiënten met borstkanker. Aansluitend bij de vraag van collega Van Broeckhoven van daarjuist is een van de grote vragen dat blijkbaar ook bijzonder veel oudere vrouwen na 69 jaar nog borstkanker krijgen. Het komt ook voor bij demente vrouwen waarnaar niet wordt omgekeken. Ook hierover moet het debat worden gevoerd want deze vrouwen hebben toch ook recht op een behandeling.

Mevrouw de minister, ik heb een aantal concrete vragen. Bent u bereid om af te wijken van die aanbeveling van 150 nieuwe patiënten per jaar, per borstkliniek? Wilt u met de Gemeenschappen in overleg treden om dat fijnmazige netwerk te waarborgen? Last but not least, zult u hierover overleg plegen met de gynaecologen, de oncologen en de andere zorgverstrekkers?

07.02 Maya Detiège (sp.a): Het is lang geleden dat ik op het gebied van borstklinieken met mevrouw Avontroodt van mening heb verschild. Het is af en toe goed om een andere invalshoek of opinie te horen.

Het gaat heel specifiek om borstkanker bij mannen. De collega naast mij, mevrouw Raemaekers, vroeg zich al af of dat bestond. Dat bestaat wel degelijk.

Ik stel mijn vraag naar aanleiding van een gesprek met een dokter die zelf aan borstkanker leed. Uit een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg komt een aantal cijfers naar boven. Nu blijkt dat het aantal sterfgevallen 8 % hoger ligt in ziekenhuizen die weinig operaties doen, en 3,8 % lager ligt in grote ziekenhuizen waar veel borstkankerpatiënten worden behandeld. Dat lijkt niet veel, maar als het om levens gaat is dat verschil enorm.

In ziekenhuizen waar men weinig patiënten behandelde, onderging 67 % van de vrouwen een mastectomie, een borstamputatie. In ziekenhuizen met veel patiënten was dat slechts 52 %. Daar gaven zij de voorkeur aan een lumpectomie, een borstsparende behandeling, mede door hun ervaring.

De voorwaarden voor de erkenning van borstklinieken, zoals voorzien in het koninklijk besluit van 26 april 2007, vormen daarom in mijn ogen een absolute noodzaak. Het is onaanvaardbaar dat patiënten sterven of slechter worden behandeld omdat artsen niet over de nodige ervaring beschikken. Ik weet dat zij er niet altijd aan kunnen doen, maar er zijn cijfers en feiten. Het koninklijk besluit moet goed worden uitgevoerd.

Een voorwaarde van het koninklijk besluit is dat artsen jaarlijks minstens 50 borstoperaties moeten uitvoeren. Uit hetzelfde rapport blijkt dat de helft van de artsen jaarlijks slechts 1 tot 5 operaties uitvoert. Dat is bijna niets. Daarom zeg ik dat de erkenning van de senologie als medische specialisatie nodig is voor een

optimale verzorging van die patiënt. Dat is ook zo in een aantal landen in Europa.

Ik zie mevrouw Avontroodt het hoofd schudden. Dat wist ik al op voorhand. Ik streef naar kwaliteit in de zorgsector in ons land.

Ons land telt jaarlijks honderd mannelijke borstkankerpatiënten, tegenover ongeveer 4 500 bij vrouwen. Dat is minder dan 1 % van onze bevolking, dat is bijna niets. In Europa zijn er elk jaar 320 000 nieuwe diagnoses van borstkanker bij mannen en vrouwen. Dat wil zeggen dat er jaarlijks in Europa 3000 mannen borstkanker krijgen.

Alle campagnes die bestaan, mikken alleen op vrouwen. Ik heb nog nooit geweten in de geschiedenis hier in België dat er over mannen werd gesproken, ook niet in brochures over borstkanker. Nooit wordt er gesproken over mannen. Het gevolg hiervan is dat zij zich niet onderzoeken op knobbeltjes of andere onregelmatigheden. Eczeem rond de tepel kan bijvoorbeeld wijzen op een vroeg stadium van de ziekte. Door onwetendheid komen heel veel mannen er vaak pas te laat of heel laat achter. De kanker is dan reeds in een ver stadium en vaak is dan een radicale ingreep bij mannelijke patiënten nodig, namelijk de amputatie van de borst.

Daarom heb ik een aantal vragen. Ik vraag meer aandacht voor borstkanker bij mannen in campagnes en in die informatieve brochures, dat de Gewesten en ook u, mevrouw de minister, in uw eigen beleid over kanker daaraan meer aandacht besteden.

Ik wil ook dat er een betere behandeling op medisch maar ook op psychisch gebied komt. Omdat borstkanker normaal alleen bij vrouwen voorkomt of toch vaker voorkomt bij vrouwen, voelen mannen zich vaker geïsoleerd en beschaamd als ze die aandoening hebben.

Daarom lijkt het mij nodig om een beperkt aantal borstklinieken aan te duiden waar men ervaring heeft met het ziektebeeld. Zo kunnen ook deze mannelijke patiënten een optimale behandeling genieten in ons land.

Ik heb nog een vraag waarop mevrouw Avontroodt reeds kort heeft geantwoord, maar ik wil toch een bevestiging van u als minister. Ik wil weten welke borstklinieken voldoen aan de gestelde voorwaarden die voorliggen en welke borstklinieken door uw ministerie erkend zijn. Hoe wordt de bevolking hiervan op de hoogte gebracht?

De **voorzitter**: Collega's, u kent mijn sympathie voor u beiden, maar ik moet toch van mijn gezag gebruikmaken om u erop te wijzen dat wij het liefst binnen de tijd blijven met de vraagstellingen.

Schijnbaar zijn het paradoxale vragen. De ene kant pleit voor vermindering van de kritische massa en de andere kant voor verhoging van de kritische massa. Het antwoord is aan u, mevrouw de minister.

07.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, c'est une question de grande actualité, et il y a un vif émoi vis-à-vis de l'avenir de ces cliniques. Vous connaissez la situation: des résolutions européennes ont retenu, dès 2002, la norme de 150 opérations par an pour un centre de prise en charge du cancer.

De normen waaraan het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moet voldoen, zijn vastgelegd in het KB van april 2007. De normen werden in overeenstemming met een advies van het College van Oncologie over de noodzaak van een gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker uitgewerkt op basis van de richtlijnen van Eusoma en van de European guidelines for quality insurance in breast cancer screening and diagnosis, gerealiseerd door Perry en in 2006 gepubliceerd door de Europese Gemeenschap.

De richtlijnen hebben betrekking op een minimaal activiteitsniveau, het voeren van multidisciplinair overleg, de expertise en de minimale medische en paramedische omkadering en de psychologische omkadering, de minimale infrastructuur en de werkingsnormen. Het minimale activiteitsniveau is in de richtlijnen voor de borstklinieken vastgelegd op 150 nieuwe borstkankerdiagnoses per jaar. In de richtlijnen wordt een aantal van dertig tot veertig borstklinieken aanbevolen voor tien miljoen inwoners. Het rapport van het kenniscentrum van juli 2009 over het volume van de chirurgische ingrepen en de impact daarvan op het resultaat, gebaseerd op de Belgische gegevens, brengt nieuwe elementen aan in het voordeel van de kwantitatieve normen, die hernomen zijn in het besluit van april 2007.

Vous savez qu'après une période transitoire, donc après le 1^{er} janvier 2010, nous en arrivons à un seuil d'activité minimale de 150 nouveaux diagnostics par an. L'arrêté de 2007 l'avait déjà programmé. Vous savez aussi qu'une exception y est prévue pour l'accessibilité géographique. Pour le moment, 46 cliniques du sein sont agréées par les Régions et les Communautés. À la fin mars, le Conseil spécialisé en la matière me communiquera les chiffres et l'évaluation. À partir de ce moment-là, nous pourrions dire quelles sont les cliniques qui sont conformes à l'arrêté et celles qui ne le sont pas et qui pourraient connaître des problèmes de survie. Mais, à l'heure où je vous parle, je ne dispose pas encore de ce rapport d'activité.

Pour le moment, je n'envisage pas de revoir les normes, car elles sont basées sur la qualité nécessaire dans les cliniques du sein et sur une expertise de l'équipe multidisciplinaire qui doit être à la hauteur du défi.

Cela étant dit, je ne voudrais pas que l'arrêté entraîne des effets pervers. Le Sénat m'a suggéré plusieurs pistes d'aménagement. Je verrai bien ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, mais sans jamais brader la qualité. On m'a ainsi demandé si des associations entre cliniques étaient possibles. Aucune piste n'est rejetée, mais un minimum d'activité sera nécessaire pour les professionnels, car nous ne pouvons pas brader la qualité. Il est donc un peu prématuré de vous répondre à ce sujet.

Je vais répondre à vos deuxième et troisième questions, madame Avontroodt.

Wat de tweede en derde vraag betreft, indien het na de analyse opportuun blijkt te zijn om hierover een denkoefening te organiseren, dan zal dat uiteraard gebeuren, samen met de Gewesten en de Gemeenschappen en met de zorgverstrekkers.

Wat de vierde vraag betreft, de lijst van de ziekenhuizen met een erkend gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker is toegankelijk voor het publiek en kan worden geraadpleegd op de website van de FOD Volksgezondheid.

Wat het probleem van de opvang van borstkanker bij mannen betreft, die pathologie is een zeldzame ziekte, met een specifieke opvang. In het kader van actie 13 van het nationaal kankerplan heeft het College voor Oncologie in januari een advies verleend betreffende de opvang van zeldzame tumoren. De FOD Volksgezondheid zal verder op het thema werken, met de verschillende partners, waaronder het Kankerregister, het RIZIV en het Kankercentrum, om de actiemogelijkheden te identificeren.

Il faudra peut-être revenir fin avril pour obtenir plus de détails sur vos deux questions.

07.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik herhaal en benadruk dat wij akkoord gaan met de kwaliteitsnormen en met het principe van de borstkliniek. Daarover gaat het precies, want het zijn er nu reeds 46, zoals u trouwens zelf ook zegt, en als we alleen kwantitatieve indicatoren moeten opnemen, moeten we naar 40 gaan. Dus dat wil zeggen dat er zuiver theoretisch 6 dicht moeten, terwijl die nu reeds ook beantwoorden aan de kwaliteitscriteria, zijnde multidisciplinair, een oncologische verpleegkundige, een psycholoog, enzovoort. Dat is heel goed, en dat werkt ook heel goed en ook heel vaak in associaties.

U maakt de naakte som. U zegt dat de norm 40 is voor 10 miljoen mensen, en dat betekent dat 6 van degene die nu reeds heel dat team hebben opgezet, met de psycholoog, de verpleegkundigen en de experts ter zake, weg moeten omdat ze niet aan een kwantitatieve norm geraken die, gelet op de demografische evolutie, mijns inziens niet zal leiden tot minder behandelingen, maar tot meer behandelingen, en bijgevolg tot meer geredde levens.

We zullen eind april in onze agenda aanduiden om hierop terug te komen. Expliciet is de vraag om het kind niet met het badwater weg te gooien. Waar men goed werkt, in dat nieuw programma met het multidisciplinair team, gooi dat niet weg omdat er daar och arme 149 nieuwe zijn. Dat is eigenlijk mijn vraag.

De **voorzitter**: Ik hoor de minister ook de piste van de associatie eventjes aanraken.

07.05 Maya Detiège (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik haal de vraag van mevrouw Avontroodt nog even letterlijk aan: "Na opening minimum 150 nieuwe patiënten per jaar moeten behandeld worden. Indien we deze regel toepassen in België worden 21 borstklinieken bedreigd met sluiting".

Ik ben zeer blij dat minister Onkelinx zegt dat de kwaliteit primeert, met andere woorden, voldoende operaties uitvoeren en voldoende nieuwe patiënten zien. Ik vind dat immens belangrijk gezien de cijfers die

aangehaald worden door het KCE, het kenniscentrum.

Wat ik wel wat spijtig vind, is dat u nu al niet kunt zeggen dat borstkanker bij mannen, zelfs al is het zeldzaam, iets meer in de aandacht moet komen. Het is toch heel eenvoudig om in een brochure rond borstkanker mannen aan te raden om eens naar hun tepel te kijken en voelen. Dat is toch maar iets heel klein dat ik vraag.

07.06 Yolande Avontroodt (Open Vld): (...)

07.07 Maya Detiège (sp.a): Dat is een deel ervan, mevrouw Avontroodt.

Ik vraag in het algemeen meer aandacht voor de psychische en fysieke verzorging van die patiënten ook in de borstkankerklinieken bijvoorbeeld.

Ik heb begrepen dat u ons eind april meer informatie zult bezorgen over de stappen die u zult zetten, mevrouw de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Magda Raemaekers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onderzoek naar het onverdoofd slachten van dieren" (nr. 19491)

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onverdoofd ritueel slachten" (nr. 19511)

- mevrouw **Hilde Vautmans** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onverdoofd ritueel slachten" (nr. 19637)

08 Questions jointes de

- Mme **Magda Raemaekers** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'enquête relative à l'abattage sans anesthésie d'animaux" (n° 19491)

- 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'abattage rituel sans anesthésie" (n° 19511)

- Mme **Hilde Vautmans** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'abattage rituel sans anesthésie" (n° 19637)

De **voorzitter**: Mevrouw Vautmans is afwezig.

08.01 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de vice-eerste minister, eind vorig jaar werden we opgeschrikt door de gruwelijke beelden over de wanpraktijken in onze Belgische slachthuizen, waar onverdoofd slachten schering en inslag zou zijn. Ik stelde u daarover op 8 december een vraag in de commissie. Ik wil ze nu opnieuw stellen, maar dan heel voorzichtig, omdat ik zeker geen hetze wil veroorzaken tegen sommige godsdiensten. Dat is zeker niet de bedoeling. Ik heb eerbied voor elke godsdienst.

Het is de bedoeling dat de slachthuizen een halt worden toegeroepen die onder het mom van ritueel slachten hun wrede handelingen van onverdoofd slachten ongestraft voortzetten. U antwoordde op 8 december dat onverdoofd slachten voor u een bijzonder aandachtspunt is. U gaf ook opdracht aan de Raad voor Dierenwelzijn om een advies op te maken over het onverdoofd slachten. U drong ook bij uw collega, minister Laruelle, aan op controles en u zou op basis van de resultaten hiervan een evaluatie opmaken. Die evaluatievergadering werd gepland in de maand januari. Ten slotte hoopte u op een consensus. Indien dat niet haalbaar was, zou u zelf uw verantwoordelijkheid nemen.

We zijn nu maart, mevrouw de vice-eerste minister. Daarom heb ik voor u de volgende vragen. Wat was het resultaat van de evaluatievergadering in januari? Werden de controles effectief uitgevoerd? Welke inbreuken werden vastgesteld? Welke conclusies kunt u daaruit trekken?

Ten tweede, hoever staat het met het advies van de Raad voor Dierenwelzijn? Ik heb op de website gezien

dat er in elk geval nog geen advies raadpleegbaar is. Wanneer mogen we dat advies verwachten?

Ten derde, indien er geen consensus mogelijk is, zou u uw verantwoordelijkheid nemen. Kunt u mij reeds een zicht geven op de mogelijke pistes die u wilt bewandelen? Welke concrete stappen kunt en wilt u zelf nemen?

Voorzitter: Yolande Avontroodt.

Présidente: Yolande Avontroodt.

08.02 Koen Bultinck (VB): Mevrouw de minister, ik denk dat de afschuw die wij allemaal hadden bij de beelden die enkele maanden geleden door GAIA werden vertoond, alle partijgrenzen oversteeg. In die zin wil onze fractie een opvolgingsvraag stellen, om eens te kijken waar we nu staan in het concrete dossier van onverdoofd ritueel slachten, waarover stilletjes aan over alle partijgrenzen heen een consensus aan het groeien is. Ik heb toch die indruk.

Ik zou van u twee zeer duidelijke antwoorden willen krijgen, mevrouw de minister.

Eerst wil ik u naar de stand van zaken vragen met betrekking tot het advies van de Raad voor Dierenwelzijn. Is dat advies er en wat is de inhoud ervan? Ik refereer aan uw vrij duidelijke houding van enkele maanden geleden, toen u zeer duidelijk zei dat u, vanuit uw eigen bevoegdheid voor dierenwelzijn, uw verantwoordelijkheid zou nemen als het advies te lang op zich liet wachten of als de zaak geen voortgang maakte. Welke initiatieven hebt u reeds als bevoegde minister genomen met betrekking tot de problematiek van het onverdoofd ritueel slachten?

Président: Luc Goutry.

Voorzitter: Luc Goutry.

08.03 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, tijdens de evaluatievergadering van 21 januari heeft het FAVV de resultaten van zijn controles in de slachthuizen voorgesteld. Deze resultaten gelden voor de periode van januari 2009 tot 26 november 2009.

Het globale resultaat van de controles met betrekking tot de bescherming en het welzijn van slachtdieren in het slachthuis voor 2009 luidt als volgt. In 2009 werden in de slachthuizen voor runderen, schapen en geiten 1 415 controles gerealiseerd. 30 hiervan, hetzij 2,1 % van de controles, ongeacht de slachtwijze, conventioneel of ritueel, werden door de inspecteurs ongunstig beoordeeld. Voor de controle wordt gebruikgemaakt van een checklist. De antwoorden op de specifieke items die verband houden met het slachten op zich, al of niet ritueel, van runderen, schapen en geiten zijn de volgende. In het algemeen wordt de dieren elk vermijdbaar lijden bespaard. Van de 1 401 gerealiseerde controles bleken er 7 ongunstig te zijn, zijnde 0,5 % van de controles. Het personeel is beroepsbekwaam en voldoende talrijk. Van de 1 401 gerealiseerde controles bleken er 8 ongunstig te zijn, zijnde 0,6 % van de controles. De installaties die de dieren in bedwang houden, worden onderhouden en zijn zodanig dat slachten zonder vermijdbaar lijden mogelijk is. Van de 1 399 gerealiseerde controles bleken er 5 ongunstig te zijn, zijnde 0,4 % van de controles.

Uit de resultaten blijkt dat er door de inspecteurs relatief weinig overtredingen in de slachthuizen vastgesteld worden. Het slachten van dieren zonder voorafgaande bedwelming gaat natuurlijk gepaard met een zeker onvermijdbaar lijden, ook als het conform de wetgeving gebeurt. Ik zal aan mijn collega Sabine Laruelle vragen dat het FAVV blijvend streng toeziet op de slachtingen die zonder bedwelming gebeuren. De voorzitter van de Raad voor Dierenwelzijn had op 1 februari ook een onderhoud met de gedelegeerd bestuurder van het FAVV, om de wijze waarop de controles op het dierenwelzijn uitgevoerd worden, te bespreken.

Depuis un certain temps, des travaux ont lieu au sein du Conseil du bien-être animal, chargé d'étudier la question de l'abattage rituel. Le problème concerne tant la communauté musulmane que la communauté juive (viande halal et viande casher). Nous discutons notamment avec les représentants de ces deux communautés. Une concertation a eu lieu pas plus tard que le 25 janvier dernier. J'attends l'avis du groupe de travail qui doit m'être soumis prochainement et j'espère pouvoir dévoiler, dans le courant de ce mois encore, les résultats de l'ensemble de la concertation réalisée au sein du Conseil du bien-être animal.

Au niveau européen, il existe aussi une volonté de concertation entre les parties concernées via un projet de la Commission européenne appelé DIALREL. Les conclusions finales de ces études et des discussions seront présentées les 15 et 16 mars à Istanbul. C'est important parce qu'au niveau européen, la situation des pays est extrêmement différente d'un endroit à un autre.

J'attendrai donc l'avis du Conseil du bien-être animal. Entre-temps, je demanderai à mes services d'évaluer les possibilités d'organiser une concertation, par exemple entre les représentants de l'Exécutif des musulmans et des musulmans d'un des pays qui acceptent l'étourdissement avant l'égorgement, en vue de pouvoir échanger leurs avis. Même si nous réglons la situation avec le groupe des musulmans, il nous faudra trouver une solution avec les groupes représentatifs de la communauté juive.

Je suppose que le mois prochain, nous disposerons de plus d'éléments en la matière.

08.04 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de minister, ik zie dat u volop bezig bent met het dossier. Ik besef ook dat een en ander niet in een paar maanden kan gebeuren. Ik verheug mij ook erop dat u met de andere godsdiensten overleg pleegt, zodat de maatregelen zonder veel ophef kunnen worden uitgevoerd. Ik vind toch dat het hoog tijd is dat er een wetgeving komt die dat onverdoofde slachten verbiedt. Het is onmiskenbaar dat slachtdieren heel veel pijn lijden en stress hebben. Het is in het voordeel van zowel de mens als het dier als ter zake een wetgeving kan worden ingevoerd die is aangepast aan elke godsdienst.

Ik zal hierover, als u mij dat toestaat, nog een vraag stellen begin of eind april om te kijken hoever men is geraakt met het overleg. Ik dank u toch voor het feit dat u er werk van maakt om het dossier tot een goed einde te brengen.

08.05 Koen Bultinck (VB): Mevrouw de minister, ten eerste stel ik uiteraard vast dat er nog altijd geen advies is van de Raad voor Dierenwelzijn. Binnen welk tijds kader kunnen wij het definitieve advies verwachten? Ik ben de eerste om te zeggen dat ik als parlementslid best wil overleggen met het middenveld en adviezen afwachten.

08.06 Minister Laurette Onkelinx: Ik heb geantwoord dat ik het advies nog deze maand verwacht.

08.07 Koen Bultinck (VB): Als wij de Raad voor Dierenwelzijn op die datum kunnen vastpinnen dan zal het ook niet meer aankomen op een maand meer of minder. Ik heb daar op zich geen probleem mee. Wij zullen mekaar opnieuw treffen met dezelfde vraag, mevrouw de minister.

Een tweede element van repliek heeft uiteraard te maken met het volgende. Er is niet alleen een probleem met de praktijken van onverdoofd ritueel slachten binnen de slachthuizen, maar ook buiten de slachthuizen. Ik denk dat wij minister Laruelle en het FAVV daarover toch eens moeten lastigvallen. Iedereen weet dat op bepaalde tijdstippen slachtvloeren worden ingericht en dat daarop toch ook wel eens wat meer controles moeten worden uitgevoerd.

Mevrouw de minister, er liggen in de Kamer een aantal wetsvoorstellen om de problematiek te regelen. Ik ben de eerste om op een constructieve manier oppositie te voeren. Het zal niet op een maand meer of minder aankomen voor het inwinnen van dat advies. Als echter blijkt dat het advies te lang uitblijft, meen ik dat wij onze parlementaire verantwoordelijkheid moeten nemen en in onze commissie dringend moeten overgaan tot de bespreking van de hangende wetsvoorstellen, al was het maar omdat wij het over de grond van de zaak met u eens zijn, namelijk dat dergelijke praktijken niet meer kunnen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 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 "le bon fonctionnement des monitorings dans les hôpitaux" (n° 19494)

09 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de goede werking van de monitoring in de ziekenhuizen" (nr. 19494)

09.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, le mardi

9 janvier 2010, vers 7 h du matin, Louise, âgée de dix mois, a perdu la vie à l'hôpital de Jolimont de La Louvière, alors que le monitoring auquel elle était reliée indiquait toujours des paramètres vitaux. La maman de Louise a constaté que sa petite fille ne vivait plus, alors qu'elle dormait à ses côtés et qu'elle n'avait été alertée par aucun signal. L'appareil auquel était relié l'enfant fonctionnait toujours, la saturation indiquant un rythme cardiaque oscillant entre 180 et 220.

Le CHU Jolimont-Lobbès, par la voix de son attachée de presse, a indiqué vouloir faire preuve de transparence et a décidé d'avoir recours au parquet de Mons. Ce dramatique accident n'est pas sans rappeler le décès d'un bébé prématuré à son domicile, en février 2008, dont la cause était, selon les parents, un monitoring défectueux, ce qu'avait alors démenti le CHU qui avait fourni l'appareil.

Madame la ministre, il n'est évidemment pas question que nous nous immiscions dans l'enquête en cours. Mes questions seront dès lors plutôt d'ordre technique. Des normes spécifiques sont-elles définies en matière de monitoring? Une liste d'appareils agréés existe-t-elle? Est-elle régulièrement mise à jour? Existe-t-il un organisme chargé de vérifier régulièrement ou ponctuellement ce type d'appareil? Si tel n'est pas le cas, comment le personnel médical peut-il être certain que l'appareillage fonctionne correctement? Lui dispense-t-on une formation suffisante en la matière?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Burgeon, les moniteurs de surveillance doivent être conformes aux normes d'application concernant notamment leur bon fonctionnement et leur sécurité d'emploi. Ces normes ont été établies au niveau international et sont disponibles auprès de l'Institut belge de Normalisation.

Au niveau des dispositifs médicaux, il n'existe pas de liste des dispositifs médicaux mis sur le marché. Il n'y a pas non plus d'agrément spécifique de ce type d'appareillage par la Santé publique. Par contre, pour pouvoir être mis sur le marché européen, un moniteur doit avoir été évalué par un organisme notifié dans le cadre de l'application de la directive européenne "Dispositifs médicaux". Lors de cette évaluation, l'organisme notifié vérifie le dossier technique du dispositif médical, contenant notamment une analyse de risque dans laquelle tous les dysfonctionnements éventuels doivent avoir été solutionnés d'une manière ou d'une autre ainsi que la notice fournie aux utilisateurs expliquant le fonctionnement, les éventuelles vérifications à faire permettant d'évaluer le bon fonctionnement, les dysfonctionnements éventuels et une description des alertes données par l'appareil.

Ces appareils sont soumis à un entretien régulier effectué par le fabricant. Le personnel médical dispose de la notice d'utilisation de ces appareils et les fabricants donnent en général une formation aux utilisateurs. L'hôpital, quant à lui, est obligé de donner la formation nécessaire à tout membre de son personnel amené à utiliser l'appareillage.

Enfin, en ce qui concerne l'horrible cas de la petite Louise, il me semble utile de vous préciser qu'il n'y a aujourd'hui aucune certitude, ni dans un sens ni dans l'autre, d'un éventuel dysfonctionnement du monitoring auquel était relié l'enfant. Pour apporter toute la clarté sur cette affaire, vous l'avez dit, l'hôpital a effectivement souhaité faire appel au parquet et l'appareil mis en cause a été saisi pour une enquête plus approfondie.

Je signale qu'à ce stade, l'incident n'a pas non plus été notifié auprès de la matéro-vigilance, à l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé.

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

Il semblerait que tous ces appareils soient vérifiés de façon très pointue. Malgré cela, il y a encore des accidents. Il faut les déplorer. Je ne connais pas les solutions. J'ai parlé de deux accidents; ce ne sont peut-être pas les seuls. C'est difficile de trouver une solution et c'est bien malheureux.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Geachte collega's, de minister kan tot 17 uur blijven. Ik zou vragen ons allemaal aan onze spreektijd te houden zodat we zoveel mogelijk vragen kunnen behandelen.

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 mogelijke misbruiken waarbij opvallend veel buitenlandse nierpatiënten zich laten opnemen voor dringende behandeling in onze ziekenhuizen" (nr. 19512)

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 "les abus par lesquels de nombreux patients néphrétiques étrangers seraient admis dans nos hôpitaux pour un traitement en urgence" (n° 19512)

10.01 Koen Bultinck (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil nog even terugkomen op het Radio 1-programma Stories van 10 februari 2010, waar een zeer merkwaardig verhaal werd gebracht over buitenlandse nierpatiënten die zich laten opnemen voor dringende behandeling in onze ziekenhuizen.

Mevrouw de minister, ik baseer mij daar voor een stuk op de verklaringen van de medische dienst bij de dienst Vreemdelingenzaken en van de persoon die tot december 2009 diensthoofd was van de spoedafdeling in het Sint-Jansziekenhuis van Brussel.

Om de situatie te schetsen, omdat uiteindelijk de radio-uitzending toch een tijdje geleden is uitgezonden, geef ik u twee belangrijke citaten van de betrokkenen, vooraleer ik tot mijn vragen kom.

Het is veel gemakkelijker om, als men in België toekomt, zich te laten inschrijven als asielaanvragende, om het even wie men is en om het even vanwaar men komt. Als men zich aanmeldt op het Commissariaat-generaal, kan men een asielaanvraag indienen. Zodra die is ingediend, gaat Fedasil de kosten op zich nemen. Dialyse is een heel kostelijke gebeurtenis. Zelfs al wordt die asielaanvraag na twee maanden, drie maanden, zes maanden, twee jaar geweigerd, Fedasil zal toch de kosten dragen gedurende de betrokken procedure.

Mevrouw de minister, ik geef u een tweede citaat uit de betrokken Radio 1-uitzending. Dan ziet men ineens een explosie van mensen met nierinsufficiëntie, van mensen met nierfalen. Men vraagt zich dan toch af of daar iets achter zit. Uiteindelijk komt de betrokken expert vermoedelijk tot de vaststelling dat in een of andere vorm er een soort reclame wordt gemaakt voor een soort van medisch toerisme.

Mevrouw de minister, u zult het ongetwijfeld met mij eens zijn dat wij binnen de sector van de ziekteverzekering en van de sociale zekerheid bij uitbreiding totaal geen overschot aan middelen hebben, vandaar deze invalshoek als bezorgdheid.

Hebt u inderdaad gegevens of beschikt u over aanwijzingen dat in deze toch een zekere praktijk van medisch toerisme bestaat?

Zo ja, welke maatregelen hebt u daartegen reeds genomen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Bultinck, in functie van de weinige informatieve elementen in het opschrift van uw vraag werd er een opzoeking gedaan op basis van de laatste gegevens van de minimale klinische gegevens, namelijk die van het jaar 2007.

De MKG bevatten twee variabelen die het mogelijk maken om buitenlandse patiënten of patiënten die in het buitenland verblijven te identificeren. Enerzijds is er het land waar de patiënt gedomicilieerd is. Anderzijds is er een nationaliteitsindicator. De MKG bevatten ook de diagnoses van de patiënten die in de ziekenhuizen verblijven.

Er zijn 3 540 339 ziekenhuisverblijven geregistreerd, waarvan 38 517, dus 1,09 %, betrekking hebben op niet-Belgische patiënten die in het buitenland wonen.

40.791 ziekenhuisverblijven hebben betrekking op patiënten die opgenomen worden door de spoeddiensten voor nierpathologieën. Daaronder hebben 292, dus 0,72 %, van de nierpathologieën betrekking op niet-Belgische patiënten die niet in België wonen.

Zoals u kunt vaststellen ligt dit percentage niet hoger dan dat voor alle pathologieën samen voor de buitenlanders die niet in België wonen. Op basis van deze elementen lijkt het aangehaalde fenomeen niet van significant belang te zijn.

10.03 Koen Bultinck (VB): Mevrouw de minister, ik stel uiteraard vast dat u het verhaal aan de hand van statistische gegevens deels tracht te minimaliseren. Ik had uiteraard van u niets anders verwacht. Ik zal u de exhaustieve tekst van de betrokken uitzending van Radio 1 bezorgen. Ik zal hier ongetwijfeld op terugkomen.

De feitegegevens waarover wij beschikken zijn geen gegevens waar wij zelf voor gezorgd hebben, het zijn gegevens van een toch niet onbelangrijk iemand. Het gaat hier over de medische expert van de Dienst Vreemdelingenzaken zelf. Hij heeft dit aangekaart en in de openbaarheid gebracht. Ik denk dus dat ik een betrouwbare bron heb om u met deze zaak te confronteren. Ik zal dus te gelegener tijd met dit dossier bij u terugkomen.

De **voorzitter**: Het is inderdaad juist dat uw vraagstelling zeer beperkt was en het derhalve misschien moeilijk was voor de minister om op al uw vragen nu al te antwoorden.

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

11 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement de l'EpiPen" (n° 19559)

11 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van EpiPen" (nr. 19559)

11.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, madame la ministre, ma question porte sur l'éventuel remboursement de l'adrénaline auto-injectable. J'ai personnellement été surpris par un cas que j'ai rencontré: une personne souffrant d'allergies extrêmement graves, s'est vu proposer par un médecin spécialiste en allergologie d'avoir toujours sur elle de l'adrénaline auto-injectable, commercialisée sous le nom d'EpiPen.

Les allergies sont en augmentation régulière ces dernières années: piqûres d'insectes (guêpes, hyménoptères) et les allergies alimentaires sont de plus en plus fréquentes. Une personne qui mange un certain type de fruits ou de légumes peut déclencher un choc anaphylactique, un urticaire géant, une crise d'asthme aiguë, un œdème facial et de la gorge, mettant ses jours réellement en danger. Si le traitement n'est pas effectué immédiatement, l'évolution peut être fatale.

J'ai été surpris d'apprendre que ce traitement n'était pas remboursé. Il coûte 53 euros et doit souvent être remplacé, car la date de péremption est relativement courte. Très heureusement, il n'est pas utilisé, mais il doit être remplacé. Ce cas concerne un à trois patients sur 100 000. Cette dépense ne me paraît pas excessive, alors que des médicaments dont on pourrait se passer sont parfois remboursés. Or, ce remboursement s'avère absolument indispensable et n'est pas effectif. C'est de cette anomalie de notre système de remboursement que découle ma question.

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Bacquelaine, effectivement, ce médicament n'est pas remboursé. Afin qu'il le soit, la firme qui commercialise la spécialité pharmaceutique doit, elle-même, effectuer la démarche d'introduire un dossier de demande de remboursement auprès du secrétariat de la Commission de remboursement des spécialités pharmaceutiques pour en obtenir le remboursement. Or, à ce jour, le secrétariat de la CRM n'a pas enregistré de demande de remboursement de la firme ALK-Abello qui possède l'autorisation de mise sur le marché du médicament EpiPen.

À titre d'information, je mentionne que trois spécialités pharmaceutiques sont disponibles en Belgique pour les traitements en urgence du choc anaphylactique d'une réaction allergique grave.

Vous avez effectivement l'EpiPen en ampoules préfabriquées avec une seringue auto-injectable en intramusculaire, l'adrénaline HCl-Sterop et l'adrénaline Denolin. De ces trois-là, l'adrénaline Denolin qui contient le tartrate d'adrénaline est le seul qui soit remboursable et ce, en tant que préparation magistrale.

11.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, il faut évidemment qu'ils soient auto-injectables. Sinon, cela ne sert à rien. Or selon moi, les deux derniers que vous avez cités ne le sont pas. Ils se présentent sous forme d'ampoule et nécessitent une manipulation (prendre une seringue, une aiguille,

casser l'ampoule, etc.). Quand quelqu'un est en choc anaphylactique, c'est évidemment difficile.

Je comprends que formellement, il faille une demande de la société qui commercialise le produit. Mais il me semble que dans un cas tel que celui là, où il ne peut y avoir des abus – personne ne va s'amuser à s'auto-injecter de l'adrénaline pour son plaisir -, je pense que la Commission de remboursement pourrait ne pas attendre une demande de remboursement de la firme. Selon moi, ce mode de fonctionnement de la CRM devrait être revu.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je voudrais ajouter deux petites choses.

Je rencontre souvent le problème, notamment pour les maladies orphelines. Mais là, il y a des milliers de médicaments. À chaque fois, des problèmes se posent car la firme ne demande pas le remboursement.

Par ailleurs, pour essayer de résoudre cette problématique, n'oubliez pas qu'il y a le Fonds social qui permet d'intervenir en fonction des dossiers pour soutenir le patient confronté à une telle situation.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gunstige effect van foliumzuur" (nr. 19666)

12 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 "l'effet salulaire de l'acide folique" (n° 19666)

12.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, het neuraalbuisdefect ontstaat door een fout in de embryonale ontwikkeling van het centraal zenuwstelsel. Dit treedt meestal op tussen de derde en de zesde zwangerschapsweek. Het gevolg daarvan is in 90 % van de gevallen een open en in 10 % een gesloten neuraalbuisdefect. De incidentie van neuraalbuisdefect bedraagt in Europa 1 op 1 000 geboortes. Voor een bepaalde welomschreven risicogroep is dat wel tien keer meer maar uit die risicogroep komt maar 5 % van de neuraalbuisdefecten voort. 95 % komt voor bij kinderen van een moeder die niet tot deze risicogroep behoort.

Het is wetenschappelijk bewezen dat de inname van voldoende foliumzuur voor de aanvang van de zwangerschap het voorkomen van dit defect kan verminderen. Momenteel stelt men voor dat toekomstige moeders 0,4 mg foliumzuur per dag zouden moeten innemen. Als dit systematisch kan gebeuren, zou dat tot een reductie met 45 % van de neuraalbuisdefecten kunnen leiden. Op een natuurlijke manier nemen de meeste moeders niet voldoende foliumzuur op. In Nederland is de inname bij jonge vrouwen ongeveer 0,25 mg per dag. Een vierde van de jonge vrouwen neemt slechts 0,1 mg foliumzuur per dag in op een natuurlijke manier. Het is dus van groot belang dat vrouwen met een kinderwens, in de vruchtbare leeftijd een supplement foliumzuur innemen vanaf het ogenblik waarop ze stoppen met de anticonceptie. Dat is van vier weken voor de zwangerschap tot minimaal acht weken na het begin van de zwangerschap.

Vlaams minister van Welzijn en Volksgezondheid, Jo Vandeuren, wil met zijn collega van Onderwijs Pascal Smet onderzoeken of informatie over foliumzuur opgenomen kan worden in de seksuele voorlichting op school en zet ook in op een actieve sensibilisering via de eerstelijnsgezondheidszorg. Het aanvoeren van voedingssupplementen en het verrijken van voeding met foliumzuur zoals dat in de Verenigde Staten gebeurt zijn echter federale bevoegdheden. Minister Vandeuren zou erop toezien dat het federaal niveau het dossier opvolgt.

Vandaar mijn vragen. Bent u al gecontacteerd door Vlaams minister Vandeuren in verband met dit dossier? Zo ja, wat waren de concrete afspraken?

Ten tweede, overweegt u eventueel om foliumzuur als voedingssupplement aan sommige voedingsstoffen toe te voegen?

Ten derde, overweegt u andere maatregelen?

Ten vierde, welke studies werden er in dit verband uitgevoerd of geraadpleegd? Worden er eventueel nog

studies in dit verband gepland?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ten eerste, neen, de federale overheid heeft over foliumzuur geen vragen ontvangen van Vlaams minister Vandeuren.

Ten tweede, professor Greet Vansant, lid van de Hoge Gezondheidsraad, volgt de wetenschappelijke discussies op als lid van de ESCO-Werkgroep, die is opgericht als een samenwerkingsverband tussen een aantal staten en het EFSA. De voorlopige bevindingen van deze werkgroep ijveren niet voor een verplichte verrijking. Er zijn namelijk enkele onzekerheden en ongewenste neveneffecten. Een verplichte verrijking van voedingsmiddelen met foliumzuur impliceert onder andere dat de inname van foliumzuur afhankelijk is van de voedingsgewoonten. Personen die veel brood en verrijkte pasta eten zullen dan een verhoogde inname van foliumzuur hebben. Bepaalde subgroepen van de bevolking, zoals kinderen en jongeren, die grote hoeveelheden brood eten kunnen dan een inname hebben die de maximale aanbevolen dosis overschrijdt.

Een aantal neveneffecten van een te hoge inname van foliumzuur staat nog ter discussie. Zo zijn er het mogelijk maskeren van de symptomen van een vitamine B12-deficiëntie, een verhoogde kans op tweelingen, en een verhoogde kans op bepaalde kankers.

Daarnaast zou er onder meer een verband gelegd worden tussen een hoge inname van foliumzuur en colorectale, prostaat- en borstkanker. Andere recente studies wijzen dan weer op bepaalde voordelen van extra foliumzuur, zoals een vermindering van de kans op hart- en vaatziekten en van het risico kinderen ter wereld te brengen met spina bifida.

Deze resultaten moeten nog grondig geanalyseerd worden alvorens de verrijking van bloem met foliumzuur te verplichten. Bovendien is in het licht van eengemaakte Europese markt een gemeenschappelijke aanpak van deze problematiek wenselijk. Ik zal mijn administratie vragen nu al het dossier voor te leggen aan de Europese instanties die hiervoor bevoegd zijn.

Wat uw derde en vierde vraag betreft, de FOD Volksgezondheid heeft in het raam van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan acties opgezet met het oog op de vermindering van deficiënties aan micronutriënten bij specifieke kwetsbare doelgroepen als zwangere vrouwen, vrouwen die borstvoeding geven, jonge kinderen en ouderen. In dit verband wordt dit jaar een brochure gedrukt met specifieke aandacht voor een voldoende inname van jodium, folaten en ijzer, voor en tijdens de zwangerschap.

Het belang van folaat, de extra inname van foliumzuur, kwam ook al aan bod in de specifieke voedingsgids nr. 1, gericht op de leeftijdsgroep van 0 tot 3 jaar.

Nog steeds in het raam van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan werd begin 2010 een studie gelanceerd om de status van foliumzuur bij zwangere vrouwen op basis van bloedstalen te bepalen. Er zijn namelijk geen representatieve nationale innamegegevens beschikbaar. De resultaten worden verwacht midden 2011.

12.03 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord en voor uw interesse. Het is wel zo dat de wetenschappelijke studie een intoxicatie van foliumzuur betwistte. Bij gewone voeding, ook al is het gezonde voeding, krijgt men gewoonlijk niet voldoende foliumzuur. Individuele toediening bij vrouwen met een kinderwens is inderdaad wel aangewezen. Vermits die preventieve bevoegdheden versnipperd zijn, zou het goed zijn mocht het Vlaamse en federale niveau daarover eens met elkaar van gedachten wisselen. We zullen die boodschap overbrengen aan minister Vandeuren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de studie van het Kenniscentrum inzake nierdialyse" (nr. 19601)**

13 **Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'étude du Centre d'expertise sur la dialyse rénale" (n° 19601)**

13.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, er is een interessante studie geweest van het Kenniscentrum met betrekking tot de toepassing en de kost van de verschillende types nierdialyse. Hemodialyse kan gebeuren in het ziekenhuis, in een satellietcentrum en thuis. In het eerste geval worden alle handelingen verricht door professionelen. In het tweede geval voert de patiënt een aantal handelingen zelf uit en in het derde geval voert hij alles zelf uit. Peritoneale dialyse, een andere vorm, gebeurt ook volledig door de patiënt.

Het onderzoek toont aan dat de ziekenhuisdialyse de meest gebruikte procedure blijft. Het is ook de duurste vorm voor de ziekteverzekering omdat zij het beste wordt vergoed ten opzichte van ziekenhuizen en artsen. 66 % van het aantal dialyses gebeurt in het ziekenhuis, 24 % gebeurt in satellietcentra, 10 % gebeurt thuis en 1 % gebeurt peritoneaal. Het Kenniscentrum zou willen dat de patiënt beter wordt geïnformeerd. De keuze van het type nierdialyse is immers bepalend voor de kwaliteit van het leven en de mogelijkheid op een professioneel leven voor de betrokkene. Het centrum stelt dat de financiering van de dialyse beter zou gebeuren op basis van de reële kosten en dat ook de wijze waarop nefrologen worden vergoed beter zou worden herzien.

Mevrouw de minister, onnodig u te zeggen dat dialysepatiënten terecht met de beste zorgen worden omringd. Nierinsufficiëntie is een zeer invaliderende aangelegenheid die inderdaad grote consequenties heeft op het sociaal, professioneel en familiaal leven. Zult u tegemoetkomen aan de vraag van het Kenniscentrum om betere informatie te verschaffen aan de patiënten waardoor zij een gefundeerde keuze voor een bepaald type nierdialyse kunnen maken?

Wat is uw standpunt betreffende de mogelijkheid om de financiering van de verschillende types dialyse te herzien? Zult u hierop ingaan? Zo ja, hoe? Hebt u daarop enig zicht?

13.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, een antwoord geven op de vraag hoe de patiënt zal worden geïnformeerd over de mogelijke vormen van dialyse en hoe er dan een gefundeerde keuze kan worden gemaakt, is relatief complex. Laat mij toe om in dit kader eerst te verwijzen naar het recente bestaan van de zorgtrajecten voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie, waarbij zowel de specialist-nefroloog of internist als de huisarts samenwerken, onder meer om een totale nierinsufficiëntie te voorkomen of uit te stellen en bijgevolg dus ook een behandeling via hemodialyse.

De keuze voor een behandeling hangt in de praktijk af van medische factoren, vooral co-morbiditeit bij oudere patiënten, maar ook van socio-economische factoren als de bereikbaarheid van een dialysevorm zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt, het feit of een patiënt nog een professionele activiteit uitoefent, of de patiënt alleenstaand is en of de patiënt nog voldoende autonomie heeft. Financiële aspecten kunnen natuurlijk ook een rol spelen.

Ik acht het wenselijk dat het college voor nefrologie, opgericht binnen de FOD Volksgezondheid, een initiatief neemt om richtlijnen over de keuze van dialysemodaliteit en timing van dialyse uit te werken. Momenteel zit de financiering van de dialyseactiviteiten verspreid over verschillende organen, namelijk de technisch-geneeskundige raad voor de honoraria van de nefrologen en de overeenkomstencommissie met de ziekenhuizen voor dialyseforfait.

Recent werd in de overeenkomstencommissie met de ziekenhuizen afgesproken dat er op 17 maart eerstkomend een uiteenzetting zal gegeven worden door het KCE, waarbij de studie kan besproken worden. Daarbij zullen de organisaties van nefrologen en de artsensyndicaten worden betrokken.

Het behoort dan aan de diverse organen om de nodige initiatieven te nemen om te komen tot een nieuw voorstel van financiering van de dialyse. Een vraag in die zin werd al verscheidene jaren geleden gesteld aan de algemene raad van het RIZIV. Daarbij moet erover worden gewaakt dat de patiënt de meest aangewezen vorm van dialyse kan krijgen, rekening houdend met de hiervoor aangehaalde criteria en de financiële factor mag in geen geval bepalend zijn.

13.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik denk dat zulks de bedoeling was van de studie van het Kenniscentrum, omdat men al een aantal jaren een advies had gevraagd en men er eigenlijk niet uit geraakte. Het was te versnipperd inzake financiering en dergelijke. Ik denk dat er eerst een juiste analyse op het terrein moet gebeuren.

Wat uw antwoord betreft, ben ik blij dat er een vervolg aan wordt gegeven en zeker dat aan het college van nefrologen een initiatief wordt gevraagd.

Mevrouw de minister, de zorgtrajecten zijn er precies gekomen om dialyse in de beste gevallen te vermijden. Dat doet daaraan niets af. Het initiatief is aanvullend.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de wervingscampagne van het RIZIV" (nr. 19602)

14 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la campagne de recrutement de l'INAMI" (n° 19602)

14.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik zit nu al elf jaar in het Parlement en weet van tijdens de paarse regering dat wij alles doen om jonge mensen te motiveren om toch nog voor het mooie beroep van huisarts te kiezen. Zelf geef ik opleiding aan studenten, zowel van de Rijksuniversiteit Gent als de VUB. Ik heb nu weer vijf weken een student uit Blankenberge, mijnheer Goutry, dus ik heb mijn ervaring met uw taaltje wel kunnen gebruiken. Dit allemaal om die mensen te motiveren om voor dit beroep, dat nu al een knelpuntberoep is, te kiezen.

Tot mijn grote verbijstering zat er bij het openmaken van mijn post een mooie folder in een nagemaakt doktersvaliesje. Daar stond in dat het Riziv op zoek was naar nieuwe medewerkers, meer bepaald zorgverleners-artsen. Daar stond bij: geef je carrière een nieuwe injectie. Men speelt op de gevoelige snaar: een goed evenwicht tussen werk en privé-leven, glijdende werkuren in een 38-urenweek – stel u voor, wat een luxe voor een huisarts – een gunstige verlofregeling mét recuperatieverlof, mevrouw de minister, vakantie tussen Kerst en Nieuwjaar, een aantrekkelijk salaris en bovendien nog een stopzettingsvergoeding voor het beëindigen van de medische praktijk.

14.02 Minister Laurette Onkelinx: (...)

14.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, helemaal niet. Ik was met dat hondenweer van zondag heel de dag van wacht.

Een dag later werkte ik de hele dag in de praktijk. Het klinkt dus aantrekkelijk.

In de afgelopen jaren hebben wij Impulseo I en II ontwikkeld. Wij werken aan Impulseo III om voldoende huisartsen te vinden die het beroep nog willen uitoefenen.

U kunt daar weinig tegenover stellen. U kunt niet zeggen dat men slechts 38 uur per week zal moeten werken of niet tussen Kerst en Nieuwjaar. Dat is mogelijk. Wij hebben een wachtdienst waar collega's tussen Kerst en Nieuwjaar vrij nemen omwille van vakanties en opvang van kinderen. De rest van de artsen vangt dat wel op.

Punt is waar het RIZIV als beleidsorgaan mee bezig is? Ik weet dat zij een tekort hebben aan artsen. U kunt ze toch niet weghalen uit een beroep dat ook al met een tekort kampt. Ik ben akkoord dat zij aan jonge mensen, die net hun opleiding hebben voltooid, vragen om te kiezen voor een toekomst bij het RIZIV. Sommigen stappen daar na jaren in. De heer De Ridder is daar het beste voorbeeld van. Hij heeft jaren als huisarts gefunctioneerd en daarna is hij heel enthousiast bij het RIZIV aan de slag gegaan. Er zijn dus mensen geïnteresseerd.

Ik heb niets tegen mensen die bij het RIZIV gaan werken. Vraag is of er daarom bij ons moet worden gerekruteerd? Wij zitten al in nauwe schoentjes om onze wachtdiensten te garanderen en al het andere werk gedaan te krijgen. U zag het tijdens de recente griep epidemie. Mevrouw de minister, die extra uren heeft het leven van enkele huisartsen verkort. En dan kwam die folder. Ik was helemaal van mijn melk.

Mijn vragen zijn de volgende. Onderschrijft u deze wervingscampagne? Wat heeft ze gekost?

Bent u als minister nog geïnteresseerd in het aantrekkelijker maken van het beroep voor huisartsen of wilt u ze allemaal naar het RIZIV jagen om daar te gaan helpen?

De **voorzitter**: Het RIZIV zoekt natuurlijk de beste artsen.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je vais vous prendre au mot: comme je suis intéressée à voir plus de médecins généralistes, vous m'aidez à assouplir les normes sur les quotas. En effet, on ne peut pas tenir les deux discours en même temps. Je ferme la parenthèse.

L'INAMI a besoin de collaborateurs de qualité: il est donc normal qu'il en cherche, notamment par le biais de médecins généralistes qui, par essence, sont de grande qualité.

Het RIZIV heeft in samenwerking met Selor een wervingscampagne gevoerd in het kader van de uitvoering van het personeelsplan 2009, goedgekeurd door het beheerscomité van 20 april 2009 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad in mei 2009.

Het RIZIV heeft momenteel meerdere vacatures openstaan. Deze noden zijn ontstaan door de vrij grote vergrijzinggraad van het personeelsbestand van het RIZIV en in het bijzonder van de geneesheren.

Teneinde de bekendmaking van deze vacatures efficiënt en dynamisch aan te pakken, werd geopteerd voor een grote wervingscampagne via Selor. De wervingscampagne werd door Selor gefinancierd. De totale kosten van de wervingscampagne voor 16 artsen bedraagt 37 026,76 euro. Deze kosten zijn te vergelijken met de kosten van een volledige pagina in een jobkrant zoals Vacature of Références. Wij kozen echter voor een andere aanpak en maakten onder andere een film en een gerichte mailing voor artsen en wij publiceerden in zeer specifieke vaktijdschriften.

De regering heeft, via het afsluiten van beheersovereenkomsten, aan de openbare instellingen van sociale zekerheid een grotere beheersautonomie gegeven alsook een grotere flexibiliteit inzake de rekrutering en de selectie van het personeel.

Ten vierde, beide campagnes zijn niet tegenstrijdig maar hebben een andere finaliteit. Terwijl het programma Impulseo campagne voert om artsen te mobiliseren om huisarts te worden, voert het RIZIV campagne om artsen aan te trekken die de maatschappelijke rol van het RIZIV in de zorgverlening willen opnemen. De functie van huisarts en de functies die het RIZIV invult zijn totaal verschillend op het vlak van inhoud, waardoor wellicht ook verschillende publieksgroepen worden aangetrokken door de ene of de andere functie. Het feit dat de verschillende jobs in de praktijk ook via een verschillend statuut worden ingevuld, is niet nieuw, de steeds krappere arbeidsmarkt is dat wel.

Het RIZIV profileert zich in deze context als aantrekkelijke werkgever, door uiteraard die troeven uit te spelen die de organisatie voorhanden heeft. Hierbij wordt ook duidelijk gesteld wat de nadelen zijn, zoals het verbod op cumul met een eigen praktijk. Het is precies door het duidelijk stellen van het arbeidsstatuut dat kandidaten op de arbeidsmarkt met kennis van zaken die job kunnen kiezen die hun het beste evenwicht biedt.

14.05 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik heb alle begrip voor het tekort aan artsen bij het RIZIV, maar ik denk dat die 37 000 euro beter besteed had kunnen worden. U zegt dat de campagnes aanvullend zijn. De tekst is duidelijk, mevrouw de minister. Het is echt gericht naar huisartsen. Het zijn precies die zaken die de huisartsen zouden willen verbeteren in hun statuut — de analyse is dus juist — die aangepakt worden. Ik zou voor die 37 000 euro een andere bestemming gekozen hebben.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 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 "le suivi de l'étude internationale relative aux effets cancérogènes des rayons ultraviolets" (n° 19619)

- Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le dépassement des normes UV par un banc solaire sur sept" (n° 19911)

- 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 normes pour les centres de bronzage" (n° 19998)

15 **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 opvolging van de internationale studie over de kankerverwekkende effecten van ultraviolette stralen" (nr. 19619)

- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de overtreding door één op zeven zonnebanken van de UV-normen" (nr. 19911)

- mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de normering van zonnebankcentra" (nr. 19998)

15.01 **Xavier Baeselen** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je reviens de la commission de l'Économie où j'ai adressé la même question à M. Magnette sur le contrôle des bancs solaires. Il avait annoncé une campagne de contrôle intensive entre novembre et février. J'ignore si vous êtes en possession des chiffres mais cette campagne s'est achevée le 28 février avec des chiffres effarants sur les infractions constatées. Pour les contrôles dans des instituts de beauté ou des centres de fitness, c'est-à-dire des centres non spécialisés dans l'utilisation des bancs solaires, on note en moyenne 40 % d'infractions à toutes les dispositions prévues par l'arrêté royal, que ce soit en matière de conseil par rapport au type de bronzage en fonction de la peau, en matière de temps à respecter entre deux expositions au banc solaire.

Encore plus étonnant, dans les centres professionnels, dont le métier est de mettre les bancs solaires à la disposition du public, le nombre d'infractions est encore plus élevé: 42 % d'infractions pour des dépassements de normes d'exposition, 62 % pour l'absence de conseil quant au bronzage adéquat en fonction du type de peau. Selon le ministre, 174 contrôles ont été effectués qui ont donné lieu à 115 procès-verbaux et quatre cas transférés au parquet. C'est dire si les infractions sont légion dans le secteur. Malheureusement, depuis les questions orales que nous avons posées précédemment, la situation n'a fait qu'empirer.

En septembre dernier, vous répondiez à une question portant sur les conclusions du groupe de travail International Agency for Research on Cancer qui a fait passer la classification des bancs solaires du niveau 2A (potentiellement cancérogène) au niveau A1 (cancérogène) et vous m'indiquiez qu'en concertation avec M. Magnette, vous comptiez prendre des initiatives pour tenir compte de ce changement de classification ainsi que des mesures beaucoup plus sévères que celles prévues dans l'arrêté royal du 20 juin 2002.

Ma question est simple. Au regard des contrôles qui donnent lieu au constat de très nombreuses infractions et au regard de cette étude internationale, avez-vous tiré des conclusions sur une révision des normes prévues par l'arrêté royal du 20 juin 2002?

15.02 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uit een onderzoek dat de Europese Commissie liet uitvoeren tussen september 2008 en september 2009, blijkt dat 1 op 7 zonnebanken niet voldoet aan de regels voor uv-straling. Het onderzoek werd uitgevoerd in 10 Europese lidstaten. In het rapport staat ook dat er vaak onvoldoende wordt gewaarschuwd voor de gevaren die het gebruik van zonnebanken met zich kan brengen. Bovendien wordt de bepaling dat jongeren onder de 18 niet onder een zonnebank mogen, niet altijd nageleefd. Volgens de Europese Commissie moeten de gebruikers zich meer bewust worden van de risico's van zonnebanken. Blijkbaar is niet iedereen voldoende op de hoogte van het gevaar van een overmatig gebruik van de zonnebank. Nochtans staat vast dat er een link is met huidkanker.

De bevoegde eurocommissaris roept de autoriteiten in de lidstaten op er beter op toe te zien dat de voorschriften voor zonnebanken worden gerespecteerd. Het koninklijk besluit houdende voorwaarden betreffende de exploitatie van zonnecentra is nochtans duidelijk. In elk zonnebankcentrum dient een tekst uit te hangen die de gebruiker waarschuwt voor de mogelijke gevaren van de zonnebank. Uit een eerder onderzoek van Test-Aankoop bleek dat die bepaling in vele gevallen niet wordt nageleefd.

Daarom zou ik van u een antwoord op volgende vragen willen krijgen, mevrouw de minister.

Kent u de resultaten van het onderzoek van de Europese Commissie? Zo ja, wat zijn de resultaten in ons land?

Welke initiatieven zult u nemen om de gebruikers beter te informeren over de gevaren en risico's van overmatig zonnebankgebruik?

15.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chers collègues, M. Baeselen vient de confirmer la compétence du ministre Magnette en la matière. Des contrôles sont effectués. Les chiffres que vous avez cités démontrent non seulement qu'ils sont effectués mais aussi qu'ils sont particulièrement nécessaires.

Au niveau de la Santé publique, il me revient de déterminer si les normes de l'arrêté de décembre 2000 doivent être revues ou non. Le reste relève du ministre Magnette. Dans ce cadre, j'ai décidé de saisir le Conseil supérieur de la Santé pour voir si, oui ou non, sa position de décembre 2000 est maintenue ou pas. C'est une première initiative.

Je voudrais également proposer que mon administration participe aux réunions de la commission pour la Sécurité des consommateurs consacrée à la problématique des bancs solaires. De fait, si les deux compétences sont exercées non pas de manière concurrente mais parallèle, ce n'est pas optimal. Je souhaiterais, au contraire, croiser les compétences.

Il me revient aussi de faire des campagnes d'information. Ainsi, une campagne de sensibilisation intitulée "Soleil malin" rappelle les précautions à prendre en matière d'exposition au soleil et d'utilisation de bancs solaires. Ceux-ci sont à utiliser avec modération. Ils apportent une protection encore plus faible que celle développée lors de l'exposition au soleil et n'apportent aucune protection contre les UVA.

Je suis préoccupée par les résultats de l'enquête de contrôle du ministre Magnette. En règle générale, j'estime que l'utilisation des bancs solaires est beaucoup trop développée dans un pays comme le nôtre, notamment auprès de très jeunes gens qui veulent ressembler aux belles et beaux bronzés des images de mode. Le soleil belge ne leur offre malheureusement pas la possibilité de l'être naturellement. Il faudra revoir le type de campagne pour éviter ce recours massif aux centres de bronzage.

Le **président**: Le printemps arrive!

15.04 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, c'est aussi à cette période-ci que le recours aux bancs solaires est le plus important. Il est inquiétant de constater, au vu des résultats de la dernière enquête, que ce sont dans les centres spécialisés que les infractions sont les plus nombreuses.

Vous avez raison de dire qu'il s'agit d'une compétence de M. Magnette. Lui-même a annoncé vouloir poursuivre la concertation et la collaboration avec votre département pour mieux prévenir ces effets.

En ce qui concerne l'arrêté royal de 2000, à première vue, il me semble que le droit positif belge est déjà assez complet en la matière. Les réglementations et les obligations qui incombent aux exploitants de bancs solaires sont nombreuses. Le problème est véritablement l'application sur le terrain. Il faudra probablement renforcer les contrôles mais aussi les sanctions. Les obligations me semblent relativement bien définies dans l'arrêté royal mais il faudrait réfléchir à un volet relatif aux sanctions. À partir du moment où une infraction a été constatée et qu'elle n'est pas suivie d'effets à la suite du contrôle qui a été effectué, une mesure de sanction s'impose qui peut aller jusqu'à l'interdiction pure et simple de l'exploitation des bancs solaires.

15.05 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Baeselen, je n'écarte pas cette piste car il faut être vigilant en matière de santé.

15.06 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, ik begrijp dat deze bevoegdheid versnipperd is tussen de heer Magnette en uzelf. Ik heb een paar weken geleden trouwens ook een vraag gesteld aan minister Magnette. Ik neem er akte van dat u als minister van Volksgezondheid ook uw verantwoordelijkheid zult opnemen en advies zult inwinnen wij de hoge raad. Ik vind het ook heel positief dat u gaat samen zitten met minister Magnette.

Ik zou u willen vragen om nog meer te sensibiliseren en vooral akte te nemen van het feit dat de onbemande zonnecentra veel moeilijker te controleren zijn en dat de inbreuken daar veel talrijker zijn. Zoals collega Baeselen ben ook ik van mening dat er veel meer sancties moeten komen. Ik zou ervoor willen pleiten om zware sancties in te voeren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le transsexualisme et les affections psychiatriques" (n° 19665)

16 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "transseksualiteit en psychiatrische aandoeningen" (nr. 19665)

16.01 **Zoé Genot** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, nous avons déjà eu l'occasion de parler du rapport entre transsexualisme et santé à l'occasion de la discussion sur le remboursement de certains traitements. Je souhaitais y revenir à travers l'étiquetage de cette question.

Le transsexualisme vient d'être supprimé de la liste des maladies mentales en France. Cela me paraît un signal important. En effet, un décret du ministère français de la Santé publique au *Journal officiel* du 10 février dernier supprime les troubles précoces de l'identité de genre de la liste des affections psychiatriques. D'après les journaux *Le Monde* et *Libération*, la France est le premier pays à prendre cette décision.

Madame la ministre, j'aimerais savoir quelle est la situation à cet égard dans notre pays. Le transsexualisme est-il repris dans la liste des affections psychiatriques? Si oui, un retrait est-il envisageable? Quelle serait la procédure à suivre? Quelles seraient les conséquences de cet éventuel retrait sur la prise en charge des frais médicaux par l'INAMI?

Par ailleurs, le Centre pour l'Égalité des chances vient de réaliser un excellent travail sur toutes ces questions de transgenre. Ne conviendrait-il pas d'organiser un groupe de travail avec les auteurs de cette étude?

16.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je pense que vous avez raison.

Seule la classification ICD9CM, qui relève de l'Organisation mondiale de la Santé, considère le transsexualisme comme un trouble mental, sous le code 32.50 "Sexual and Gender Identity Disorders - Transsexualism".

Cette classification est utilisée dans les hôpitaux belges, notamment pour remplir le résumé clinique minimum. J'ai demandé au service Data Management du SPF Santé publique d'examiner le nombre de fois que ce code est enregistré comme diagnostic principal. Je vais recevoir l'information, sur la base de laquelle j'aimerais intervenir auprès de l'OMS pour éliminer de la classification ce code, qu'il me semble fort stigmatisant de conserver dans un contexte psychiatrique. En effet, il ne s'agit que d'un problème purement phénotypique.

Inversement, vous devez savoir que les services psychiatriques des hôpitaux généraux IHP et MSP utilisent seulement la classification psychiatrique DSM pour le résumé psychiatrique minimum. Or elle ne comprend pas de code spécifique pour le transsexualisme.

Puisque l'INAMI ne recourt pas à des listes d'affections psychiatriques, le retrait du transsexualisme de la liste des maladies mentales n'entraînerait pas de conséquences sur la prise en charge des frais médicaux. Actuellement, l'assurance maladie obligatoire prend en charge autant le coût des traitements hormonaux que les frais médicaux découlant des opérations de conversion sexuelle.

Je vais aussi voir ce qu'il se passe en France. En tout cas, je suis tout à fait d'accord d'aller dans le sens de la décision qui a été prise.

16.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse, qui dénote une envie d'avancer dans cette direction sur le plan national mais aussi supranational, via l'OMS. Il importe que nous progressions aussi en termes symboliques.

En tout cas, je vous recommande la lecture de l'étude réalisée par le Centre pour l'Égalité des chances, car elle montre que des difficultés se posent encore en termes de remboursement. Quand ces personnes se trouvent dans une situation intermédiaire, elles perdent leur travail, de sorte que leur situation économique est particulièrement précaire. Beaucoup d'entre elles tombent, malheureusement, dans la prostitution, qui est la seule possibilité d'affronter les frais médicaux et psychiatriques qui leur sont demandés. Il me semble donc important de travailler sur cette question avec les principales personnes concernées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 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 "un substitut à l'alcool" (n° 19753)

17 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een vervangmiddel voor alcohol" (nr. 19753)

17.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, il ne se passe pas un jour qui ne nous amène son lot de découvertes. Certaines sont des avancées incontestables en matière de technologie ou de soins par exemple. D'autres tentent d'apporter des réponses alternatives à des problèmes de société. Certaines enfin poursuivent plusieurs buts convergents. Ainsi, une équipe de chercheurs britanniques a mis au point un substitut de l'alcool provoquant le même sentiment de bien-être, mais sans mener à l'ivresse et aisément neutralisable par l'absorption d'une pilule. Cette découverte réalisée à partir de molécules proches du Valium a les mêmes effets sur les parties du cerveau amenant un sentiment de bien-être et de relaxation mais est sans effet sur les parties du cerveau conduisant à l'alcoolisme.

À l'instar du professeur à l'origine de la découverte, ce pourrait être une révolution en matière de santé publique, révolution qui pourrait être très proche dans le temps. Toutefois au préalable, il faut se garantir de l'absence de danger quant à l'utilisation de ce nouveau produit miracle. En libérant les personnes qui ont une addiction à l'alcool, il peut en effet être très avantageusement utilisé comme substitut et permettre une diminution de l'alcoolisme et de ses terribles conséquences en matière de santé publique et de sécurité routière. La première question est de savoir s'il n'y a pas d'effets secondaires préjudiciables égaux, sinon plus, au produit auquel il est censé se substituer. Il faut aussi s'assurer qu'il n'est pas vecteur de pratiques addictives lui aussi, pratiques auxquelles il faudrait dès lors apporter après des solutions et des réponses.

Aussi, madame la ministre, j'aimerais savoir quelles informations vous avez concernant ce nouveau produit – je ne vous demande pas si vous l'avez testé – tant sur ses modalités d'action que sur ses effets secondaires potentiels. Et, si les informations sont encore lacunaires en la matière, quand ce substitut à l'alcool sera susceptible, s'il est commercialisé, d'être utilisé à des fins thérapeutiques en toute sécurité? En la matière, comment dès lors sera-t-il commercialisé? Sera-ce un produit de consommation courante ou sa prise sera-t-elle conditionnée à un protocole de soins?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre: Effectivement ces derniers mois, les possibilités apportées par le substitut à l'alcool auquel vous faites référence ont fait l'objet de plusieurs articles de presse. Il s'agit de recherche. Il n'est pas encore question de parler de produit commercialisable à ce stade. Au vu de la nature de ce produit, analogue au Diazepam, il est presque certain qu'il sera à l'avenir considéré comme un médicament et il sera même probablement mis dans la liste des substances psychotropes. L'antidote mentionné devra également être classé comme médicament. Ce produit fera également, comme tous les médicaments, l'objet de vérifications de qualité, de sécurité et d'efficacité.

Par ailleurs, ce produit est d'une nature très particulière car, d'une part, il s'agit d'un médicament à caractère addictif, et, d'autre part, il pourrait être utile dans le combat contre les effets néfastes de l'alcool. Il m'est impossible de dire à ce jour quel sera le cadre légal dans lequel ce genre de produit pourrait apparaître sur le marché puisque les risques et avantages ne sont pas encore clairement établis.

Or ces deux facteurs devront être soigneusement pesés du point de vue de l'utilisation du produit lui-même

mais aussi des effets positifs qu'il pourrait avoir sur les effets néfastes de l'alcool.

Je crois qu'il y a lieu d'être très prudent eu égard au caractère addictif de ce nouveau produit.

Une concertation au niveau européen sera nécessaire pour ne pas avoir de divergences sur le statut légal de ce produit. En effet, au vu de son caractère particulier, des divergences entraîneraient sans conteste des risques de trafic illégal.

17.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

Primo, je voulais vous sensibiliser. Je vois que cela est fait.

Secundo, je voulais faire en sorte d'éviter la situation paradoxale du Viagra en vente libre en Espagne mais pas ailleurs ou celle des boissons énergétiques qui n'étaient pas en vente libre en France et qui maintenant le sont, comme en Belgique. Il faut avoir une coordination européenne en la matière pour éviter ce que vous avez dénoncé à juste titre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verslag van het Rekenhof omtrent de wetenschappelijke ondersteuning van het federaal gezondheidsbeleid" (nr. 19814)

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het rapport van het Rekenhof met betrekking tot de wetenschappelijke ondersteuning van het federale gezondheidsbeleid" (nr. 19825)

- mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het onsamenhangende gezondheidsbeleid" (nr. 19978)

- de heer Jacques Otlet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verslag van het Rekenhof over gezondheidsbeleid" (nr. 20021)

18 Questions jointes de

- 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 "le rapport de la Cour des comptes relatif au soutien scientifique de la politique fédérale en matière de santé" (n° 19814)

- 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 rapport de la Cour des comptes relatif au soutien scientifique de la politique fédérale en matière de santé" (n° 19825)

- Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les incohérences de la politique de santé" (n° 19978)

- M. Jacques Otlet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport de la Cour des comptes sur la politique de santé" (n° 20021)

18.01 Martine De Maght (LDD): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, in haar rapport brengt het Rekenhof vijf beleidsondersteunende onderzoeksinstanties in kaart, namelijk het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de FOD Sociale Zekerheid, het Kenniscentrum Gezondheidszorg en het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid.

In dat verslag werden een aantal conclusies getrokken. Een van die conclusies is dat er meer en beter onderzoek is dan algemeen gedacht maar dat de organisatie daarvan zo ondermaats is dat van al dat schitterende onderzoek weinig terechtkomt. Vaak komt het niet eens terecht waar het moet zijn. Het wordt verprutst omdat er geen visie en geen strategie is die de onderzoeken stuurt. De FOD Volksgezondheid kon tot nu toe haar rol als coördinator niet waarmaken.

Een andere conclusie is dat veel richtlijnen worden opgesteld, maar in vergelijking met andere landen worden ze in België nog relatief weinig toegepast. Het Rekenhof verwijst naar de hadrontherapie, een in

België ontwikkelde technologie voor de behandeling van sommige kankers. Het Kenniscentrum berekende dat die therapie slechts verantwoord is als ze een paar honderd keer per jaar in België wordt toegepast. De conclusie is dat het niet zinvol is om in België een centrum uit te bouwen waar hadrontherapie wordt toegepast. Het centrum zal er waarschijnlijk toch komen wat jammer is, rekening houdend met de financiële middelen die daarvoor worden uitgetrokken.

De vijf onderzochte beleidsinstanties doen niet alleen objectief studiewerk om het beleid te onderbouwen waarbij ze dus het algemeen belang in het oog moeten houden, maar tegelijk zijn ze overlegorganen waarin dezelfde personen de belangen van hun groep verdedigen. Volgens het Rekenhof moeten die functies gescheiden zijn. Bovendien is er geen overlegplatform voor strategische afstemming tussen de verschillende kennisinstellingen.

In uw antwoord op dit rapport dat aan het rapport werd toegevoegd, verklaart u zich grotendeels aan te sluiten bij de conclusies en aanbevelingen van het Rekenhof. U zult een actieplan met verbeterprojecten opstellen om de werking van de verschillende diensten te optimaliseren. Toch had ik nog een aantal vragen, mevrouw de minister.

Tegen welke datum zal dit actieplan klaar zijn? Hoe zal dit actieplan inhoudelijk zijn opgevat? Wat is het kostenplaatje dat de vijf hierboven genoemde beleidsinstanties gedurende de laatste vijf jaar hebben besteed aan ondersteunend wetenschappelijk onderzoek voor het federaal gezondheidsbeleid? Zal men in de toekomst meer rekening houden met de adviezen van de gevraagde onderzoeksprojecten? Met andere woorden, hoe zal men erover waken dat elke dure uitgevoerde studie een meerwaarde oplevert voor het federaal gezondheidsbeleid en niet zomaar in de prullenmand terechtkomt, wat niet de bedoeling is?

18.02 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het Rekenhof is een zeer lovenswaardige instelling. Hun conclusies verrassen mij toch.

Men heeft de wetenschappelijke ondersteuning van het federale onderzoeksbeleid onder de loep genomen. Het is duidelijk dat er voldoende belangstelling is geweest voor de wetenschappelijke kennis van het gezondheidsbeleid als ondersteuning, maar het is inderdaad te versnipperd en te weinig doelmatig.

Die fundamentele opmerkingen hebben te maken met een gebrek aan expliciete visie op een strategie voor wetenschappelijk onderzoek. Het is harde kritiek van een overheidsinstelling. Zoals elke kritiek kan ze enkel aanleiding geven tot verbetering.

Er is geen langetermijnvisie, geen proactiviteit op de komende uitdagingen en geen noemenswaardige aansturing van het systeem. Die versnippering slaat niet alleen op het onderzoek, maar ook op de vele instellingen. Daar heeft mevrouw De Maght al op gewezen. Er is ook onvoldoende samenwerking binnen ons land. Dat is te betreuren. Als wij op Europees niveau proberen om synergieën te laten ontstaan om meer resultaten te bereiken, is het natuurlijk evident dat wij ook op nationaal niveau werk maken van synergieën, vooral als het om federale instellingen gaat.

De nagel waarop wij altijd hameren is de toegankelijkheid van de data en de resultaten van het onderzoek, die uiteraard een sleutelfactor zijn in het meer resultaatgericht werken.

Uw reactie was nogal summier. U zei dat er recent maatregelen waren genomen en dat projecten door een jury worden geselecteerd.

Wat is de zeer concrete reactie van de minister over het ontbreken van een langetermijnvisie, het gebrek aan aansturing, het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende instellingen en het gebrek aan transparantie?

Ik citeer enkel wat er in het rapport van het Rekenhof staat. Dat zijn niet mijn bewoordingen.

Ten tweede is er het onvoldoende beschikbaar zijn van de data. De toegankelijkheid van de data is uiteraard een historisch probleem. Zullen ter zake op korte termijn acties kunnen ondernomen worden?

Ten derde is er de vaststelling dat er onvoldoende aandacht besteed wordt aan kwaliteit, bruikbaarheid van onderzoek. De onafhankelijkheid van onderzoekers heb ik pijnlijk genoemd, ik vind het zelf pijnlijk omdat dit een onderwerp is dat wij reeds vaak hier hebben aangesneden.

Mevrouw de minister, wellicht de oplossing, zult u ter zake richtlijnen formuleren hoe wij hieraan kunnen verhelpen?

Mijnheer de voorzitter, ik besef dat dit een vraag is die een heel debat verantwoord. Misschien kan dat aan de hand van het antwoord van de minister.

De **voorzitter**: Wij zijn een beetje gevat door de reglementaire bepalingen omtrent actuele vragen, die een beetje beperkt zijn in tijd. Ik anticipeer op hetgeen u op het laatste hebt gezegd.

18.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het is een debat waar de minister heel open kan zijn. Misschien moet dat op langere termijn gepland worden.

18.04 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de vice-eersteminister, het gezondheidsbeleid van de federale regering wordt volgens het Rekenhof niet altijd samenhangend ondersteund door de wetenschap. Dat blijkt uit een studie van het Rekenhof zelf, na onderzoek bij de vijf belangrijkste federale kenniscentra met betrekking tot gezondheid: de FOD, het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg, de hoge gezondheidsraad, het wetenschappelijk instituut voor volksgezondheid en het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekeringen.

De wetenschappelijke kennis in ons land is te versnipperd over een groot aantal organisaties, die advies leveren zonder veel overleg en coördinatie. Wetenschappelijk onderzoek wordt terecht als belangrijk geacht, maar er werd geen strategie ontwikkeld voor het verwerven en het gebruiken van de opgedane kennis.

Het Rekenhof stelt ook vast dat de gegevens die de basis vormen voor degelijk onderzoek niet altijd tijdig beschikbaar zijn. De reden waarom bepaalde thema's worden onderzocht blijven vaak onduidelijk en voornamelijk bij uitbestedingprocedures is het beheer van de projecten onvoldoende strikt.

Het Rekenhof stelt letterlijk: "Bij gebrek aan een overlegforum loopt de samenwerking tussen de 5 onderzochte instellingen grotendeels per project. Dat kan er toe leiden dat onderzoeken onvoldoende op elkaar aansluiten." Zo stelt het Hof.

Naar aanleiding van deze vaststellingen heb ik volgende vragen voor u, mevrouw de vice-eersteminister.

Ten eerste, had u deze resultaten verwacht? Was u zelf ook al tot deze vaststellingen gekomen? Of brengt het Rekenhof nieuwe feiten aan het licht?

Ten tweede, op welke manier kan u de samenhang wel tot stand brengen?

Ten derde, hebt u hiervoor reeds initiatieven genomen of bent u zinnens die te nemen?

Ten laatste, is er al overleg geweest met de 5 betrokken onderzoekinstanties naar aanleiding van deze studie van het Rekenhof?

18.05 Jacques Otlet (MR): Madame la ministre, pour la Cour des comptes, l'acquisition de connaissances scientifiques relatives à la politique de santé fédérale est morcelée entre un trop grand nombre de structures qui, si elles veillent à rendre des avis de qualité, mènent leurs missions sans grande coordination. "Les ministres successifs ont attaché de l'importance à la recherche scientifique sans développer pour autant une stratégie d'acquisition et d'utilisation des connaissances. Il existe un grand nombre d'organisations et de conseils qui rédigent des rapports et avis scientifiques, mais leurs missions et activités ne sont ni circonscrites, ni coordonnées", souligne la Cour.

Le rapport épingle également que les données nécessaires pour réaliser des études de qualité ne sont pas toujours disponibles en temps voulu, la sélection des thèmes n'est pas toujours transparente et n'explique pas pourquoi certains sont étudiés et d'autres pas, la gestion des projets n'est pas toujours suffisamment rigoureuse, notamment en cas de sous-traitance, etc. Ce rapport est particulièrement critique et ne peut pas rester sans suite.

La répartition des moyens budgétaires affectés à la santé doit s'appuyer sur des plans à moyen et long terme axés sur les patients et les pathologies. Ces plans ne peuvent être efficaces que s'ils sont sous-

tendus par un appui scientifique rigoureux et coordonné avec des objectifs mesurables et quantifiables.

Madame la ministre, quelles sont les dispositions que vous comptez prendre ou nous proposer pour renforcer l'efficacité et la coordination de cet appui scientifique indispensable à la politique de santé dont nous avons la charge?

18.06 Laurette Onkelinx, ministre: Chers collègues, ces questions sont évidemment très importantes. Le domaine de la santé est vaste. Le morcellement des connaissances y afférentes est un fait. L'histoire et l'évolution de notre pays sont complexes.

La responsabilité politique étant nécessaire à chaque instant, je m'attendais à ce qu'une instance telle la Cour des comptes, en prenant le recul nécessaire, fournisse aux responsables publics une observation pertinente et minutieuse. Cet audit versé dans le domaine public s'avère un outil précieux pour fédérer les forces vives versées dans les études et la recherche.

Depuis ma prise de fonctions, j'ai veillé aux besoins de cohésion; le Plan cancer en est un exemple. L'intégration transversale des compétences est à accepter par tous les protagonistes et je me suis donné la mission de les en convaincre.

Par anticipation sur les observations publiées par la Cour des comptes, j'ai pris les mesures suivantes: l'instauration début 2009 d'un service au sein de l'administration Santé du SPF Santé publique chargé de la coordination des activités à caractère scientifique (études, recherche, etc.). Dans l'année écoulée, ce service a constitué un inventaire des projets menés au sein du SPF: un total de 320 projets y sont répertoriés à ce jour et depuis 2008. Pendant l'année 2010, le programme de ce service comporte la mise en ligne de l'inventaire et la publication des résultats disponibles. L'étape suivante consiste en une standardisation méthodologique des études, leur sélection, leur suivi, leur évaluation. Un processus de concertation a déjà eu lieu en 2009. la coordination des sujets d'études et recherches sera renforcée cette année par une procédure thématique entre les différents services concernés du SPF Santé publique et leurs homologues au sein des institutions scientifiques. Elle portera déjà ses fruits lors de la présidence belge de l'Union européenne pour les sujets qui relèvent de ma compétence et qui y seront débattus.

Comme je vous le disais, c'est un travail dynamique et permanent dont l'objectif est précisément de développer une vision globale pour l'élaboration des programmes 2011 et suivants. Gardons à l'esprit que chaque institution exerce ses missions conformément à la réglementation qui l'a créée. L'ambition qui me tient à cœur de faire converger et rendre complémentaires les activités propres à chacune d'elles, que ce soit le KCE, l'INAMI, l'Institut de Santé publique, le SPF Santé à travers le BMF. C'est un travail de longue haleine en raison de réglementations différentes, d'une autonomie. Je ne vise pas seulement la synergie dans les programmes; il convient de vérifier qu'une méthodologie incluant les préoccupations de qualité dans la gestion des projets soit appliquée dans tous les cas.

Enfin, une plus grande transparence sera possible dès le moment où la méthodologie que j'ai exposée sera d'application au SPF.

Ten vierde, u moet noteren dat de problematiek van de langetermijnvisie – daarmee bedoel ik de maatschappelijke uitdagingen in verband met de gezondheidszorg en de volksgezondheid – in acht genomen wordt door rekening te houden met het niveau van onze betrokkenheid bij de werkzaamheden van de instanties die belast zijn met de duurzame ontwikkeling, het wetenschapsbeleid en de Europese Commissie. Zo zijn er onder meer de vergrijzing van de bevolking, de vermindering van de ongelijkheid van de volkeren inzake volksgezondheid, de problemen inzake geestelijke gezondheid, obesitas, kanker, zeldzame ziekten, ziekten die weer opduiken, enzovoort.

Ten vijfde, de traagheid waarmee de geregistreerde gegevens inzake de gezondheidszorg ter beschikking komen, is grotendeels te wijten aan de verplichtingen voor de bescherming van het privéleven. Ik zal de Technische Cel FOD Volksgezondheid-RIZIV echter vragen de modaliteiten te bestuderen voor een sneller antwoord op de vragen van de vorsers, voor zover de evolutie van de onderzoekswerkzaamheden erdoor versneld kan worden en bijgevolg de resultaten sneller ter beschikking zouden zijn.

Ten zesde, de integriteit en de neutraliteit van de leden van de administratie die belast zijn met de studieprojecten is thans al één van mijn eisen. De onafhankelijkheid van de onderzoekers of van de wetenschappelijke experts geeft bij iedereen en overal aanleiding tot vragen. Het is een illusie te menen dat

men experts kan vinden die niet op een of ander moment rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken partij waren in hun domein. Hier beoog ik de transparantie van de belangenconflicten, zoals dat het geval is in de wetenschappelijke publicaties. Deze houding is al ingevoerd in de werkingregels van bepaalde instellingen. Ik zal erover waken dat dit ook systematisch gebeurt in de organen die onder mijn gezag staan.

Ten zevende, ik hou een tabel met de cijfergegevens die beschikbaar zijn in verband met de bedragen die toegekend zijn aan de wetenschappelijke ondersteuning voor het gezondheidsbeleid, ter beschikking van de leden die daarin geïnteresseerd zijn. Ik geef een kopie aan het secretariaat van de commissie.

Ten achtste, een methodologische benadering van de projecten – selectie, opvolging, en evaluatie van de resultaten – zal het aangepaste karakter van de studieopties moeten bevatten. Hun haalbaarheid en de mogelijke implementatie van de resultaten maken deel uit van mijn actieplan.

De projectbeheerders van de instellingen moeten hun conclusies meedelen met betrekking tot de meerwaarde voor het algemeen belang van het project en de draagwijdte van het gebruik ervan, zodat het proces van de beleidsbeslissingen duidelijker wordt.

18.07 Martine De Maght (LDD): Mijnheer de voorzitter, een van mijn vragen ging inderdaad over de budgettaire repercussie van de totaliteit van het wetenschappelijke onderzoek. In uw schrijven hebt u immers ook aangegeven dat niet alleen deze vijf onderzoeksinstanties worden gefinancierd, maar dat er ook onderzoek gebeurt via de ziekenhuizen. Ik ben in blijde verwachting van het document dat de minister ter beschikking zal stellen.

Ik kan uit het antwoord wel degelijk begrijpen dat het u ook zeer na aan het hart ligt en dat u ook wenst dat dit op een correcte manier wordt ingevuld. Ik kan alleen maar vaststellen dat er inderdaad nog een zeer lange weg is af te leggen vooraleer er kan worden afgestemd. Er zal door de vijf beleidsondersteunende onderzoeksinstanties een expliciete visie worden voorgesteld. Wanneer die visie er is, zullen zij ook op een correcte manier samenwerken.

Ik wacht de cijfers af. Mijnheer de voorzitter, als die cijfers beschikbaar zijn, zal ik nogmaals een vraag stellen als u mij dit toestaat.

18.08 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ik dank de minister uiteraard voor de goede intenties en de langetermijnvisie die zij uit de doeken heeft gedaan. Het zou toch wel nuttig zijn, mevrouw de minister, om te weten hoe die cel binnen de FOD Volksgezondheid, die de coördinatie voor haar rekening moet nemen, zich verhoudt ten aanzien van de FOD Wetenschapsbeleid.

Zoals jullie al dan niet weten, ben ik voorzitter van het adviescomité Wetenschap en Technologie. Wij zijn nu bezig met een voorstel tot onderzoek via de FOD Wetenschapsbeleid. De experts van het Kenniscentrum komen ons in het dossier van de gepersonaliseerde geneeskunde ondersteunen. Voor mij is het nieuw dat er binnen de FOD Volksgezondheid iemand is die werd aangesteld voor de opvolging van wetenschappelijke studies en wetenschappelijk onderzoek.

Mijnheer de voorzitter, ik heb nog een aanvullende vraag, maar dit kan misschien later nog eens aan bod komen. Hoe verhoudt zich dit ten aanzien van de FOD Wetenschapsbeleid? Zijn die betrokken cellen dan ook met elkaar in gesprek?

18.09 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de vice-eerste minister, ik begrijp dat de resultaten van het Rekenhof heel pijnlijk zijn, dat het u heel na aan het hart ligt en dat u er alles zult aan doen opdat het op de kortst mogelijke termijn in goede banen geleid zou worden, vooral wat betreft de toekomstige samenwerking en het op elkaar afstemmen.

Er is inderdaad nog heel veel werk aan de winkel is. Ik kan mij aansluiten bij wat mijn andere collega's gezegd hebben, maar ik weet dat u er alles zult aan doen om dit op te lossen, liefst op de kortst mogelijke termijn. Ik dank u daarvoor.

18.10 Jacques Otlet (MR): Monsieur le président, j'ai suivi attentivement la réponse de Mme la ministre qui réagit positivement à ce que la Cour des comptes dénonce et au relais que nous sommes aujourd'hui, en disant qu'elle prendra le dossier en main et réagira. C'est parfait et nous serons attentifs à ce qui va se

passer dans les mois à venir à ce sujet.

J'aurais peut-être voulu encore ajouter un mot relatif à la proposition de Mme la ministre qui dit qu'elle mettra en place une cellule de coordination au sein du SPF. Mais, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays, ne pourrait-on installer une autorité scientifique indépendante, qui aurait pour but de promouvoir les bonnes pratiques, de coordonner les études, de conseiller les autorités en matière de choix des études à réaliser? Ne pourrait-on pas imaginer d'avoir une institution qui soit indépendante et reconnue par ses qualités scientifiques particulières pour coordonner et organiser cet appui scientifique indispensable?

18.11 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je ne placerais pas la charrue avant les bœufs. Il est vrai que ce ne sont pas seulement d'intentions dont j'ai fait part, car nous avons commencé dès 2009. Le service au sein du SPF Santé, comme je le disais, a été créé au début de 2009; une activité est déjà en route: nous travaillons vraiment pour aboutir à ce que je vous ai dit, et ce, dès 2011.

Quant au travail avec les institutions de recherche scientifique – je dois l'avoir dit trop vite –, un processus de concertation a déjà eu lieu en 2009. Cette année, il sera renforcé justement en mettant ensemble une procédure thématique qui liera les experts au sein du SPF Santé publique, notamment cette cellule dont question plus haut, et leurs homologues au sein des institutions scientifiques.

Cette volonté de cohérence existe vraiment au sein de tout le domaine de la Santé, mais aussi en relation avec les homologues au sein des institutions de recherche scientifique.

Si vous le voulez, monsieur le président, il pourrait être intéressant, un jour où la commission en a le temps, d'interroger le responsable de ce service au sein du SPF Santé publique. Comme je plaide la transparence, il serait bon qu'il vienne vous présenter la nature de son travail. Je n'ai aucun souci avec cela.

18.12 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik vind dat een heel goed voorstel, maar ik zou er dan ook voor willen pleiten dat tegelijkertijd de POD Wetenschapsbeleid daarbij wordt betrokken. Het is toch essentieel dat u ten minste kennis hebt van de vragen die daar worden gesteld en die te maken hebben met volksgezondheid. Ze moeten ten minste worden geïntegreerd.

18.13 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a d'abord tout un travail de cohérence à trouver entre les études réalisées par le KCE et l'INAMI et le budget BMF des hôpitaux. Il faut rechercher une procédure transparente.

Il y a également un lien à trouver entre la cohérence dans le domaine de la santé et la cohérence en matière de recherche scientifique.

18.14 Yolande Avontroodt (Open Vld): C'est donc de la compétence de Mme Laruelle.

18.15 Laurette Onkelinx, ministre: Je le sais bien mais nos administrations peuvent quand même se concerter.

18.16 Luc Goutry (CD&V): We doen de voorzitter de suggestie om te gelegener tijd hierover een kleine hoorzitting te organiseren in het kader van de vraagstelling.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: Madame la ministre, il reste encore 7 petites questions.

18.17 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, le problème est que j'ai une concertation avec mon collègue du Budget à 17 h 30. Vous savez combien ces réunions sont importantes. Je pourrai encore prendre 1 ou 2 questions mais plus, je ne crois pas.

Le **président**: On fera ce qu'on pourra.

19 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 "l'insécurité dans les hôpitaux" (n° 19854)

19 **Vraag 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. 19854)**

19.01 **Xavier Baeselen** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, lors d'une récente question concernant l'insécurité dans les hôpitaux, vous m'indiquiez que vous aviez développé un outil de monitoring qui révélait que les hôpitaux investissaient dans une politique de sécurité. Environ 68 % des sites hospitaliers disposent maintenant d'agents de gardiennage. Avez-vous des chiffres actualisés?

Vous annonciez que sur la base des résultats du *Moniteur hospitalier*, l'approche intégrale et intégrée de cette problématique allait être poursuivie et adaptée avec le ministère de l'Intérieur. Où en sommes-nous à cet égard?

Vous expliquiez aussi que la décision de créer ou non un réseau provincial relevait de l'autonomie des provinces, mais que vous souteniez les initiatives provinciales. Quelles provinces ont aujourd'hui pris ce type d'initiative?

Vous indiquiez que des réunions de concertation étaient prévues dans le groupe de travail du réseau fédéral où tous les membres pourraient échanger leur expérience utile. Quelles en sont les conclusions?

Vous aviez annoncé des chiffres en ce qui concerne les équivalents temps plein réservés par le fédéral à l'aspect gardiennage dans le cadre du projet global de sécurité dans les hôpitaux pour une meilleure sécurité objective et subjective. Où en est-on aujourd'hui au niveau des agents engagés?

Vous me disiez aussi que les membres du réseau recevraient une circulaire qui examine dans tous ses aspects le système des stewards des hôpitaux. Quel est le contenu exact de cette circulaire? Est-elle bien parvenue à ses destinataires?

Vous aviez annoncé une table ronde début décembre avec tous les membres du groupe de travail. Quelles en sont les conclusions?

19.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, monsieur Baeselen, en ce qui concerne le développement d'un système de gardiennage de sécurité dans les hôpitaux, la collaboration entre la Santé publique et l'Intérieur se concentre essentiellement sur la réalisation d'une nouvelle édition du *Moniteur de la criminalité* dans les hôpitaux pour mars 2010. Ce nouveau *Moniteur* a été finalisé par les deux SPF et sera envoyé aux hôpitaux.

Par ailleurs, la Santé publique et l'Intérieur organisent tous les trois mois des réunions du groupe de travail "criminalité dans les hôpitaux". À cet égard, ce groupe de travail et la table ronde à laquelle vous faites référence ne sont en réalité qu'une seule et même structure.

Comme vous le savez, ce groupe de travail est le fruit des concertations menées sur le thème de la sécurité à l'hôpital et a pour vocation de permettre aux hôpitaux d'échanger leurs expériences et d'émettre leurs recommandations à l'attention des autorités.

La dernière réunion de ce groupe de travail s'est tenue début décembre. Lors de cette réunion, il a été procédé à une évaluation du *Moniteur 2008* et la nouvelle édition a été préparée. Certains problèmes actuels ont été examinés tels que le contrôle de l'accès aux hôpitaux et les manquements du système des stewards.

Dans la mesure où les hôpitaux se posent bon nombre de questions à ce propos, il a été décidé de consacrer une nouvelle réunion du groupe de travail à ce thème précis.

En ce qui concerne la création ou non d'un réseau provincial, il n'y a pas de nouveautés à signaler pour les aides aux initiatives provinciales. Il s'agit en effet d'un soutien et non d'une participation active.

Quant au nombre d'équivalents temps plein relatifs au financement de la mesure sécurité dans les hôpitaux découlant du Pacte de solidarité entre les générations, voici les données actualisées. Sur les 503 emplois équivalents temps plein proposés aux hôpitaux pour le projet sécurité, 119 hôpitaux ont accepté en 2009 d'engager 385,47 équivalents temps plein agents de gardiennage, au sens de la loi du 10 avril 1990. En

2010, ce nombre s'élève à 422,47 équivalents temps plein.

La différence entre les ETP financés et les ETP acceptés s'explique par le fait que certains hôpitaux ont déjà soit un service interne de gardiennage au sens de la loi de 1990, soit sous-traitent la sécurité auprès de sociétés de gardiennage.

Il faut préciser que les hôpitaux qui disposent déjà d'agents de sécurité en nombre équivalent à celui prévu par cette mesure ont le loisir de proposer des affectations alternatives, comme par exemple des fonctions d'accueil qui pourront être acceptées et financées.

Enfin, en ce qui concerne la circulaire relative aux stewards des hôpitaux, une lettre d'information a en effet été envoyée aux membres du réseau sécurité fédérale et aux membres du réseau de la prévention de la criminalité dans les hôpitaux en novembre 2009.

19.03 Xavier Baeselen (MR): Me voilà heureux des réponses complètes de la ministre.

Je pense qu'il s'agit d'une priorité. Beaucoup de patients et des visiteurs sont souvent victimes d'insécurité dans les hôpitaux. Je pense donc que les mesures prises vont dans le bon sens et que l'échange des pratiques des différents hôpitaux à l'occasion de tables rondes ou de séances de travail permettront d'affiner encore les dispositifs en la matière.

Je note en tout cas avec satisfaction que les emplois prévus pour les stewards et agents de gardiennage sont en voie de concrétisation définitive par rapport à l'enveloppe des 500 équivalents temps plein prévus.

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

20 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het toepassen van homeopathische therapieën" (nr. 19857)

20 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 pratique des thérapies homéopathiques" (n° 19857)

20.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is gebaseerd op het rapport van de Académie royale de médecine de Belgique die haar standpunt inzake de plaats van homeopathische geneesmiddelen in onze gezondheidszorgen nog eens scherp bevestigt. Zij heeft dat standpunt heronderzocht naar aanleiding van een rapport zoals beschreven in mijn vraag — wat ik nu niet zal herhalen —, enerzijds naar aanleiding van de tiende verjaardag en het charter homeopathie dat Samuel Hahnemann tweehonderd jaar geleden formuleerde, anderzijds. Dat is een serieuze verjaardag.

De academie is de overtuiging toegedaan dat het vooropstellen van homeopathie niet zonder gevaren is. Sommige homeopaten zijn er immers van overtuigd dat klassieke behandelingen volledig door homeopathie kunnen vervangen worden. In sommige situaties is die houding ook gevaarlijk, volgens de academie, met name waar er sprake is van preventie door vaccinatie en behandeling van infecties. Zij citeren als voorbeeld aids en chemotherapie voor kankerbestrijding.

In feite hanteren homeopaten volgens hen een afwijkend eigen paradigma dat stoelt op het principe similia similibus curentur, enzovoort; dus 200 jaar geleden en ik verwijs naar Hahnemann. Het paradigma van de moleculaire biologie gebruikt in de klassieke geneeskunde, houdt evenwel het beste rekening met de verschijnselen van gezondheid en ziekte. Om de meerwaarde van een bepaalde therapie of geneesmiddel aan te tonen is het onnodig om een nieuw eigen wetenschappelijk paradigma in het leven te roepen om zodoende de gunstige ontegensprekelijk waargenomen effecten van homeopathie uit te leggen.

Samengevat komt de aanbeveling van de academie erop neer dat homeopathie wel een functie kan hebben in het welzijn en het welbehagen maar dat het niet als geneesmiddel gezien kan worden in de strikte betekenis van het woord.

Mevrouw de minister, ik heb dan ook een vraag voor u. Bent u het met de Académie royale de médecine de

Belgique eens dat homeopathische geneesmiddelen beschouwd dienen te worden als comfortmiddelen en bijgevolg niet onder de toepassing van de sociale zekerheid dienen te vallen in het kader van de terugbetaling voor medische verzorging?

20.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw Avontroodt, het debat betreffende de homeopathie als therapeutische aanbreng kan alleen op een diepgaande manier gevoerd worden. Het beroep doen erop moet gebeuren in een context die voldoende garanties biedt voor de volksgezondheid. Die geneesmiddelen moeten dus op een afdoende manier worden geëvalueerd. Men kan niet op basis van bepaalde gegevens die uit hun context worden gelicht, discussiëren en beslissen.

Bovendien wil ik u er attent op maken dat de homeopathische preparaten wel degelijk geneesmiddelen zijn, in tegenstelling tot comfortmiddelen. Ze beantwoorden aan de definitie van geneesmiddel en zijn gereguleerd door de Europese wetgeving alsook door de WHO. Ze kunnen in België dus alleen maar in de apotheek afgeleverd worden.

Ik herinner u eraan dat voor elke beslissing betreffende een eventuele terugbetaling de reële therapeutische waarde van het geneesmiddel of de therapie in kwestie moet worden uitgetest in de dagelijkse praktijk, zodat er een positief baten-risicorapport kan worden opgesteld. Alleen die evaluatie kan immers voldoende garantie bieden dat de investering doeltreffend is en daarmee verantwoord.

Ten slotte, ik rond af door u eraan te herinneren dat ik aan het KCE een studie heb gevraagd over de niet-conventionele geneesmiddelen en die is momenteel nog bezig. De resultaten worden verwacht voor de zomer van 2010. Wij zullen er dan over kunnen praten.

De **voorzitter**: Ik hoop het.

20.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik hoop het ook. Het gaat over niet-conventionele geneeswijzen, niet alleen over geneesmiddelen. Mijn vraag was eigenlijk alleen of u het eens of oneens bent met de Académie royale de médecine de Belgique. Dat was mijn vraag en ik heb daarop geen ja of geen nee gekregen.

20.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Ni oui ni non, c'est exactement ça!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Reste-t-il du temps pour la question de M. Bacquelaine?

20.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: À peine cinq minutes. Pour M. Bacquelaine, je peux répondre très vite s'il va aussi vite dans sa question.

De **voorzitter**: Dan moeten we mevrouw Gerkens nog snel verwittigen. On fait ce qu'on peut.

21 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de stamceldonoren" (nr. 19858)**

21 **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 "les donneurs de cellules souches" (n° 19858)**

21.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag gaat over de sensibilisatie voor stamceldonoren.

Wij behoren met ons land tot de top. Dankzij de campagne Beldonor van de FOD Volksgezondheid is de bevolking gesensibiliseerd voor orgaandonatie. Jammer genoeg blijft die doorbraak afwezig wanneer het gaat over stamceldonatie, terwijl de nood zeer hoog is. De donatie van stamcellen kan levensreddend zijn voor vele vormen van leukemie, et cetera.

Het huidig Belgisch register van stamceldonoren bevat 48 360 kandidaten. Hoewel dat een hoog aantal is, ligt het nog te laag. Immers, binnen familieverbanden zien we dat slechts een op vier tot een stamcelmatch

kan leiden. Wanneer wij zoeken naar compatibele stamcellen, dan is de kans slechts een op vijftigduizend.

Om voldoende aanbod te garanderen, is het van primordiaal belang dat voldoende Belgen zich registreren. Op dat vlak kan ons land veel beter. Als we vergelijken met Duitsland, dan zien we dat het aantal donoren daar proportioneel veel hoger ligt. Een belangrijke motor daarin is de Duitse bondsoverheid, die investeert in informatie en sensibilisatie.

Mevrouw de minister, vandaar stel ik de vraag om dat ook in België te doen.

Bent u, als minister, bereid om, uiteraard in overleg met de FOD Volksgezondheid, al dan niet binnen het raam van de campagne Beldonor, te zoeken naar stamceldonoren? Het geven van stamcellen is geen zware inspanning voor de donor, dat kan er meteen aan toegevoegd worden.

Wil u een voorlichtingscampagne opstarten voor het brede publiek?

21.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw Avontroodt, het Belgisch register van stamceldonoren heeft een bijkomende financiering gekregen voor vijf jaar om tienduizend nieuwe donoren te rekruteren in dezelfde periode. In concreto gaat het over een bedrag van 560 000 euro per jaar, dat gedurende vijf jaar wordt toegekend door het RIZIV, aangevuld met een bedrag van 25 euro per geregistreerde donor als tegemoetkoming voor de administratieve kosten.

De participerende instellingen van het Belgisch register voor beenmergdonoren, met inbegrip van het Rode Kruis Vlaanderen en de Service du Sang Croix-Rouge de Belgique hebben reeds het initiatief genomen om de bevolking te sensibiliseren om zich te registreren als kandidaat-donor van hematopoietische stamcellen. Er worden intussen systematisch personen gecontacteerd om een afspraak te maken voor bloedafname, nodig voor celypering.

Ik stel voor dat men eerst het resultaat van die acties evalueert en laat onderzoeken of het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een ondersteunende rol in de sensibilisatiecampagnes kan spelen. Hierbij kan inderdaad het model van de Beldonoractie voor de sensibilisatie van orgaandonatie worden gebruikt.

21.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, het knelpunt is natuurlijk dat heel weinig mensen weten wat het is om stamceldonor te zijn. Daarom hebben we een voorlichtingscampagne voor ogen om het aantal donoren in uw registratie te kunnen opkrikken. Ik denk toch dat daarmee informatie en sensibilisatie gepaard moet gaan. Ik weet niet of alle mensen die hier aanwezig zijn, weten wat het inhoudt om hematopoietische cellen of stamcellen te doneren. Informatie is dus nodig.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Nous en arrivons à la dernière question pour aujourd'hui. Je regrette de ne pas pouvoir poser ma question mais je serai l'un des premiers à le faire lors de la prochaine session.

22 Questions jointes de

- **M. Daniel Bacquelaine** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le projet de modification de la nomenclature du bilan sénologique" (n° 19891)

- **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 tests de dépistage de cancers du sein" (n° 19908)

22 Samengevoegde vragen van

- de heer **Daniel Bacquelaine** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het plan om de nomenclatuur voor het borstonderzoek te wijzigen" (nr. 19891)

- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de borstkankerscreeningstests" (nr. 19908)

22.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, la presse tant générale que spécialisée a fait écho qu'une modification dans le remboursement du bilan sénologique classique pourrait

intervenir dans un proche avenir pour les femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans. Il semblerait que des discussions en ce sens soient actuellement menées au sein du conseil technique médical de l'INAMI et qu'une modification de la nomenclature devrait être validée le 8 mars prochain.

Ce projet a suscité la réaction d'un certain nombre de médecins, de radiologues, de cliniciens, d'universitaires et de non-universitaires, spécialisés dans la pathologie du cancer du sein. Ils pensent que l'idée de supprimer le remboursement du bilan sénologique pourrait être prise afin de favoriser le développement du mammothest aux dépens du dépistage individuel. L'opposition au mammothest se cristallise surtout en raison de son manque de sensibilité pour les seins dits denses.

Par ailleurs, la suppression du remboursement du bilan sénologique classique risque, selon certains, d'entraîner un engorgement des centres de dépistage agréés et pourrait décourager certaines patientes de participer au dépistage systématique.

Un groupe de travail "be.seno", composé de spécialistes du cancer du sein, de radiologues, d'oncologues et de gynécologues, a rédigé une contre-proposition visant essentiellement à améliorer la sensibilité du dépistage pour les femmes aux seins denses, à améliorer le taux de participation des femmes et à obtenir une adhésion des radiologues et des cliniciens à un programme de dépistage mieux organisé et plus ciblé.

Il propose de répartir les femmes en trois groupes. Les femmes aux seins clairs suivraient la filière classique de dépistage, c'est-à-dire le mammothest classique. Les femmes aux seins denses seraient dirigées vers une mammographie et une échographie tandis que les femmes à haut risque devraient faire un bilan complet (examen clinique + mammographie + échographie et IRM si nécessaire).

Mes questions sont les suivantes. Confirmez-vous les informations que nous avons eues au sujet d'un projet de modification de la nomenclature? Quelles sont les étapes ultérieures avant une prise de décision définitive? Quel est le timing prévu? Quelles démarches allez-vous entreprendre face à ce qu'on peut appeler quand même une polémique – qui n'est pas neuve, il y a longtemps qu'il existe des divergences d'appréciation par rapport au dépistage du cancer du sein? Quelle place peut avoir la contre-proposition du groupe de travail be.seno dans le processus de décision?

22.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Merci, madame la ministre. Je trouve que ce n'est pas évident comme sujet et comme manière de poser la question. C'est vrai que les sénoradiologues, pas mal de gynécologues et de femmes sont inquiets du fait qu'on supprimerait le remboursement du bilan sénologique, particulièrement pour les femmes qui ont effectivement les seins denses et vis-à-vis desquelles on sait que le mammothest n'est pas suffisamment subtil pour détecter la présence ou non de cancer. C'est un des éléments sur lequel je voudrais vous entendre et vous interpeller. Tous les médecins que j'ai rencontrés et qui sont aussi favorables au mammothest disent que par rapport à ce type de constitution des seins, il est important de garder la possibilité de l'échographie et qu'elle soit remboursée.

Maintenant, d'autres combats sont menés, pas seulement celui pour l'amélioration de la détection. Il y a aussi des enjeux et des intérêts financiers importants derrière le choix des technologies utilisées. Plutôt qu'une suppression linéaire, ne doit-on pas se poser également la question du montant des remboursements et des coûts pris en compte, que ce soit un mammothest ou un bilan sénologique, le mammothest coûtant 58 euros étant gratuit pour la patiente alors que le bilan sénologique coûte 113 euros dont 20 euros pour la patiente? Tous les actes posés nécessitent-ils une telle différence de coût?

Une autre question porte sur le manque de succès du mammothest, en Belgique d'une manière générale mais particulièrement en Wallonie et à Bruxelles. Au-delà de l'échographie pour les seins denses, il est intéressant de se demander ce qui fait que les femmes recourent si peu au mammothest et ce qu'on peut faire pour modifier les choses et pour que les généralistes et les médecins de première ligne intègrent mieux la prise en charge de la détection par d'autres techniques que l'échographie.

Pour les femmes aux seins denses entre 50 et 69 ans, tout converge pour un remboursement de l'échographie. Comment peut-on favoriser le recours au mammothest? Comment mieux prendre en compte financièrement une approche globale et diversifiée par rapport au prix d'une échographie?

22.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, l'examen du sujet est à l'ordre du jour à l'INAMI; ce qui est faux, c'est de croire que j'ai l'intention a priori d'accepter cette proposition. C'est plus complexe.

D'abord, ce qu'il en est: dans le cadre du dépistage du cancer du sein, il est important d'améliorer la qualité et l'efficacité des diagnostics afin de lutter contre le cancer du sein. Une proposition de modification de la nomenclature des prestations de santé concernant la mammographie est actuellement en discussion à l'INAMI. L'un des objectifs est notamment d'assurer la gratuité du dépistage pour les femmes présentant un risque accru de cancer du sein, tel que prévu dans le Plan cancer.

L'élaboration de la proposition tient compte entre autres, me fait-on savoir, des considérations suivantes: d'abord, des indices montrent qu'actuellement, trop de mammographies diagnostics ou bilans sénologiques sont réalisés de manière opportuniste chez des femmes asymptomatiques, ne présentant pas de risque accru de cancer du sein. Ces mammographies sont en général complétées par une échographie. Cette pratique peut entraîner trop d'exams invasifs supplémentaires qui sont inutiles, voire dangereux. La mammographie diagnostic est destinée aux femmes qui présentent des symptômes et pour qui une mise au point complète s'impose.

Il est dans l'intérêt de toute femme de subir un dépistage de cancer du sein de grande qualité et bien organisé, qui s'efforce d'obtenir le moins possible de résultats erronés (faux positifs ou faux négatifs) qui enregistrent et évaluent les résultats et exposent le moins possible aux rayons.

Enfin, l'alignement des exigences de qualité lors d'une mammographie est important, que ce soit dans le cadre d'un programme de dépistage ou dans le cadre d'un bilan sénologique.

Selon l'INAMI, les propositions qui sont à l'examen ne visent pas à refuser le remboursement d'une mammographie, y compris d'une échographie, aux femmes pour qui cet examen combiné est indiqué scientifiquement.

Lors de la détermination d'un horaire pour une prestation, il est tenu compte, en fonction du budget disponible, de plusieurs éléments comme le temps à consacrer, le degré de difficulté, le risque pour la patiente et, pour autant qu'il ne soit pas couvert par d'autres sources de financement, le coût des matériaux utilisés.

Vu la complexité du projet, les différentes modalités d'organisation des campagnes de dépistage du cancer du sein par les Communautés, une proposition permettant d'améliorer la qualité et l'efficacité du dépistage du cancer du sein n'a pas encore pu être finalisée et soumise à l'approbation par le Conseil technique médical. Actuellement, les discussions se poursuivent afin de soumettre une proposition au mois de mai 2010.

Pour ce qui me concerne, je voudrais analyser de manière approfondie les différentes options. J'ai été sensible à l'interpellation du groupe de travail "be.seno". J'ai d'ailleurs invité ses représentants pour un entretien le 17 mars prochain.

J'ajoute que le KCE commencera bientôt une étude sur le dépistage du cancer du sein et sur les groupes à risque. Les résultats pourront évidemment nous aider pour les modifications éventuelles de la nomenclature relatives à la mammographie et/ou à l'échographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

22.04 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, je n'ai jamais imaginé que vous aviez opté définitivement pour la suppression du remboursement de l'échographie dans le dépistage du cancer du sein. Je pense que le ministre de la Santé ne pourrait pas prendre une décision aussi contre-indiquée. Je n'ai donc pas de problème à ce sujet.

Je maintiens l'idée de laisser une place suffisante au dépistage individualisé parce que j'estime que c'est essentiel. Tout d'abord, parce qu'il y a une demande des patientes qu'il est extrêmement difficile de refuser dans ce contexte. Si quelqu'un a une angoisse ou le sentiment qu'il faut faire un dépistage correct avant 50 ans par exemple, il semble essentiel de pouvoir le faire.

Ensuite, je rappelle qu'il n'y a rien de tel que l'échographie puisqu'elle n'émet aucun rayonnement X. C'est certainement par ce type de dépistage qu'on est le moins invasif et toxique. Cet argument ne tient donc pas la route dans ce cas-ci.

Il y a en effet une différence avec le simple mammoth non pas en termes de rayons X mais en termes de qualité. L'échographie et l'examen clinique apportent un complément d'informations.

Je pense donc que la proposition faite par les radiologues et les oncologues doit être examinée car elle me semble pleine de bon sens et d'efficacité.

22.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je retiens de votre réponse qu'il y a une approche globale et comparative visant à améliorer la qualité actuelle. Les décisions ne seront donc pas forcément celles qui sont craintes par les auteurs de la pétition. J'insiste à nouveau sur la nécessité de cette approche et de tenir compte des besoins spécifiques de certaines femmes, mais aussi sur le fait de ne pas recourir systématiquement à la technique. Mais lorsqu'elle s'avère nécessaire, il faut l'utiliser à bon escient.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Wij bedanken de minister en de diensten van de Kamer, die ons dringend buiten willen. Wij bedanken ook de cameraman voor zijn geduld. Tot de volgende keer.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.33 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17.33 heures.