

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

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 2 MAI 2012

WOENSDAG 2 MEI 2012

Après-midi

Namiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.22 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

Le développement des questions et interpellations commence à 14.22 heures. La réunion est présidée par M. Hans Bonte.

De **voorzitter**: Vraag nr. 10030 van de heer Ben Weyts is ingetrokken.

**01** **Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre de l'Intérieur et de l'Égalité des chances sur "le suivi des Assises de l'Interculturalité" (n° 10408)**

**01** **Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Binnenlandse Zaken en Gelijke Kansen over "de opvolging van de Rondetafels van de Interculturaliteit" (nr. 10408)**

**01.01** **Zoé Genot** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, j'avoue ne plus comprendre la répartition des matières. J'ai soumis une question pour l'Égalité des chances, et elle est traitée en commission des Affaires sociales. J'ai soumis cette question sur les Assises de l'Interculturalité, et elle est traitée au sein de cette commission. Cela devient très compliqué! Ce sont pourtant les mêmes thématiques!

De **voorzitter**: Wij hebben een aantal thema's die versnipperd waren over verschillende commissies, gegroepeerd in deze commissie.

Dit is trouwens ook een voorbeeld van een thema dat beter aan een bepaalde commissie wordt toegewezen. Dat wordt onderzocht door de commissievoorzitters.

**01.02** **Zoé Genot** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, de septembre 2009 à septembre 2010 se sont tenues les Assises de l'interculturalité. En novembre 2010, elles ont remis un rapport. L'État fédéral a consenti à réaliser un effort important pour que de nombreuses activités soient tenues, qu'un groupe pilote rédige un rapport.

Depuis, cet important rapport des Assises n'est plus accessible sur le site sur lequel il était disponible. Le site [interculturalite.be](http://interculturalite.be) a disparu et le nom de domaine est à reprendre. Sur le site du portail fédéral, le lien vers le rapport n'existe plus, même si l'on nous suggère de cliquer dessus.

Sur le site gouvernemental, sept recommandations sont reprises. Un certain nombre sont de compétence fédérale; il s'agit de celles concernant les fonctionnaires, le monitoring de la discrimination en matière socio-économique, les congés et jours fériés et la reconnaissance du passé colonialiste.

Madame la ministre, quel suivi de ces recommandations a-t-il été effectué?

**01.03** **Joëlle Milquet**, ministre: Madame Genot, l'opération durant deux ans, le coût du site avait été prévu jusqu'à la fin 2011. Il est donc exact que le site lié à l'opération a été supprimé, celle-ci étant terminée.

Par contre, le rapport doit être accessible. J'ignorais qu'il y avait un problème pour pouvoir y accéder. Je vais

procéder à une vérification. Je pensais que le rapport restait accessible via la Chancellerie.

Dès aujourd'hui, je vais remettre ce rapport sur mon site et demander qu'on le mette en ligne sur le portail fédéral.

**01.04 Zoé Genot** (Ecolo-Groen): Sur le site du portail fédéral, on parle du rapport des Assises. Il est mentionné que si on désire le consulter, il faut cliquer sur un lien; or ce lien n'existe plus.

Normalement, vous deviez être au courant car avant de poser ma question, j'avais envoyé un courrier à votre cabinet. N'ayant pas obtenu de réponse, j'ai décidé de vous poser une question orale.

**01.05 Joëlle Milquet**, ministre: Je n'étais pas au courant. Cela sera fait immédiatement, et je vous en remercie. Heureusement que nous avons le parlement!

Pour le reste, comme vous le savez, lors de la Conférence interministérielle du 18 mars, j'ai remis officiellement le rapport en demandant que chacun des niveaux de pouvoir en assume le suivi selon les choix qu'ils feront.

En ce qui concerne la partie fédérale, le système du monitoring socio-économique avance très bien, même si cela a été long, lent et difficile. C'était un vrai parcours d'embûches puisque la Commission de la protection de la vie privée, qui était le dernier obstacle, a donné un avis positif. Le système sera vraiment opérationnel fin 2012.

La matière relative aux agents des services publics et les différentes problématiques, comme les quotas en matière d'insertion, relèvent des compétences de mon collègue M. Bogaert. Je l'ai rendu attentif à ces questions et je sais qu'en ce qui concerne notamment la diversité dans l'administration, il a déjà bien avancé sur le genre. Des dossiers sont en préparation.

Il en va de même pour Monica De Coninck en ce qui concerne la problématique de la discrimination à l'égard des personnes d'origine étrangère en termes de discrimination à l'embauche. Le monitoring socio-économique va aider à identifier les secteurs qui sont totalement sous-représentés en matière de personnes d'origine étrangère. C'est un sujet sur lequel elle travaille également pour le moment.

Pour ce qui est du calendrier des jours fériés légaux, la problématique des jours flottants et autres est intéressante et mérite qu'on y travaille, ce qui est le cas. Concernant le grand changement des jours fériés, je n'y suis pas du tout favorable. Je pense que cela peut largement perturber les choses. Il faut travailler sur les deux propositions que j'avais défendues à l'époque et que je continue à défendre. Une idée avait été émise, à savoir que lorsque l'on se trouve dans le cadre des jours de congé, pour avoir un jour dédié selon les convictions des uns et des autres, il conviendrait de jouer avec le report des jours fériés légaux sans perturber l'ensemble.

Évidemment, à l'époque, je faisais cette proposition en ma qualité de ministre de l'Emploi. C'est une chose dont nous allons rediscuter avec Monica De Coninck.

Par ailleurs, en ce qui concerne le projet de loi relatif au génocide, j'avais déclaré tout de suite que je n'étais pas du tout favorable à la suppression de la référence, qui me semblait indispensable, au génocide commis par le régime nazi. Par contre, qu'une extension puisse être envisageable est l'option que je défends. Sur ce sujet, un projet de texte est en préparation. Mais il n'y aura pas de suppression de la référence à la Shoah.

**01.06 Zoé Genot** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, il y a un aspect que vous n'avez pas évoqué, c'est le travail de mémoire par rapport à notre passé colonialiste. Je pense qu'il serait important que, à un moment, les plus hautes instances de l'État parlent à ce sujet.

Que le monitoring socio-économique avance est une excellente chose, mais il avançait déjà avant les Assises de l'interculturalité. J'ai donc un peu peur que l'on ait "payé" des assises mais que, malheureusement, elles aient peu d'effet.

J'utiliserai vos réponses pour sensibiliser vos collègues, par exemple par rapport aux congés flottants ou par rapport à l'extension envisageable aux autres génocides de la loi sur le négationnisme.

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

**02** Vraag van de heer Peter Logghe aan de vice-eersteminister en minister van Binnenlandse Zaken en Gelijke Kansen over "de uitspraken van de voorzitter van het Centrum voor gelijke kansen en voor racismebestrijding" (nr. 10582)

**02** Question de M. Peter Logghe à la vice-première ministre et ministre de l'Intérieur et de l'Égalité des chances sur "les propos tenus par le président du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme" (n° 10582)

**02.01** **Peter Logghe** (VB): Mevrouw de minister, mijn vraag is kort, maar ze duikt toch geregeld op in deze commissie. Het gaat over de uitspraken van de voorzitter van het zogenaamde Centrum voor gelijke kansenbeleid en racismebestrijding.

Mijn vraag dateert van 23 maart, dus intussen al ruim een maand geleden. In de nasleep van de moord in Toulouse vond voorzitter De Witte het nodig en noodzakelijk te wijzen op de verantwoordelijkheid en het daderschap van de rechterzijde van het politieke spectrum. Ik verwijst naar artikels in *De Standaard* en *De Morgen* daarover.

De heer De Witte mag natuurlijk denken wat hij wil, hij is een vrij mens net als iedereen. Wij mogen er evenwel toch van uitgaan dat hij zich als voorzitter van het zogenaamde Centrum voor gelijke kansenbeleid en racismebestrijding onthoudt van politieke uitspraken, vooral als het dan gaat om domme uitspraken zoals later gebleken is. Een paar dagen later moest hij immers vaststellen dat zijn uitspraak totaal nergens op sloeg.

Ten eerste, welke legitimiteit heeft de voorzitter van het zogenaamde Centrum voor gelijke kansenbeleid en racismebestrijding om zich op een politieke manier over daden als de moord in Toulouse uit te spreken?

Ten tweede, als hij de legitimiteit om ter zake politieke uitspraken te doen niet heeft, welke stappen zult u dan zetten om de voorzitter hiervan in te lichten of eventueel tuchtsancties te treffen?

Ten derde, het is natuurlijk niet de eerste keer dat de voorzitter zich laat verleiden tot politieke uitspraken. Wanneer worden het zogenaamde centrum en de werking ervan geëvalueerd? Wanneer kunnen wij de resultaten van die politieke evaluatie onder ogen krijgen, zodat een en ander in perspectief kan worden gezet?

**02.02** Minister **Joëlle Milquet**: Ik herinner u eraan dat overeenkomstig artikel 3 van de wet van 15 februari 1993 het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding in de uitoefening van zijn opdracht volkomen onafhankelijk is. Het komt de minister dus niet toe zich uit te spreken over uitspraken van de directeur van het Centrum. In de raad van bestuur van het centrum zou deze kwestie kunnen worden afgehandeld. Hij hangt af van de raad van bestuur en is alleen maar verantwoordelijk tegenover hen. Ik heb geen echte voogdij of direct toezicht om mij daarover te kunnen uitspreken.

**02.03** **Peter Logghe** (VB): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. De subsidiëring van het centrum gebeurt wel vanuit de federale overheid. Ik neem er nota van dat krachtens de wet van 1993 de werking van het centrum in alle onafhankelijkheid gebeurt.

Ik geef u wel mee, mevrouw de minister, dat er steeds meer Vlaamse persorganen zijn, en niet van de minste, die zich echt vragen beginnen te stellen bij de oordelen die de voorzitter van het zogenaamde centrum voor gelijke kansenbeleid en racismebestrijding meent te moeten vellen over allerlei maatschappelijke fenomenen. Meer en meer wordt er nota genomen van zijn uitspraken en neemt het soortelijk gewicht van de man in het Vlaamse politieke denken af. Het is misschien wel nuttig om eens een grondige evaluatie te houden.

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

*Le développement des questions et interpellations est suspendu de 14.35 heures à 15.25 heures.  
De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 14.35 uur tot 15.25 uur.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 9782 van de heer Seminara wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

**03 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le vaccin contre le cancer du col de l'utérus" (n° 9861)**

**03 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het vaccin tegen baarmoederhalskanker" (nr. 9861)**

**03.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR):** Monsieur le président, madame la ministre, depuis le lancement des campagnes de vaccination à grande échelle, notamment avec l'appui de votre département, en faveur d'une vaccination contre le cancer du col de l'utérus, on estimerait, selon la presse, à plus de 56 000 le nombre de jeunes filles de 12 ans et plus, qui ont été vaccinées (26 000 en Communauté française et 30 000 en Communauté flamande).

Récemment, la presse a relayé les doutes qu'une étude canadienne aurait mis en lumière sur la dangerosité à long terme des vaccins Cervarix et Gardasil utilisés pour cette vaccination.

Madame la ministre, les chiffres relatés par la presse sont-ils confirmés par votre département? Pourrions-nous en avoir connaissance? Votre département a-t-il connaissance du nombre de patientes chez lesquelles une pathologie ou des effets secondaires graves auraient été constatés suite à l'inoculation de ce vaccin? Des avis scientifiques, et notamment celui du Conseil supérieur de la Santé, sont-ils venus infirmer ou confirmer le choix de ces vaccins a posteriori? Dans l'affirmative, pouvons-nous en connaître les raisons et les orientations préconisées?

**03.02 Laurette Onkelinx, ministre:** Deux vaccins contre le HPV sont actuellement disponibles en Belgique: Gardasil de Sanofi Pasteur et Cervarix de GSK. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a examiné l'efficacité et le rapport coût/efficacité de ces vaccins, ainsi que leur impact sur le budget de l'assurance maladie. Dans ce rapport, le KCE considère que ces vaccins protègent efficacement contre certains types du virus HPV et que, selon les estimations, jusqu'à 50 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités.

Sur la base de ces recommandations et à l'instar de ce qui est proposé depuis 2010 en Communauté flamande, toutes les adolescentes nées en 1997 et 1998, et suivant leur scolarité dans les établissements subventionnés par la Communauté française, bénéficient gratuitement de la vaccination contre le papillomavirus, depuis la rentrée académique 2011-2012, résultat d'un cofinancement via une convention INAMI. C'est le vaccin Gardasil qui a été sélectionné par les deux Communautés; c'est leur responsabilité. La vaccination complète s'effectue en trois injections.

Sur la base d'informations récoltées auprès des instances concernées, l'INAMI m'informe que pour toute l'année 2011, la Communauté flamande a distribué un peu moins de 96 000 doses, à raison de trois injections par jeune fille, ce qui représente donc environ 32 000 jeunes filles vaccinées. En ce qui concerne la Communauté française, nous ne disposons que d'informations provisoires, étant donné que celle-ci n'a commencé la vaccination que depuis la rentrée scolaire 2011-2012. Pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2011 inclus, environ 20 000 doses ont été administrées. Le nombre de 26 000, relayé dans la presse, correspond au nombre total de jeunes filles en âge d'être vaccinées.

Par ailleurs, je vous rappelle que les effets secondaires enregistrés lors des études menées sur les vaccins sont mentionnés dans les notices respectives de ces derniers.

Ces vaccins ayant été enregistrés de manière centralisée, c'est au niveau européen que la mise à jour des informations est réalisée sur la base des résultats des programmes de pharmacovigilance. En effet, la centralisation de la pharmacovigilance au niveau européen donne des informations sur un plus large nombre de personnes vaccinées et a donc plus de chances de détecter des effets secondaires rares.

Depuis l'autorisation de mise sur le marché du Gardasil et du Cervarix, le Centre belge de pharmacovigilance pour les médicaments à usage humain a reçu 73 notifications d'effets indésirables par rapport à ces vaccins. Ceux-ci ont été également repris dans les notices respectives du Gardasil et du Cervarix. Aucun décès n'a été notifié ni avec un vaccin ni avec l'autre. Par ailleurs, dans ce cadre, la sécurité de Gardasil et de Cervarix a été réévaluée très récemment par l'European Medicines Agency. Le résultat de

cette réévaluation a été publiée le 30 janvier dernier pour le Cervarix et le 18 janvier pour le Gardasil. Dans les deux cas, la sécurité n'a pas été remise en question.

Enfin, début janvier et à la suite de la publication d'une étude canadienne mettant en cause l'efficacité et pointant la dangerosité du vaccin Cervarix en circulation en Belgique, j'avais expressément demandé à l'Agence des médicaments et des produits de santé ainsi qu'au Conseil supérieur de la Santé de pouvoir disposer dans les plus brefs délais d'un avis complémentaire, notamment sur le rapport bénéfices/risques d'une telle vaccination. En réponse, tant l'Agence que le Conseil supérieur m'ont assurée que rien ne justifiait les propos alarmistes relayés par les médias. "Au contraire", me disent-ils, "les études scientifiques menées actuellement prouvent l'efficacité de ces deux vaccins contre les infections persistantes du papillomavirus humain". Les oncologues sont d'ailleurs convaincus que si l'on arrive à empêcher l'infection persistante HPV, le cancer du col de l'utérus pourrait être amené à disparaître, ce qui est plutôt une bonne nouvelle.

En conclusion, je peux vous confirmer que les deux vaccins sont évalués en permanence et que toutes les autorités concernées s'accordent à dire que, sur la base des données actuelles connues, l'analyse bénéfices/risques reste positive pour ces vaccins.

**03.03 Valérie Warzee-Caverenne (MR):** Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous rassurez, en tout cas, la maman que je suis. En effet, comme tant d'autres, j'ai conseillé à mes filles de se faire vacciner.

Au stade actuel, selon les données en votre possession, ces vaccins ne présentent aucun problème. Vous avez également cité des chiffres. En Wallonie, l'ensemble des jeunes filles ne sont pas encore vaccinées. Il est aussi intéressant de poursuivre ces études pour s'assurer qu'au fil des années, les éléments relevés au Canada ou ailleurs ne se profilent pas ici.

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

#### **04 Samengevoegde vragen van**

- de heer David Geerts aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de interpretatie van het begrip 'terras' in het kader van het rookverbod in de horeca" (nr. 9865)

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de versoepeling van de voorwaarden om te mogen roken op terrassen" (nr. 10504)

- de heer Jan Van Esbroeck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het roken op terrassen van een horecazaak" (nr. 10818)

#### **04 Questions jointes de**

- M. David Geerts à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'interprétation de la notion de 'terrasse' dans le cadre de la loi relative à l'interdiction de fumer dans l'horeca" (n° 9865)

- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'assouplissement des conditions permettant de fumer dans les terrasses" (n° 10504)

- M. Jan Van Esbroeck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'autorisation de fumer sur les terrasses d'un établissement horeca" (n° 10818)

**04.01 David Geerts (sp.a):** Mevrouw de minister, ik heb ook aan minister Vanackere en staatssecretaris Crombez vragen over het horecabeleid gesteld. Ik zie immers aan de cijfers dat de horecasector in nood zit.

Daarom hebben wij een wetsvoorstel over een verhoogde investeringsaftrek ingediend en is het debat over de lonen en de bijdragen op Gelegenheidsarbeid aangevat.

Vandaag gaat het opnieuw over het roken. Bij het laatste debat over de rondzendbrief van de FOD Volksgezondheid bleef iedereen bij zijn standpunt.

Mijn vraag dateert van 29 februari. Daarin staat dat als het niet snel goed weer werd, het water, dat al zeer hoog aan de lippen staat, nog hoger zal worden en het aantal faillissementen zal stijgen. Dat is ook slecht voor de overheid. Enerzijds is er het menselijk leed en, anderzijds is er de vermindering van de inkomsten.

Ik wil een constructief voorstel doen. Ik weet dat er ondertussen overleg is geweest tussen de FOD Volksgezondheid en de horecafederatie over de definitie van permanent afsluitbaar. Hier is een beperkte oplossing gevonden, waar een zijde niet kan worden afgesloten.

Ofwel is er een systeem dat er permanent een zijde open moet zijn. Het andere voorstel is dat 25 % van de oppervlakte van de totale wanden open zou moeten zijn. Er is het argument van de luchtcirculatie. Men zegt mij dat als men meerdere luchtgaten heeft, de circulatie verbeterd.

Dit voorstel is voorts een tegemoetkoming aan de veelal gemeentelijke reglementering waar men vereist dat er panelen worden gezet. Ik hoop dat over mijn constructieve voorstel kan worden gesproken, mevrouw de minister.

**04.02 Catherine Fonck (cdH):** Monsieur le président, madame la ministre, ma position n'est pas la même que celle de M. Geerts.

Il semblerait que les conditions permettant de fumer aux terrasses des cafés vont être assouplies. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, le SPF Santé publique a établi, via un petit *folder* que, je cite: "Pour être considérée comme un lieu ouvert où il est permis de fumer, une terrasse doit être en permanence complètement ouverte sur minimum un côté, quelles que soient les conditions météorologiques. Le côté ouvert ne peut pas être temporairement et/ou partiellement fermé, par exemple au moyen d'un paravent ou d'un pare-soleil. Seule une terrasse répondant à ces conditions est un lieu où il est permis de fumer." Il semblerait que cette circulaire sera modifiée et qu'elle conduira à la suppression du caractère permanent de l'ouverture d'un côté de la terrasse. Si cette modification intervient, elle peut alors être considérée comme un assouplissement de la réglementation.

Madame la ministre, confirmez-vous ces éléments? Pourriez-vous préciser quelles sont les nouvelles règles? Si les modifications consistent effectivement à supprimer l'obligation d'avoir un côté de la terrasse ouvert de manière permanente, cela ne conduit-il pas à un retour en arrière quant à la protection des non-fumeurs?

Rappelons-le, en Belgique, il y a un nombre impressionnant de patients qui développent un cancer, non pas en fumant mais en étant exposés au tabac de manière passive.

**04.03 Jan Van Esbroeck (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, naar aanleiding van het vorige gesprek dat wij hadden over hetzelfde thema wens ik u vandaag opnieuw een vraag te stellen.

U zou met de sector samenzitten, u zou onderhandelen en zien wat er uit de bus kon komen. Tot mijn grote spijt stel ik vast dat de huidige rechtsonzekerheid en onduidelijkheid nog steeds niet werden weggewomen. Ik heb de nota gezien en de enige aanpassing die u hebt gedaan – mevrouw Fonck kan dat onmiddellijk meenemen in haar vraag – is het woord “permanent” schrappen. Verder is de tekst identiek. Het was uw overtuiging dat de cafés of de restaurants 's avonds hun terras kunnen afsluiten. Voor mij blijft dit onvoldoende. De wet van 22 december 2009 schept geen duidelijkheid over het al dan niet mogen roken op terrassen.

Ik doe graag een constructief voorstel, zoals collega Geerts. Laten we het begrip “terras” opnemen in de wet. Het staat er nu niet in. Laten we daar duidelijkheid in scheppen. Laten we ook naar de praktijkvoorbeelden kijken, waarnaar u verwijst in uw antwoord aan de sector. U zegt daarin het even te laten nakijken door de controleur die de inspectie zal doen, of het te veel gesloten is dan wel aanvaardbaar gesloten. Ook dat kan worden vastgelegd in de wet.

Mijn constructief voorstel is om minstens één wand voor 50 % open te laten: daardoor is er voldoende luchtcirculatie gewaarborgd en worden de cliënten beschermd tegen de natuurlijke omstandigheden. Ik hoop dat u hierop zult ingaan.

**04.04 Minister Laurette Onkelinx:** Bij de opmaak van zijn rondzendbrief baseert de FOD Volksgezondheid zich uitsluitend op de letterlijke bepalingen van de wet van december 2009 betreffende een algemene

regeling van rookvrije, gesloten plaatsen, toegankelijk voor het publiek, en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook. Ik heb in deze commissie al verscheidene keren kunnen uitleggen dat de wet van december 2009 omschrijft wat men onder gesloten plaatsen moet verstaan. De toestemming om al of niet te roken is dus met dat begrip verbonden.

Artikel 2 van voornoemde wet definieert een gesloten plaats als een plaats door wanden afgesloten van de omgeving en voorzien van een plafond of zoldering.

Om te antwoorden op de vraag of de definitie van gesloten plaats van toepassing is op lokalen, terrassen en veranda's, moet men dus nagaan of de plaats in kwestie door een plafond en wanden is afgesloten. Indien een terras dus aan elke kant een wand heeft en voorzien is van een plafond of zoldering, wordt die plaats als een gesloten plaats beschouwd en geldt er bijgevolg een rookverbod. Bij gebrek aan plafond of wand kan men niet langer van een gesloten plaats spreken, valt de plaats of het terras in kwestie niet langer onder de wet op het rookverbod en is roken er dus toegestaan. De wetgeving lijkt mij op dat punt dus duidelijk.

Het criterium dat u voorstelt om in aanmerking te nemen, namelijk dat 25 % van de totale oppervlakte van de wanden zou moeten open zijn om niet langer als een gesloten plaats te worden beschouwd, komt in de teksten helemaal niet voor. Alleen de wetgever mag een dergelijk criterium vastleggen. Bovendien, waarom zou het 25 % zijn en niet 20 % of 30 %.

Par ailleurs, pour répondre à Mme Fonck, suite à la réunion du 20 février entre mes services et le secteur horeca, il fut convenu, en totale transparence et dans le cadre d'échanges constructifs, que certaines notions devaient être précisées. À l'avenir, il ne sera plus fait référence au caractère permanent d'une paroi. La définition d'un lieu fermé reste, quant à elle, inchangée, eu égard aux termes utilisés dans la loi.

**04.05 David Geerts** (sp.a): Dank u wel mevrouw de minister, maar ik tracht een constructief voorstel te doen. Waarom 25 %? Daarover gaat het debat natuurlijk, maar dat is omwille van het feit dat hier in essentie wordt tegemoetgekomen aan de filosofie die vanuit de FOD Volksgezondheid naar voren werd geschoven.

De essentie van mijn verhaal is – en ik heb die boodschap ook aan andere ministers meegegeven – dat de horeca vandaag een sector in zware nood is. Het aantal faillissementen stijgt massaal. Als iedereen op zijn domein een beetje inschikkelijk is, dan kan de sector overlevingskansen krijgen. Indien niet, vrees ik dat we binnen enkele jaren tv-programma's zullen maken met als onderwerp “waar onze cafés gebleven zijn”. Geen enkele minister zal dan nog weten waarom ze verdwenen zijn, tenzij men vandaag zijn verantwoordelijkheid neemt.

**04.06 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je pense que j'interprète convenablement vos propos en disant que, par définition, la terrasse ne peut jamais être fermée et doit en permanence disposer d'au moins une ouverture. Voilà qui rejoint l'article 2 de la loi que vous venez d'évoquer. En la matière, il ne peut y avoir aucune ambiguïté.

Autant nous devons soutenir ce secteur dans le domaine de l'emploi, autant il ne peut être question d'agir en ce sens en opposition avec la santé des travailleurs de l'horeca: leur exposition au tabac est permanente et le risque de développer une pathologie cancéreuse ou cardiovasculaire est important. Pour leur protection, il convient de rester ferme, tout en envisageant un soutien au secteur via d'autres mesures.

**04.07 Jan Van Esbroeck** (N-VA): Mevrouw de minister, tot mijn grote spijt kan ik enkel vaststellen dat uw overleg met de sector niets heeft opgeleverd en dat alle onduidelijkheid blijft. U zegt dat het in de wet staat, maar de wet op zich is niet duidelijk. U haalt dat eigenlijk zelf aan in uw antwoord. U zegt dat de inspecteurs zullen evalueren, en dan zien wij wel. Wie het niet eens is met het oordeel van de inspecteur, stapt maar naar de rechtbank. Ik heb u daar vorige keer al voor gewaarschuwd. Uw collega, de minister van Justitie, zal daar heel blij mee zijn...

U zegt dat de wet het niet toestaat. Dat staat op dit moment nog niet in de wet, maar collega Geerts en ikzelf stellen u voor het wel in de wet in te schrijven. Het is een zeer constructief voorstel, om duidelijk te maken wat een terras precies is.

U spreekt wel over “een gesloten ruimte,” een begrip dat zeer duidelijk afgebakend is in de wet, maar over “open ruimte” kan men discussiëren. Wij hebben deze discussie ook de vorige keer reeds gevoerd. Is binnen “open” iets anders dan buiten, en omgekeerd? Wij zullen die discussie niet opnieuw voeren. Ik kan enkel

vaststellen dat u elke tegemoetkoming aan de sector weigert. Ik vind dat zeer spijtig. Ik hoop dat anderen binnen de meerderheid – ik kijk nu naar de collega's van de heer Geerts – meer bereid zijn om de sector tegemoet te komen.

Wij van N-VA hebben in ieder geval niet stilgezeten. Ik heb een horecaplan klaar dat ik binnenkort zal indienen in de Kamer. Ik hoop dat iedereen die begaan is met de sector dan de bereidheid zal tonen dat debat in de commissies te voeren.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

#### **05** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het cannabisgebruik bij jongeren" (nr. 9887)

- de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "illegale onlineapotheken" (nr. 9925)

#### **05** **Questions jointes de**

- Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la consommation de cannabis chez les jeunes" (n° 9887)

- M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les pharmacies illégales accessibles sur internet" (n° 9925)

**05.01 Reinilde Van Moer (N-VA):** Mevrouw de minister, elk jaar ondervraagt de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen de leerlingen uit het secundair onderwijs. Daaruit bleek dat van de verwachte daling niet veel in huis is gekomen. De cijfers liggen ongeveer even hoog als tien jaar geleden.

In de laagste graad van het secundair onderwijs heeft 43,6 % van de 41 000 ondervraagde jongeren ooit al cannabis gebruikt. Voor de hele leeftijdsgroep van 12 tot 18 jaar bedraagt het percentage 21,6 %. Dat zijn heel hoge cijfers.

De grootste uitdagingen van vandaag zijn de illegale onlineapotheken. Die doen steeds vaker een beroep op sociale netwerksites om gemakkelijker aan potentiële klanten te geraken, in dit geval, aan jongeren. De International Narcotics Control Board, het drugorgaan van de Verenigde Naties, maakte die vaststelling ook al bekend. Verder merke ze op dat veel regeringen de nodige wetgeving en middelen missen om de illegale onlineapotheken grondig te controleren en aan banden te leggen.

Bent u bekend met het fenomeen van de illegale onlineapotheken die via de sociale netwerksites opereren? Zijn er al gerichte controles gebeurd? Staan er verdere acties tegen dit fenomeen gepland?

De **voorzitter:** Mevrouw de minister, u krijgt het woord voor uw antwoord. U kunt eventueel ook antwoorden op de vraag van de heer Seminara, die met deze vraag samengevoegd is. In het verslag zal de heer Seminara uw antwoord op zijn vraag kunnen lezen.

**05.02 Minister Laurette Onkelinx:** Mevrouw Van Moer, de term illegale onlineapotheken, waarover gesproken wordt in het jaarrapport van de INCB, kan aanleiding geven tot verwarring. Het gaat hier niet om illegale onlineapotheken in de strikte betekenis van het woord, met name dat er apotheken zouden schuilgaan achter die initiatieven. Het gaat over websites die geneesmiddelen en/of narcotica aanbieden.

Er zijn de websites die zich vooral concentreren op de zogenaamde lifestylegeneesmiddelen, zoals producten tegen erectiestoornissen, vermageringsmiddelen, middelen tegen haaruitval enzovoort.

La lutte contre le commerce illégal de ces médicaments sur internet repose sur trois grands axes: tout d'abord, une approche législative pour encadrer et régler la vente par internet et prévenir l'infiltration de la chaîne régulière de distribution par des médicaments contrefaits; ensuite, une approche privilégiant l'information et la sensibilisation du public; enfin, une approche répressive exercée sur le terrain par les différentes autorités concernées. À cet égard, il faut, dans la pratique, tenir compte de l'endroit où est établi



le responsable du site internet, à savoir en Belgique, dans un pays de l'Union européenne ou en dehors de l'Union.

Quoi qu'il en soit, tant au niveau national qu'international, le problème doit être géré de manière coordonnée entre les différentes autorités compétentes concernées que sont les autorités de Santé publique, les services des douanes, la Justice, la police et le SPF Économie.

Pour répondre complètement à la question de M. Seminara, je dirais aussi que des mesures ont été prises à différents niveaux pour mettre en œuvre les grands axes que je viens d'évoquer. Il y a eu une législation nationale qui réglementait la vente via internet des médicaments à usage humain non soumis à prescription médicale par les pharmacies autorisées; je vous renvoie notamment à l'arrêté royal de janvier 2009. Il y a eu également une directive du 8 juin 2011 qui institue un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. Elle a trait plus particulièrement à la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légal de médicaments falsifiés. Elle doit d'ailleurs encore être transposée en droit belge. Il y a aussi la Convention Medicrime qui a été adoptée par le Conseil des ministres du Conseil de l'Europe en octobre 2010 et qui est ouverte à la signature depuis octobre dernier. Par ailleurs, des mesures de sensibilisation des citoyens ont également été prises. À cette fin, j'ai apporté mon soutien aux deux grandes campagnes d'information lancées par l'Agence des médicaments.

Au travers de la Convention internationale Medicrime, que je viens de citer, le Conseil de l'Europe a d'ailleurs développé un instrument juridique international contraignant dans le domaine du droit pénal. Destinée à protéger la santé publique, la Convention introduit des sanctions pénales et des mesures de prévention et de protection des victimes. Ouverte aux pays du monde entier, la Convention offre également un cadre de coopération internationale et des mesures destinées à améliorer la coordination au niveau national.

Enfin, je veux citer une autre initiative européenne: le Heads of Medicines Agencies Working Group of Enforcement Officers qui s'occupe aussi du commerce illicite sur internet. Cette plate-forme multidisciplinaire et multisectorielle, regroupant des membres de la police, des douanes et de l'inspection des médicaments, constitue un réseau efficace qui aide à lutter contre la criminalité pharmaceutique au-delà des frontières et prévoit notamment des formations.

Eenzijds, zijn er de zogenaamde lifestylegeneesmiddelen en, anderzijds, zijn er sites die drugs aanbieden en via sociale netwerksites gepromoot worden. Niettegenstaande het feit dat FAGG bevoegd is voor de drugswet, beperkt het toezicht van het FAGG zich in de regel tot de legale handel van de producten onder de drugswet. De bestrijding van drugshandel is gezien de specifieke context – de georganiseerde criminaliteit – het domein van Justitie en Binnenlandse Zaken. Ik verwijs u daarom voor uw vragen naar de ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken.

**05.03 Reinilde Van Moer (N-VA):** Mevrouw de minister, dat laatste voorstel zal ik in overweging nemen. Ik begrijp inderdaad wel dat het moeilijk is om de internationale websites allemaal te controleren van hieruit. Het FAGG kan misschien toch enkele acties op touw zetten in samenwerking met een aantal andere instanties. Misschien kan België dat dan ook eens aanklaarten bij de Verenigde Naties. Uiteindelijk zijn zij het die nu bekendmaken dat het ook in België echt niet goed gaat met het cannabisgebruik. Er kan dus misschien toch op verschillende fronten actie ondernomen worden.

De **voorzitter**: Wordt vervolgd in andere commissies heb ik de indruk.

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

**06 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la substitution de médicaments" (n° 9892)**

**06 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de substitutie van geneesmiddelen" (nr. 9892)**

**06.01 Catherine Fonck (cdH):** Monsieur le président, madame la ministre, même si j'avais déposé cette question début mars, je pense que nous sommes en plein dans l'actualité et de nouveaux éléments

d'information me sont parvenus.

Nous avons déjà eu un débat lors de la discussion du projet de loi portant des dispositions diverses (53/2005), au sujet de l'obligation pour le pharmacien de délivrer le médicament le moins cher lors de la prescription d'un antibiotique ou d'un antimycosique en ambulatoire pour des traitements aigus.

Le texte a pu être modifié en prévoyant que le médecin peut s'opposer à cette substitution s'il justifie, dans son dossier, une raison thérapeutique à cette opposition, ce qui permet de ne pas nier purement et simplement la liberté thérapeutique du médecin. J'ai rencontré des médecins et des pharmaciens et je constate que cela provoque un certain nombre de difficultés, y compris d'ailleurs dans le chef du patient.

Madame la ministre, que va-t-il se passer si le patient exige de recevoir son traitement, que ce soit une spécialité ou un générique, sous la même forme reçue précédemment? Rappelons que le pharmacien devra délivrer pour cet antibiotique ou antimycosique, le médicament le moins cher.

Vous savez aussi bien que moi que les médicaments changent tous les mois. Certaines difficultés s'annoncent. Par exemple, imaginons un patient sous traitement antibiotique pour deux semaines: il a acheté une première boîte d'antibiotiques pour une semaine et, lorsqu'il se rend en pharmacie pour acheter la seconde boîte, le mois a changé! Dès lors, le médicament le moins cher ne sera peut-être pas le même que celui de la première semaine. Le pharmacien aura en face de lui un patient mécontent, puisqu'il ne pourra pas lui proposer le même produit.

Outre ces difficultés de terrain, cette situation est-elle conforme au respect de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient? La mention sur la prescription ou dans le dossier du 'choix du patient' n'est-elle pas une raison valable d'opposition à la substitution?

Je vous avais déjà interrogée sur les modifications potentielles en termes de responsabilité des médecins et des pharmaciens, mais je n'avais pas eu de réponse. Qu'en est-il, madame la ministre? Qui assume, in fine, la responsabilité en cas de survenue d'effets secondaires graves si le pharmacien délivre un autre médicament que celui prescrit par le médecin?

Comment vont se passer les contrôles en cas d'évocation de l'opposition pour raison thérapeutique? Si, au niveau de l'administration, cette raison thérapeutique est contestée, jusqu'où le médecin doit-il aller pour prouver ce motif?

Les pharmaciens se posent également de nombreuses questions quant à la faisabilité de l'application de cette décision en officine. Le problème ne concerne pas nécessairement les très gros groupes (de cinq à vingt officines) mais il est en revanche bien réel pour les petites et moyennes officines. En effet, comme les prix changent tous les mois, ce ne sera pas nécessairement le même produit correspondant à la molécule prescrite qui sera toujours le moins cher. Les pharmaciens vont donc avoir du mal à gérer leurs stocks. Que feront-ils avec leurs médicaments, si les grossistes ne les reprennent pas?

Par ailleurs, vous savez que les médicaments génériques ont une durée de vie beaucoup plus courte. Les pharmaciens risquent donc de se retrouver avec des stocks qu'ils n'auront pas délivrés, qui ne seront pas repris par les grossistes et qu'ils seront amenés à jeter.

Que feront-ils s'ils n'ont pas à disposition le médicament le moins cher? Devront-ils d'office faire revenir les patients? On sait que des dérogations à ce système sont prévues pour les périodes de garde le week-end. Mais, en général, il faudra que le patient attende que le pharmacien soit livré et effectue un nouveau déplacement.

Il faut également savoir que les grossistes reçoivent les conditionnements des firmes en début de mois. En outre, comme c'est le cas avec les médicaments génériques qui sont produits dans des pays parfois lointains, les grossistes belges ne sont pas nécessairement livrés une deuxième fois sur le mois. On risque donc de devoir faire face à une rupture de stock et à la mise en difficulté des petites et moyennes officines. En cas de rupture de stock du grossiste, le pharmacien peut-il délivrer un autre produit?

Enfin, madame la ministre, une grande question se pose concernant les patients. En effet, lors des discussions, je ne savais pas que la mesure aurait des répercussions sur le montant à charge du patient. Après avoir pris durant une semaine un antibiotique, si le patient souhaite poursuivre son traitement avec le

même antibiotique, alors qu'il n'est plus le moins cher, j'imaginais qu'il devrait simplement prendre à sa charge le différentiel. Mais selon les pharmaciens que j'ai rencontrés, dans ce cas de figure, le patient perd son droit au remboursement et doit payer le prix plein. Qu'en est-il exactement, madame la ministre?

Il me paraît important de régler toute une série de questions en concertation avec les représentants des médecins et des pharmaciens et d'examiner les mesures qui pourraient être prises afin d'améliorer la situation.

**06.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, je vais tenter de répondre le plus précisément possible. Il s'agit de l'application d'une loi que vous avez votée voici peu. Tout changement, toute mesure d'économie, donne évidemment l'occasion aux uns et aux autres d'exprimer leurs craintes ou interrogations.

De manière globale, en matière de substitution, la réponse est simple. Il n'y a aucun changement dans les droits et obligations des uns et des autres. Pour ce qui concerne les droits du patient, le patient a tout autant le droit de contester une prescription soumise à substitution qu'il a déjà le droit de contester toute autre prescription. Permettez-moi cependant de rappeler en quoi consiste ce droit. Pour une prescription sous le nom d'une marque, le patient peut demander au pharmacien une autre marque, si c'est dûment motivé, par exemple parce qu'il y a un risque de confusion à la suite du changement de marque ou parce que le patient est allergique à un excipient. Il ne peut, par contre, pas le faire sans motivation médicale.

Dans le cas particulier de la substitution pour les antibiotiques et les antimycosiques, si le patient s'oppose sans motivation, le pharmacien ayant l'obligation de substitution pourra délivrer une autre marque mais le patient devra éventuellement – et cela me semble acceptable, vu l'absence de motivation – prendre le médicament entièrement à sa charge. Dans tous les autres cas où il existe des raisons médicales de s'opposer, le médicament restera remboursé.

La mention 'choix du patient' n'est donc, pas plus qu'elle ne l'est aujourd'hui, une raison suffisante pour s'opposer aux règles du remboursement s'appliquant à une prescription. Pour ce qui est de la responsabilité des acteurs de santé, celle-ci ne change pas non plus. Le médecin et le pharmacien doivent choisir le meilleur médicament possible pour le patient. Aujourd'hui, quand le médecin prescrit, il est censé tenir compte de tous les éléments liés au médicament, y compris des excipients auxquels son patient peut être allergique. Je ne sais pas si tous les médecins le font; je le suppose.

Ces excipients dits à 'effets notoires' sont principalement des substances entraînant des allergies ou des intolérances répandues dans la population, comme le lactose, l'huile d'arachide ou l'aspartame. La mention d'une objection thérapeutique par le médecin lui permettra, en outre, de signaler tout autre problème de santé nécessitant la délivrance d'un médicament précis.

L'arrêté royal du 21 janvier 2009 précise, quant à lui, que le pharmacien est tenu, lorsqu'il reçoit une prescription, de l'analyser, entre autres, au niveau de ces effets indésirables potentiels. Si le pharmacien suspecte une allergie ou un autre problème lié à la santé, qui n'a pas été identifié par le médecin, il demande l'aval du patient et du médecin et peut, avec l'accord du médecin, modifier la prescription dans l'intérêt du patient. Dans la substitution comme dans le traitement de toute prescription, ces obligations et cette possibilité de modification de la prescription dûment motivée, resteront valables.

On notera d'ailleurs que l'information sur les excipients présents dans les deux classes où une substitution est autorisée sera d'ici peu disponible sur le site de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé et sur le site du Centre belge d'Information pharmacothérapeutique. Elle permettra un suivi, tant par le médecin que par le pharmacien, des allergies ou intolérances potentielles, plus pointues pour ces deux classes de médicaments que pour les autres classes. In fine, les responsabilités en cas de survenue d'effets secondaires graves, que vous soulevez, seront donc jugées sur les mêmes bases que pour toutes les prescriptions qui existent à l'heure actuelle.

En ce qui concerne les contrôles, l'Agence pourra vérifier, lors de ces inspections dans les pharmacies, le bon respect par les pharmaciens, d'une opposition thérapeutique à la substitution éventuellement manifestée par le médecin. Le contrôle de l'usage, éventuellement abusif par le médecin, de l'opposition thérapeutique, sera fait par l'INAMI. Les règles en matière de justification de la prescription seront les mêmes que celles appliquées aujourd'hui par le service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI à toute prescription.

Enfin, en ce qui concerne la gestion des stocks au niveau des pharmacies, les organisations de pharmaciens elles-mêmes reconnaissent que les règles prévues pour la substitution garantissent une exécution sans problème au niveau de la pharmacie. Les grossistes et pharmaciens seront en effet informés au minimum six semaines à l'avance des prix pratiqués, ce qui permettra une gestion fluide des stocks. En outre, le fait que trois marques différentes au minimum puissent être délivrées pour toute prescription, au démarrage du système, permettra en pratique de toujours disposer d'un médicament correspondant à la prescription.

Je profite de l'occasion pour vous indiquer que l'information sur les médicaments appartenant à la fourchette des moins chers n'étant pas encore disponible pour les prix du mois d'avril, j'ai décidé de postposer l'obligation de délivrer le médicament le moins cher dans le cadre de la substitution pour les antibiotiques et les antihypertenseurs au 1<sup>er</sup> mai 2012.

La substitution est limitée à ces deux classes et sera pratiquée sur une base volontaire par les pharmaciens jusqu'au 1<sup>er</sup> mai, après quoi elle deviendra obligatoire.

Par ailleurs, j'ai mis à profit ce mois supplémentaire pour communiquer clairement à l'intention des professionnels de la santé et des patients afin de lever tout doute quant aux règles relatives à la substitution. L'INAMI et l'Agence des médicaments continuent leur collaboration pour activer et réactiver un plan de communication susceptible de répondre à toutes les interrogations, à tous les doutes et à toutes les craintes.

**06.03 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Par rapport à toutes ces questions pratiques et techniques qui se posent au quotidien, je retiens que le patient ne payera pas le différentiel comme je le pensais. Dès lors, il devrait payer le prix complet du médicament et perdre le droit au remboursement s'il refuse, après avoir reçu un type de produit la première semaine de son traitement, le produit différent que lui proposera le pharmacien la deuxième semaine de traitement.

**06.04 Laurette Onkelinx**, ministre: On n'achète pas un médicament comme si on se rendait au marché! Ce n'est pas un produit de consommation comme un autre. Grâce à ce que nous sommes occupés à faire, le prix de 200 médicaments a déjà baissé. C'est vous dire qu'il n'y aura pas trop de problèmes!

**06.05 Catherine Fonck** (cdH): Cela, c'est l'aspect macro! Mais quid de l'aspect micro, madame la ministre?

Supposons le cas d'un patient souffrant d'une infection des voies respiratoires. Il a une ampicilline. Le médecin prescrit un produit. Le malade a deux ordonnances, parce que, bien souvent, il devra prendre des antibiotiques pendant deux semaines. Entre ces deux semaines, le prix des médicaments sera potentiellement différent si on passe d'un mois à l'autre. Le patient se rend dans une pharmacie de Bruxelles la première semaine chercher son antibiotique. Il recevra tel générique ou telle spécialité. Et lorsqu'il achètera sa deuxième boîte - car nombre de patients n'achètent pas les prescriptions des deux ordonnances en même temps, faute de moyens suffisants - il se rendra dans une autre pharmacie. À ce moment, je pense que le patient sera en difficulté. S'il explique que, la première semaine, il a reçu tel médicament, le pharmacien se retrouvera dans une situation intenable étant donné que lui-même ne peut pas répondre à cette opposition du patient.

Par ailleurs, si la situation est gérable pour les très gros groupes qui dirigent plusieurs pharmacies, pour les petites et les moyennes officines, des problèmes de stock se poseront manifestement. Il conviendra en la matière de réfléchir sur certains aspects, madame la ministre, pour tenir compte non pas de la réalité macro mais des réalités micro sur le terrain.

**06.06 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame Fonck, l'aspect micro a une influence sur l'aspect macro et vice versa. Certes, les lobbies sont puissants, mais nous devons défendre le changement que nous avons voté ensemble.

De **voorzitter**: Ik weet dat dit een zeer actueel en belangrijk debat is. Wij hebben echter tientallen vragen aan de agenda en het Reglement van de Kamer voorziet in een timing voor de vragen. Ik heb u nu de ruimte gegeven maar ik wil toch vragen om de nodige discipline aan de dag te leggen, zoniet gaan wij hier zeer gefrustreerde collega's krijgen.

**06.07 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, il est très important d'entendre les pharmaciens. Il ne s'agit pas ici de lobby. Il s'agit plutôt de prendre en considération le patient et les conséquences que cette

mesure aura sur lui.

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

**06.09 Catherine Fonck** (cdH): Mais peut-être achetez-vous directement tous les médicaments prescrits sur vos ordonnances!

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**07 Questions jointes de**

- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la réforme des soins de santé mentale via la mise en oeuvre de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux" (n° 9893)

- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'état d'avancement des projets art. 107" (n° 10943)

- Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le financement des projets de santé mentale 'psy107'" (n° 10983)

**07 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg door middel van de toepassing van artikel 107 van de ziekenhuiswet" (nr. 9893)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de stand van zaken van artikel 107-projecten" (nr. 10943)

- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de financiering van de psy107-projecten in de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 10983)

**07.01 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, cette question avait aussi été déposée depuis longtemps. Si vous le permettez, je ne reprendrai pas tous les rétroactes. Je pense que ce dossier est connu de la grande majorité des membres aujourd'hui présents.

Madame la ministre, je vais aller droit au but.

Où en est-on dans les projets 107 de santé mentale? Ces projets sont extrêmement importants et ont été développés sur le terrain.

Confirmez-vous la poursuite du financement de l'ensemble des coordinateurs des 19 projets pour 2012?

J'ai entendu qu'une Conférence interministérielle s'annonçait. Que va-t-il arriver aux 7 projets actuellement classés en catégorie 2?

Enfin, pouvez-vous m'indiquer si vous avez dégagé des marges nécessaires à la mise en place des 9 projets qui ne bénéficient pas encore d'un financement complet?

Monsieur le président, j'ai largement rattrapé le temps que j'avais pris pour la précédente question.

**07.02 Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik zal de hele problematiek niet herhalen, maar ik wil het toch nog hebben over een ander aspect, dat collega Fonck niet heeft aangehaald. Het klopt dat er 19 projecten zijn, waarvan er 10 lopend zijn. Negen projecten moeten nog starten. Zeven daarvan bevinden zich vandaag nog in statuut 2. Twee projecten, één in West-Vlaanderen en één in Limburg, bevinden zich nog in 1B, wat betekent dat zij mogen starten als de centen er zijn.

Mevrouw de minister, ik wil nog eens een lans breken voor die projecten. Ik heb vorige week van u vernomen, uit een antwoord op een vraag mevrouw Gerkens in het raam van de begroting, dat u die projecten opnieuw zou meenemen naar de interministeriële conferentie van begin juni, dat u daar zou kijken

naar de resterende projecten en kijken in welke mate u die met de collega's van de Gemeenschappen kunt evalueren, zodat die misschien ook het statuut 1B kunnen krijgen. Ik heb er alle begrip voor dat u dat zult doen, want het moet nog bekeken worden met de collega's van de Gemeenschappen.

Ik heb het wel wat moeilijker met de twee 1B-projecten, die eigenlijk al hun 1-status hebben gekregen. Op het terrein wordt gewoon op centen gewacht. De signalen die ik van daaruit krijg, zijn zeer alarmerend, in die zin dat de bedden reeds vrijgemaakt zijn. Er is dus een enorme druk uit het veld, zeker vanuit de ziekenhuizen. Die bedden zijn al maanden vrijgemaakt, maar het project kan niet starten. Er is dus druk om die bedden weer in te nemen, maar men moet die op een bepaald ogenblik dan wel opnieuw vrij krijgen om het project opnieuw te starten.

Er zijn dus alarmerende berichten van op het terrein. Ik vermoed dat u zult antwoorden dat er een budgettaire probleem is. Ik weet ook dat men een voorstel heeft gedaan en dat u, terecht, 5 miljoen besparingen hebt gevraagd in het raam van de B4-overeenkomst voor de ziekenhuizen en 5 miljoen voor de psychiatrische ziekenhuizen. Ik weet dat er vanuit de Nationale Raad voor de Ziekenhuizen een voorstel werd gedaan waarin de netwerkcoördinatoren, het starten van die twee projecten en de besparingen van 5 miljoen zitten. Er ligt een voorstel op tafel waarmee de financiering kan gebeuren. Aansluitend bij wat collega Fonck vraagt, wil ik dus ook heel specifiek vragen naar de stand van zaken in de twee 1B-projecten, omdat ik vrees dat wij de pracht van het project aan het verliezen zijn.

**07.03 Marie-Martine Schyns** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, je rebondis sur l'information que vient de donner Mme Muylle. J'avais déposé une question qui complétait celle-ci, avec de nouvelles données qui dataient de mi-mars, concernant le fameux avis du groupe de travail de l'asile psychiatrique du CNEH.

Celui-ci signale qu'il y a moyen de trouver l'argent - ce qui est important - et de réaliser une économie de 5 millions, d'obtenir alors une différence de 973 000 euros, qui pourraient être alloués à de nouvelles initiatives, à partir du 1<sup>er</sup> juillet.

D'après cet avis, les 7 projets classés 2 pourraient passer en 1A. Cette solution, qui serait la meilleure, permettrait de ne pas avoir des soins psychiatriques à deux vitesses dans notre pays.

L'INAMI a dégagé des budgets complémentaires pour le financement de programmes de rééducation psychosociale. Quelle somme cela recouvre-t-il? Cet argent n'ira que pour les projets retenus en 1A. Nous nous retrouvons donc avec des projets acceptés, qui reçoivent des budgets complémentaires, et d'autres non acceptés, donc sans argent, alors que les lits ont été libérés, comme l'a signalé Mme Muylle. Finalement, ils se font avoir deux fois et nous avons des soins psychiatriques à deux vitesses.

Nous ne le souhaitons pas, vous non plus; donc, madame la ministre, suivrez-vous cet avis du CNEH, par rapport aux économies budgétaires, pour les fameux projets qui sont pour le moment classés 2?

**07.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Je n'envisage pas d'étendre la substitution pour pouvoir financer les projets 107.

Collega's, ik dank u voor uw vraag die mij toelaat u eraan te herinneren hoezeer ik aan deze ambitieuze hervorming gehecht ben. Wij kunnen de betrokkenheid van de partners op het terrein en de andere bevoegde overheden, voornamelijk via de Interministeriële Conferentie, niet genoeg onderstrepen.

De hervorming gaat haar gang. Momenteel staat alleen de uitbreiding van een bestaande proeffase ter discussie en dat terwijl er nog geen enkele evaluatie is gebeurd. De federale overheid ondersteunt deze zogenaamde proeffase via de gezondheidszorgbegroting. De financiering voor de tien projecten – gepland aantal tijdens de start van de hervorming – vertegenwoordigt een aanzienlijk budget van bijna acht miljoen euro.

Bovendien kunnen wij maar aan een uitbreiding van de proeffase denken indien wij over een voldoende lange periode in een budget voorzien. Vergeet immers niet dat de proefprojecten-artikel 107 zich in principe over een periode van drie jaar uitstrekt. Een niet-structurele budgettaire oplossing is zinloos en zou het terrein in een nog moeilijker toestand brengen dan nu het geval is.

Par ailleurs, le budget alloué à chaque projet 107 comprend également une part relative à la fonction

médicale, issue d'un transfert de l'INAMI. Ce transfert est techniquement impossible avant 2013.

Afin de ne pas mettre en péril la réforme et de ne pas briser la dynamique mise en œuvre, que je soutiens à 200 %, et malgré le contexte budgétaire difficile, j'ai pu trouver une solution en assurant le financement pour 2012 des coordinateurs des 9 projets classés 2 et 1B. Ceci représente déjà un budget significatif: 900 000 euros.

Du reste, j'ai la volonté de dégager de manière durable les moyens nécessaires à une extension de cette phase pilote. À cette fin, j'ai chargé mon administration d'examiner des pistes de solution qui pourront être débattues dans le cadre de l'élaboration du budget des soins de santé 2013.

J'ai été informée des travaux menés au sein du Conseil national des établissements hospitaliers. D'abord, précisons qu'il n'y a pas eu formellement d'avis rendu par cet organe d'avis. En vérité, d'après les informations qui me sont communiquées, la position du secteur est plus nuancée en raison de sensibilités différentes en son sein.

Cela s'explique sans doute par la difficulté des arbitrages à mener entre des problématiques tout aussi sensibles, comme l'internement. Si le secteur soutient globalement la réforme 107, le choix dans les priorités diffère. Certains estiment qu'il faut dégager les budgets pour étendre l'étude; d'autres pensent que cela ne peut se faire au détriment d'autres besoins et qu'il convient d'attendre l'évaluation de ce qui est en cours.

Les budgets complémentaires alloués à certains projets sont justifiés par l'effort particulier réalisé en termes de gel de lits. Ceci me permet de rappeler que la viabilité de toute cette réforme tient à une logique de neutralité budgétaire. À terme, le mécanisme de gel de lits doit permettre au secteur d'entrer dans la réforme sans que de nouveaux budgets soient nécessaires. La phase dans laquelle nous nous trouvons n'est que transitoire à ce titre.

La Conférence interministérielle aura lieu à la fin du mois de mai ou au début de juin; je reviendrai ensuite vers vous. En effet, avec mes collègues, nous aurons une discussion sur la poursuite des 107 et la possibilité d'orienter des crédits. Il n'est jamais facile d'abandonner certains projets pour en financer d'autres: l'exercice est particulièrement délicat, mais je l'effectuerai avec mes collègues de la Conférence interministérielle.

**07.05 Catherine Fonck** (cdH): Merci, madame la ministre, pour vos réponses.

Je vous lance un appel très clair et très fort. Je pense que si vous soutenez la dynamique des projets 107 à 200 %, comme vous l'avez dit, vous devez aller jusqu'au bout de la logique, ne pas faire un "deux poids, deux mesures" et financer clairement tous ceux qui, depuis longtemps maintenant, se sont mobilisés, ont rassemblé les différents acteurs qui s'intriquent dans ces projets, ont gelé voire fermé des lits psychiatriques. Il faut donc – je pense que vous n'avez pas le choix – dégager les moyens pour que les projets puissent tous être reconnus dans la même catégorie et démarrer complètement leur activité.

Ne pas intervenir en ce sens serait vraiment nier tout le travail qui a été réalisé par l'ensemble des acteurs, alors même que vous vous étiez engagée au départ. Les acteurs de terrain ont respecté ...

**07.06 Laurette Onkelinx**, ministre: (...) dans les soins de santé, dont le vôtre! Mon parti a défendu un budget et, grâce à cela, nous allons faire le maximum pour cette réforme, que j'ai réalisée et à laquelle je tiens! Il est un peu énervant que les mêmes partis réclament, en même temps, à cor et à cri, des économies, et puis viennent faire la leçon. Cela m'agace!

**07.07 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je ne suis pas du tout d'accord avec ce que vous venez de dire! Je dis que ces acteurs de terrain ont respecté les règles!

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

**07.09 Catherine Fonck** (cdH): Ce que je pense, c'est qu'il y a un problème politique derrière tout ça! Si vous me poussez jusqu'au bout, je vais le dire. Il y a un "deux poids, deux mesures" et il serait alors intéressant d'examiner pourquoi les règles ont été acceptées pour certains et pas pour d'autres! Je vais fermer la parenthèse, je peux toujours y revenir une autre fois.

Pour ce qui concerne le budget, il faut quand même rappeler que le secteur hospitalier a participé à l'effort, notamment via la diminution de la sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux, à hauteur de 15 millions d'euros, avec 5 millions d'euros pour les hôpitaux psychiatriques.

Je pense que, par ailleurs, il y a d'autres possibilités avec des budgets qui sont aujourd'hui non utilisés, notamment dans les maisons de repos psychiatriques. Par rapport à cela, madame la ministre, je vous appelle à respecter les engagements que vous aviez pris, alors même que les acteurs, sur le terrain, ont respecté leurs engagements et se sont mis en route depuis de nombreux mois.

De **voorzitter**: Oké, ik had even het gevoel dat we plotseling in het begrotingsdebat waren beland, een week na de begrotingslezing.

**07.10 Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik denk dat het debat genuanceerder is dan het hier wordt voorgesteld.

In eerste instantie volg ik u helemaal wanneer u zegt dat we structurele middelen moeten vinden om die projecten te kunnen laten starten. Dat klopt. Ik denk dat het moeilijk is vandaag iets te laten starten zonder de mensen perspectief op voortzetting te geven. Ik volg u daar volledig in. Het is natuurlijk wel jammer dat bij het begin de spelregels niet op die manier zijn vastgelegd. Ook bij de andere projecten die zijn ingediend, wist men niet dat er een proeffase was, waarna er een tweede trein zou komen. Dat is nooit op die manier gezegd.

Ten tweede denk ik dat mijn partij zeker in het hele begrotingsverhaal – en dat weet u maar al te goed – zeer nauw toekijkt op het budget Volksgezondheid. Ik weet ook, mevrouw de minister, dat er vandaag een voorstel op tafel ligt om vijf miljoen euro te besparen en dat de financiering van de projecten zelfs mee in rekening kan genomen worden. Blijkbaar kijkt u niet naar dat voorstel. U zal daar geen rekening mee houden.

Ik vind het jammer dat u het over de tweespalt in de sector hebt. U zegt dat sommigen vinden dat er meer geld vrijgemaakt moet worden voor bijvoorbeeld forensische – en ik vermoed ook voor kinderen en jongeren. Maar misschien zijn het net zij die vandaag al in de eerste tien projecten zitten die dit vinden. Ik vind het dan jammer dat men op het terrein twee snelheden krijgt. Zij die vandaag al in het project zitten, zeggen dat het niet meer nodig is het tweede te financieren. Ze willen geld voor andere en nieuwe zaken. Dat waren niet de spelregels die in het begin werden afgesproken.

Ik vind het ook jammer dat u niets gezegd hebt over de twee 1B-projecten. Zij hoeven namelijk niet naar een interministeriële conferentie te gaan. Zij zijn klaar. Zij hebben de bedden vrijgemaakt. De middelen liggen op tafel en toch weigert u ermee door te gaan. Ik vind dat u het debat genuanceerder moet voeren dan hoe u het vandaag hebt gedaan.

**07.11 Marie-Martine Schyns** (cdH): Monsieur le président, je vous remercie.

Je ne vais pas en rajouter une couche, puisqu'il y en a eu deux. Je rejoins absolument les avis précédents. Sans doute les économies doivent-elles être structurelles. Mais, vous l'avez dit, nous sommes dans une période transitoire. Et on ne peut pas travailler simultanément de ces deux manières.

Madame la ministre, vous ne devez pas vous asseoir sur ce dossier, parce que tout le monde attend - tous secteurs confondus.

En tout cas, nous vous remercions pour votre action.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

## **08 Questions jointes de**

- **M. Franco Seminara** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la consommation de sodas et les conséquences sur la santé" (n° 9924)

- **Mme Nadia Sminate** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la consommation de sodas et



**son influence sur les soins de santé" (n° 10078)**

**08** Samengevoegde vragen van

- de heer **Franco Seminara** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de consumptie van frisdranken en de gevolgen voor de gezondheid" (nr. 9924)

- mevrouw **Nadia Sminate** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de consumptie van frisdranken en de impact ervan op de gezondheidszorg" (nr. 10078)

**08.01** **Nadia Sminate** (N-VA): Mevrouw de minister, een recente studie uit Australië herinnert ons aan de gevolgen van het gebruik van frisdrank op de volksgezondheid. De studie geeft aan dat het overmatig gebruik van frisdrank de kans op astma, chronische bronchitis en zwaarlijvigheid met 79 % doet oplopen.

Als dit klopt, heeft het gebruik van frisdrank een enorme impact op de volksgezondheid en de financiering ervan.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van deze studie en de resultaten ervan? Plant u een beleid om de gevaren en de gevolgen van het gebruik van frisdranken te verminderen?

Wat is uw mening over het gebruik van stevia in frisdranken? Dat gebeurt momenteel nog niet, maar het zou misschien wel een oplossing voor dit probleem kunnen bieden.

**08.02** Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb van deze studie kennisgenomen en de resultaten zijn inderdaad onrustwekkend. De onderzoekers stellen een verband vast tussen de consumptie van frisdrank en de ontwikkeling van ademhalingsproblemen.

Om de impact van de consumptie van gesuikerde frisdranken in te schatten, moet men de budgettaire impact berekenen van alle aandoeningen die gelinkt zijn aan deze gesuikerde dranken.

Een overmatige consumptie van frisdranken kan leiden tot overgewicht of obesitas, het beïnvloedt de bloedsuikerwaarden en het regelmechanisme van insuline, wat kan leiden tot prediabetes.

Daarnaast hebben frisdranken ook een negatief effect op de tanden, tandbederf en tanderosie door de zuurtegraad en ons botkapitaal waardoor een overmatige consumptie een risicofactor voor osteoporose vormt.

Deze recente studie voegt daar nog effecten op de luchtwegen aan toe.

De directe impact van obesitas op de gezondheidszorg werd ingeschat op 800 miljoen euro per jaar.

Dit cijfer is echter een onderschatting van alle indirecte kosten. Er is ook een totale maatschappelijke kostprijs van bijvoorbeeld absentisme of verminderde productiviteit door depressie.

De afzonderlijke impact van gesuikerde frisdranken op de gezondheidszorg is moeilijk in te schatten, mede doordat de eerder vernoemde aandoeningen vaak verschillende risicofactoren hebben, waaronder een ongezonde levensstijl, voeding en beweging, inclusief de consumptie van frisdranken.

De zoetstof E960 Steviolglycoside die uit de steviaplant wordt geëxtraheerd is toegelaten sinds eind 2011 in bepaalde voedingsmiddelen en binnen bepaalde grenzen. De limiet is vastgelegd op 80 milligram per liter in gearomatiseerde dranken met verminderde calorie-inhoud of zonder toegevoegde suikers. De vervanging van bestaande zoetstoffen of suiker door deze nieuwe zoetstof in frisdranken zal slechts gedeeltelijk een oplossing bieden voor bovenvermelde problemen. Stevia vormt namelijk in hoofdzaak een alternatief voor de huidige bestaande zoetstoffen. Verder zal de vervanging van de ene zoetstof door een nieuwe niets veranderen aan de zoetgewenning die dergelijke frisdranken in stand houden. Bovendien verandert steviolglycoside niets aan de negatieve invloed op onze bot- en tandgezondheid of aan tanderosie door de zuurtegraad van sommige frisdranken.

**08.03** **Nadia Sminate** (N-VA): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u de studie bevestigt, dat u erkent dat de gevolgen voor de volksgezondheid enorm zijn en dat de financiering van de gezondheidszorg hieronder te lijden heeft.

Op mijn vraag of er plannen zijn om het beleid aan te passen kreeg ik geen antwoord. Dat is spijtig want daar draaide mijn vraag om.

**08.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, je voulais encore préciser que la liste des études dont les rapports plaident pour une diminution voire une limitation de la consommation des boissons est évidemment plus longue chaque jour. Plusieurs stratégies sont envisageables et combinables. L'une d'elles consisterait à taxer ce type de boissons, comme c'est le cas en France, par exemple, pour les boissons sucrées et édulcorées pour financer des campagnes de santé publique visant à modifier les comportements alimentaires de la population.

Une autre solution ciblerait le marketing pour ce type de produits. En effet, on constate que les *soft drinks* occupent une place très importante en termes de publicité au détriment d'annonces en faveur de produits plus sains. Un des enjeux est donc de diminuer la pression médiatique ou publicitaire autour des sodas en instaurant un code de conduite avec l'industrie alimentaire et les annonceurs, incluant des critères nutritionnels validés par le Plan national Nutrition-Santé.

Bien entendu, un système d'éducation intégrant, dès le plus jeune âge (3 à 18 ans), les bases d'une alimentation saine et durable est fondamental dans le processus d'acquisition des habitudes alimentaires et d'activités physiques. Ce n'est évidemment possible qu'à la condition que l'offre des repas scolaires soit de haute valeur nutritionnelle et que le distributeur mis à la disposition des jeunes dispose d'une offre saine.

À ce sujet, j'attire votre attention sur un projet financé à ma demande, fin 2011, qui consiste en l'élaboration d'un cahier des charges type pour les repas scolaires, les distributeurs et les restaurants d'entreprise, en vue d'aider les pouvoirs adjudicateurs pour bénéficier d'une offre saine et durable.

Je l'ai transmis aux Communautés, aux communes et aux gestionnaires de restaurants d'entreprises publiques et privées. Je sais que la Communauté française, en tout cas, en a fait une grande publicité.

**08.05 Nadia Sminate** (N-VA): Mevrouw de minister, nu hoor ik inderdaad een heel duidelijk antwoord op mijn vraag.

Mevrouw de minister, een aantal zaken die u aanhaalt, zijn uiteraard ook gemeenschapsmaterie. Ik denk echter dat dit wel aanleiding zou kunnen geven tot een groter debat over de vraag hoe wij ervoor kunnen zorgen dat de gevolgen van het gebruik van dergelijke dingen beperkt worden.

Mijnheer de voorzitter, ik suggereer dat wij daarover misschien een ruimer debat kunnen voeren dan zomaar een vraag in de commissievergadering. Ik meen immers dat dit een maatschappelijk belangrijk en relevant thema is.

De **voorzitter**: Mevrouw Sminate, dat is alweer een goede suggestie.

Vlak voor de paasvakantie hebben wij nog over het nationaal voedselplan gesproken.

Als wij een debat willen houden zoals u het voorstelt, dan moeten ook de Gemeenschappen en eventueel ook lokale overheden daarbij worden betrokken. Het is allemaal niet zo eenvoudig om dat op een goede manier georganiseerd te krijgen.

Wij nemen uw suggestie zeker mee. Als wij in de komende weken of maanden opnieuw een rondvraag houden over de prioriteiten, dan vergeet u best niet dat dit misschien ook binnen uw fractie als prioriteit kan worden geformuleerd.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**09 Question de Mme Linda Musin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'épilation définitive selon la technique de la lumière pulsée intense" (n° 9926)**

**09 Vraag van mevrouw Linda Musin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de permanente**

## ontharing met IPL-apparatuur" (nr. 9926)

**09.01 Linda Musin (PS):** Monsieur le président, madame la ministre, quelques marques ayant récemment adapté leurs appareils professionnels à des usages particuliers, l'épilation définitive, qui ne se pratiquait qu'en institut, peut maintenant se faire chez soi, selon la même technique de la lumière pulsée intense ou lampe flash.

La banalisation de l'usage de ces appareils tant en institut que chez des particuliers n'est cependant pas sans danger. Selon la notice, beaucoup de précautions s'imposent aux utilisateurs: "garder loin des yeux", "brûlures graves" ou "dommages sévères si l'appareil est utilisé sur une peau bronzée", etc. Les spécialistes soulignent le risque lié au rayonnement infrarouge et les dangers possibles de brûlure de la rétine, voire de la cornée. Les nombreuses contre-indications (notamment en cas d'épilepsie, d'hypersensibilité à la lumière, après une exposition solaire naturelle ou artificielle, après un cancer de la peau, lors de réaction après une blessure, avec un pacemaker, un défibrillateur interne, pendant la grossesse, etc.) et les consignes strictes à respecter incitent certains magasins d'électroménager à refuser de vendre ces appareils. Il semblerait qu'une législation s'appliquant aux instituts qui pratiquent l'épilation définitive soit actuellement à l'étude.

Madame la ministre, les appareils épilatoires utilisant la lumière pulsée intense et la lumière pulsée variable, aujourd'hui accessibles à tous dans le commerce, ont-ils les mêmes caractéristiques que les appareils utilisés par les professionnels de l'esthétique? Certaines estiment que ces techniques épilatoires devraient être réservées aux seuls prestataires de soins de santé. Qu'en pensez-vous? Quelles mesures devraient-elles être prises pour diminuer au maximum les risques identifiés en la matière?

**09.02 Laurette Onkelinx, ministre:** Chère collègue, l'épilation est un traitement cosmétique qui a effectivement fortement évolué au cours des dernières années. Cette technique se pratique le plus souvent à l'aide d'appareils laser ou de type *Intense Pulsed Light* (IPL).

Compte tenu de l'impact de l'énergie administrée sur la peau et de la gravité des effets secondaires potentiels consécutifs au traitement effectué, le Conseil supérieur de la Santé a émis un avis relatif à la problématique de l'utilisation du laser dans le cadre de l'épilation, avis validé le 18 octobre 2006 et dont vous pouvez retrouver le texte dans son intégralité sur le site web du SPF Santé publique. Dans cet avis, le Conseil supérieur considère en substance que les traitements au laser et par IPL doivent être considérés comme un acte médical.

Il effectue néanmoins une distinction entre deux types d'intervention. D'une part, il concerne les traitements non épilatoires et les traitements épilatoires avec une pathologie sous-jacente suspectée, qui ne peuvent être effectués à l'aide des appareils que par un médecin compétent ou par des tiers ayant bénéficié d'une formation spécifique, qui travaillent sous la supervision directe et continue, donc sous la responsabilité, d'un médecin compétent. D'autre part, il considère les traitements épilatoires au laser au moyen d'un appareil IPL, qui peuvent être réalisés par les mêmes personnes et dans les mêmes conditions que celles que j'ai décrites, mais aussi librement par des tiers, c'est-à-dire sans supervision directe d'un médecin.

Dans ce cas, il s'agit uniquement de professionnels du secteur paramédical ou de spécialistes en soins esthétiques, spécifiquement formés à cette fin et qui travaillent sous leur propre responsabilité et dans des conditions strictes.

Cet avis date de 2006. Entre-temps, de nouvelles techniques et de nouveaux produits sont apparus sur le marché, dont notamment certains appareils en vente libre. C'est pourquoi, à l'initiative de mon administration, le Conseil supérieur se penche sur l'actualisation de ces avis et sur les différents risques inhérents aux activités esthétiques. En tout état de cause, il est nécessaire de régler la question des personnes qui sont ou non habilitées à poser ce type d'acte. Des propositions de loi sont sur la table au Sénat et j'y travaille en collaboration avec les sénateurs.

Pour ce qui concerne le contrôle des normes de ces produits, c'est mon collègue compétent en matière de consommation qui est directement concerné.

**09.03 Linda Musin (PS):** Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il est vrai que, de prime abord, le sujet peut paraître futile mais cette vente libre qui va de pair avec la publicité peut vraiment poser des problèmes de santé à un certain nombre de personnes. Je suis plutôt rassurée d'entendre qu'il y a une actualisation de cet avis de 2006 et que tout est étudié pour aller de l'avant sur la question de la vente libre.

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

**10** **Samengevoegde vragen van**

- de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "huisartsen die niet voldoen aan erkenningscriteria" (nr. 9986)
- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de intrekking van de erkenning van een deel van de huisartsen" (nr. 10558)
- de heer Daniel Bacquelaïne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenning van de huisartsen" (nr. 10566)
- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de intrekking van de erkenning van artsen" (nr. 10585)
- de heer Stefaan Vercamer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenning van huisartsen" (nr. 10677)

**10** **Questions jointes de**

- M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les médecins généralistes qui ne satisfont pas aux critères d'agrément" (n° 9986)
- Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le retrait de la reconnaissance d'une partie des médecins généralistes" (n° 10558)
- M. Daniel Bacquelaïne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'agrément des médecins généralistes" (n° 10566)
- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le retrait de l'agrément des médecins" (n° 10585)
- M. Stefaan Vercamer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'agrément des médecins généralistes" (n° 10677)

**10.01** **Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de vice-eersteminister en minister van Volksgezondheid, er zijn ongeveer 18 000 erkende huisartsen in België. Volgens het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen voldoen ongeveer 8 000 huisartsen niet aan de erkenningscriteria. Die criteria vormen een van de voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de functie van huisarts te mogen uitoefenen.

De aanvraag tot professionele erkenning moet worden ingediend via een formulier dat de uitgevoerde activiteiten vermeldt. Het formulier is te verkrijgen bij het directoraat-generaal Basisgezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid. Vervolgens moet men ook een aangetekende brief versturen, gericht aan de minister van Volksgezondheid.

De bevoegde kamer van de erkenningscommissie geeft hierover advies en de minister deelt zijn beslissing mee. Elk positief advies wordt na ondertekening van het ministerieel besluit aan het RIZIV bezorgd voor toekenning van het RIZIV-erkenningsnummer van de geneesheer-huisarts.

Om de erkenning als huisarts en de bijzondere beroepstitel van huisarts te behouden, zijn de voorwaarden van het ministerieel besluit van 3 mei 1999 opnieuw van kracht door het arrest van de Raad van State. De erkenning kan echter worden ingetrokken door het niet-naleven van de erkenningscriteria.

Voorts kunnen de artsen ook toetreden tot het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen. Door de toetreding tot dat akkoord kan de arts genieten van sociale voordelen voor de opbouw van een pensioen en/of vervangingsinkomen bij ziekte en/of overlijden.

In de praktijk betekent het dat de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV aan de

verzekeringsmaatschappij of pensioenkas van zijn keuze een jaarlijkse bijdrage stort. Voor het jaar 2012 bedraagt dat 4 324,69 euro voor de artsen die van rechtswege geacht worden tot het akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, en 2 127,03 euro voor de artsen die deeltijds zijn toegetreden tot het akkoord.

Van de eerder vermelde 8 000 huisartsen die niet voldoen aan de criteria, zijn er 5 000, die geen contact meer hebben met patiënten en voor de overige 3 000 ligt het gemiddelde op 1,2 contacten per dag. Hierdoor voldoen zij niet aan het werk waarvoor een conventie artsen-ziekenfondsen geldt. Die 8 000 huisartsen hebben echter wel recht op die 4 324,69 euro aan sociaal voordeel, dat verbonden is aan de goedkeuring van de conventie en dat wordt gestort in een sociale kas. Het totale bedrag van ongeveer 32,8 miljoen euro wordt volgens mij dan ook enigszins onrechtmatig gebudgetteerd.

Mevrouw de minister, wat is uw standpunt over de eerste controle betreffende de erkenningscriteria? Wat zult u doen met de uitkering van 4 324,69 euro voor de niet-erkende huisartsen?

**10.02 Reinilde Van Moer (N-VA):** Mijnheer de voorzitter, het gaat deze keer niet over conventiecijfers, maar wel over artsentellingen. Ik ben dan ook natuurlijk van de partij.

Mevrouw de minister, een derde van de huisartsen dreigt zijn erkenning te verliezen. Voormeld nieuws konden wij half maart 2012 reeds uitgebreid in de pers lezen. De betrokken huisartsen voldoen immers niet langer aan bepaalde erkenningcriteria.

Bedoelde criteria houden, zoals de vorige vraagsteller ook reeds opmerkte, in dat zij in een periode van vijf jaar minstens gedurende één jaar 500 raadplegingen, huisbezoeken of adviezen moeten hebben gedaan dan wel dat zij aan een wachtdienst moeten deelnemen en medische dossiers van patiënten moeten bijhouden.

Het is dus absoluut geen verrassing dat een deel van de huisartsen niet langer aan voormelde criteria voldoet. Zij doen een andere job, werken deeltijds of zijn op pensioen.

Dat is al veel langer geweten. In maart 2006 werd toenmalig minister van Volksgezondheid Demotte geciteerd in een artikel met de wel erg herkenbare titel “3 000 huisartsen dreigen erkenning te verliezen”. Toen luidde zijn verklaring als volgt: “De cijfers zijn erg voorbarig. Pas over vijf jaar zal worden nagegaan welke huisartsen op jaarbasis geen 500 patiëntencontacten halen. De erkenning zal ook om de vijf jaar geëvalueerd worden.”

Nu, zes jaar later, volgt een evaluatie, die als volgt luidt: jullie voldoen niet aan de criteria, maar een intrekking is nog niet voor vandaag, laat staan voor morgen.

De effectieve intrekking is niet voor morgen. Voor wanneer is ze dan wel? Wanneer komt eindelijk duidelijkheid ter zake?

Welke nieuwe actie zult u eventueel ondernemen? Zult u de huisartsen effectief elke vijf jaar opvolgen? Kunt u garanderen dat u het probleem zal aanpakken?

Zult u ondertussen werk maken van een tussenstatuut, eventueel als oplossing van het probleem in kwestie?

**10.03 Catherine Fonck (cdH):** Madame la ministre, certains éléments viennent d'être mis sur la table. Personnellement, j'aborderai l'aspect de l'agrément.

Plus d'un tiers des médecins généralistes risquent de perdre leur agrément sur base des critères de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010. La finalité des critères d'agrément est de s'assurer de la qualité de la médecine et des soins offerts aux patients, grâce à une pratique régulière et à un certain nombre de contacts.

Mais force est de constater que ces critères ne sont pas en phase avec la réalité plurielle de la médecine pratiquée de nos jours par les différents médecins généralistes. Je prends l'exemple des médecins hospitaliers. Il y a de nombreux médecins généralistes qui travaillent *part-time* voire *full-time* à l'hôpital ou, par exemple, dans des services de revalidation avec une pratique de médecine générale auprès de ces patients. Ces médecins font généralement des gardes, voient de très nombreux patients, tiennent des

dossiers médicaux mais ce qu'ils pratiquent ne correspond pas aux critères de l'arrêté ministériel.

Ils n'ont pas de contacts patients attestés via l'attestation de soins de médecine générale, ce ne sont pas des dossiers médicaux globaux mais des dossiers qui sont tenus au niveau de l'hôpital. Ce n'est pas une garde de médecine organisée par le cercle de médecine générale mais une garde éventuellement hospitalière.

Si ces médecins généralistes perdent leur agrément, cela va évidemment mettre en grande difficulté l'ensemble de ces services et c'est aussi se priver en quelque sorte de médecins généralistes qui reviendraient peut-être un jour à la médecine générale ou qui, aujourd'hui, prestent peut-être mi-temps à l'hôpital ou dans un service de revalidation et mi-temps comme généraliste en médecine générale de première ligne.

Il y aurait dès lors des répercussions majeures à la fois sur l'organisation des soins de santé mais également directement sur les patients, à travers les différents exemples que je viens de donner.

Madame la ministre, nous n'avons pas encore eu l'occasion de vous entendre sur ce dossier. J'ai une double proposition à formuler pour modifier l'arrêté ministériel de 2010.

D'une part, adapter les conditions d'agrément de cet arrêté ministériel pour assurer une adéquation avec cette réalité plurielle de la pratique médicale effective de terrain au niveau des types de garde et au niveau de la manière dont on comptabilise les contacts patients.

D'autre part, je propose une clarification des conditions auxquelles un agrément peut être retrouvé. En effet, l'arrêté ministériel prévoit comment on peut avoir son agrément, comment on doit le maintenir, mais ne prévoit absolument rien pour pouvoir le retrouver. Il ne serait pas acceptable qu'on demande à un médecin qui a déjà pratiqué, même s'il travaille, par exemple, depuis 10 ans dans l'administration de la Santé publique, de refaire ses trois années de stage. Une remise à niveau serait certes nécessaire mais il ne faut pas nier toute la formation et les stages qu'il avait préalablement réalisés.

Madame la ministre, quelle est votre position? Quelles sont les mesures que vous comptez apporter? Quels sont les contacts que vous avez avec l'ensemble du secteur, qui doit évidemment être appelé à la concertation?

**10.04 Stefaan Vercamer (CD&V):** Mevrouw de minister, we hebben het een paar weken geleden al eens over de problematiek gehad naar aanleiding van het feit dat medewerkers verbonden aan de CLB's, de psycho-medico-sociale centra, Kind en Gezin en dergelijke, niet voldoen aan een van de criteria. Nu rijst de vraag hoe we daarmee omgaan. De eerste erkenningen zouden pas over zeven jaar kunnen worden ingetrokken. Men kan zich immers vijf jaar na elkaar verantwoorden en dan heeft men nog twee jaar om opnieuw te kunnen voldoen aan de criteria. Dat is dus zeven jaar in totaal. Het is dus goed als we in tussentijd een zicht kunnen krijgen op de huisartsen waarom het gaat. Misschien kunnen we voor de toekomst denkpistes ontwikkelen om daarmee om te gaan.

Ten eerste, hoeveel van de 16 000 in het kadaster erkende huisartsen hebben reeds zo'n brief ontvangen? Hoe is de verhouding tussen de verschillende categorieën van erkende artsen in het kadaster, bijvoorbeeld spoedartsen, bedrijfsartsen, artsen bij CLB's, ziekenfonds- en verzekeringsartsen, Artsen zonder Grenzen en dergelijke meer? Men kan zich ook afvragen waarom er eigenlijk niet gedifferentieerd wordt tussen huisartsen die nog weinig werken, en andere artsen. Met andere woorden, wat beogen we eigenlijk met die controlemaatregel? Waar willen we juist toe komen?

Toen het paar weken geleden over de CLB's ging, hebt u mij geantwoord dat er een werkgroep Huisartsengeneeskunde met die problematiek bezig is. Hoe ver is die werkgroep Huisartsengeneeskunde gevorderd met het uitwerken van denkpistes en procedures om huisartsen die hun erkenning dreigen te verliezen, toch de mogelijkheid te geven om opnieuw een erkenning te verkrijgen?

Tot slot, zal in die werkgroep Huisartsengeneeskunde een aparte categorie van artsen, zoals de Beroepen Individuele Gezondheidszorg in Nederland, een van de denkpistes zijn die ontwikkeld worden?

**10.05 Laurette Onkelinx, ministre:** Monsieur le président, chers collègues, je vais donner quelques éléments de réponse mais nous aurons largement l'occasion de reparler de tout ceci à l'occasion de

proposities de ma part, de résolutions, etc. Je répondrai simplement à quelques questions précises.

Comme vous le savez, les critères pour le maintien de l'agrément sont fixés dans l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010. Ces critères fixent les exigences minimales d'une pratique typique de la médecine générale. Les critères de maintien de l'agrément des médecins généralistes sont contrôlés depuis l'année d'exercice 2010. Ces données de l'année 2010 sont disponibles à l'INAMI depuis 2012. Il s'agit donc ici du premier contrôle sur une année d'exercice et on ne peut en tirer aucune évolution à ce stade.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, la banque de données fédérale des professions de la santé du SPF Santé publique comprenait 15 038 médecins généralistes agréés. Après ce premier contrôle, 6 580 médecins apparaissent ne pas satisfaire, selon les données disponibles, à un ou à plusieurs critères pour le maintien de leur agrément pendant l'année 2010.

Quatre critères sont contrôlés. Premièrement, le médecin généraliste agréé doit totaliser individuellement 500 contacts avec des patients par an et, ce, au moins une fois sur un cycle de cinq ans. En 2010, 4 760 médecins généralistes ne satisfont pas à ce critère.

Deuxièmement, le médecin généraliste doit participer au service de gardes organisé par un cercle de médecins généralistes agréés. En 2010, 4 907 médecins généralistes ne satisfont pas à ce critère.

Troisièmement, le médecin généraliste agréé doit constituer et tenir à jour, de manière adéquate, les dossiers médicaux de ses patients. En 2010, 4 445 médecins généralistes n'ont pas eu de dossier médical global sur leurs patients. Dans ce cadre, le fait d'avoir des dossiers médicaux globaux sert de base aux contrôles mais d'autres possibilités de preuves sont ouvertes.

Quatrièmement, le médecin généraliste doit entretenir et développer régulièrement ses connaissances, ses capacités et ses prestations médicales pour pouvoir délivrer des soins de qualité. Pour contrôler ce critère de formation permanente, l'accréditation sert de base aux contrôles. En 2010, 5 251 médecins n'étaient pas accrédités.

Elk jaar ontvangen de artsen die niet aan de criteria voldoen om hun erkenning te behouden, een verwittigingsbrief. Indien een huisarts gedurende vijf opeenvolgende jaren niet aan de voorwaarden voor het behoud van de erkenning voldoet en hij zijn toestand niet tijdig heeft geregulariseerd, nadat hij werd uitgenodigd om zich voor de erkenningcommissie voor de huisartsgeneeskunde te verantwoorden, wordt zijn erkenning ingetrokken.

Met betrekking tot het sociaal statuut van de huisartsen die hun erkenning zouden verliezen, moet men twee zaken onderscheiden. De erkenning van huisarts heeft geen enkele invloed op het sociaal statuut, waarin wordt voorzien voor de artsen die bij de geneesheren-ziekenfondsovereenkomst aansluiten. Dat statuut is er voor elke arts met een RIZIV-nummer, zonder dat men in het kader van het RIVIZ eisen stelt in verband met activiteiten. Het is immers niet omdat die artsen geen activiteiten uitvoeren waarvoor een terugbetaling gebeurt, dat ze niet actief zijn en in het kader van de volksgezondheid geen belangrijke rol hebben.

Het statuut en de toekomst van het artsenberoep blijven hoe dan ook prioriteiten van mij. Dat dossier zal tijdens heel deze legislatuur op de voet worden gevolgd.

**10.06 Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik kan u volgen wanneer u zegt dat men een aantal jaren verder moet kijken om te zien wat men ermee kan.

Uiteindelijk, de erkenning als huisarts heeft een aantal andere implicaties, die men hier wat onderschat.

Enerzijds, heb ik de nadruk gelegd op het sociaal voordeel dat men krijgt. U zegt dat elke arts daarop recht heeft, ik betwijfel dat een beetje.

Anderzijds, u weet dat ik in de rand van Brussel woon en net naast mijn gemeente ligt de UCL. Gelukkig woon ik in een dorp waar ik nooit ziek kan worden, want al mijn burens zijn dokters, die één uurtje huisartspraktijk hebben en voor de rest specialist zijn in het ziekenhuis van de UCL. Zij voldoen op geen enkel vlak aan de criteria. Nochtans kunnen ze wel fiscaal en sociaal een aantal extra voordelen verkrijgen. Onder andere kunnen zij – het is nu eenmaal niet goedkoop om in de rand rond Brussel te wonen – hun woning inbrengen ten gevolge van hun huisartsenpraktijk. Er zijn dus wat linken die men hier in het antwoord

wat onderschat.

Ik zou u willen vragen om de nadruk te leggen op het feit dat indien iemand geen huisartsenpraktijk heeft, hij of zij ook niet van de voordelen, middelen en fiscale voordelen kan genieten. Juist is juist, wat voor iedereen zou moeten gelden, ook voor de huisartsen.

**10.07 Reinilde Van Moer (N-VA):** Mevrouw de minister, ik heb in uw antwoord niet veel nieuws gehoord. Het enige nieuwe waren de cijfers. Alle opgesomde voorwaarden kenden wij echter al.

Achter de bekommernis die de heer Van Biesen uit, kan ik mij grotendeels scharen.

Zoals de heer Stefaan Vercamer in zijn inleiding al opmerkte, moeten wij misschien kijken naar een situatie zoals in Nederland. Er zijn immers artsen en huisartsen die niet meteen privépatiënten heeft, maar wel in rusthuizen, ziekenhuizen en CLB's meewerkt.

Daarom moet misschien toch eens worden uitgekeken naar een statuut dat ook die artsen tegen alle mogelijke invloeden kan beschermen.

**10.08 Catherine Fonck (cdH):** Madame la ministre, je vous remercie pour ces informations, même si je disposais déjà des chiffres et des renseignements que vous avez rappelés.

Je crois qu'il faut insister sur le fait que la perte d'agrément entraîne une impossibilité pour les patients de se faire rembourser par l'INAMI. Cela signifie que les médecins ne peuvent plus exercer leur profession.

Madame la ministre, je voudrais insister sur la réalité plurielle de l'activité médicale. Je ne pense pas qu'on la mesure aujourd'hui au regard de la diversité des pratiques. Il s'agit de médecins qui ont un engagement permanent auprès des patients, avec des gardes, le suivi et la tenue des dossiers de leurs patients, etc.

On doit pouvoir adapter les conditions reprises dans l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010, au bénéfice des patients d'abord, au bénéfice des médecins qui pratiquent quotidiennement ensuite et au bénéfice dès lors de l'organisation des soins de santé. J'ai déposé un texte de résolution à ce sujet. Nous devons pouvoir avancer en la matière et - pourquoi pas - mener un débat ici, au sein du Parlement.

Pour en avoir eu de nombreux en ligne, je peux vous dire que ces médecins sont inquiets pour leur avenir. Les unités hospitalières, les services de revalidation, l'ONE, la médecine scolaire, etc., ils sont nombreux. Je pense qu'on ne peut pas se permettre d'attendre au risque de les voir prendre des directions qui ne leur permettraient plus de revenir en arrière, vers leur pratique. Cela mettrait en difficulté l'organisation des soins de santé.

Quand on connaît la problématique de la pénurie de médecins en certains endroits, il serait dommage de se retrouver avec des unités entières devant fermer parce que les médecins généralistes n'auraient plus leur agrément.

**10.09 Stefaan Vercamer (CD&V):** Mevrouw de minister, het gaat hier om een vrij grote groep en ik vind dat wij onze denkoefening grondiger moeten uitwerken. Uiteindelijk moeten er erkenningen worden ingetrokken.

Het is niet evident dat die mensen enerzijds een sociaal statuut hebben en verbonden kunnen zijn aan het RIZIV, aan de ziekenfondsen, aan de CLB's enzovoort, maar anderzijds door daaraan verbonden te zijn hun erkenning verliezen en jarenlang – 10 of 20 jaar – geen enkele praktijkervaring opdoen. Dan kan men vragen stellen bij de kwaliteit van de job die de betrokkenen uitvoeren in de instelling waaraan zij verbonden zijn.

Wij moeten toch eens kijken hoe de wisselwerking behouden kan blijven tussen de gewone praktijkervaring en de opgebouwde expertise die sommige artsen gebruiken om een job uit te oefenen die niet concreet met de gewone huisartsenpraktijk te maken heeft.

Wij moeten nadenken wat wij daarmee doen. Wij kunnen de erkenning wel intrekken, maar het zou zonde zijn met de ervaring die de betrokken artsen hebben opgebouwd, niets meer te doen in de toekomst. Ik stel voor dat wij een grondiger denkoefening houden.



Ik ben ook benieuwd – u hebt er niet over gesproken – welke denkpijstes de werkgroep Huisartsengeneeskunde aan het ontwikkelen is. Als hij er nog niet mee bezig is, hoop ik dat u de werkgroep aanmoedigt ermee te beginnen, en dan in elk geval in overleg met de betrokken beroepsgroepen die er wel mee bezig zijn.

De **voorzitter**: Het debat zal ongetwijfeld een vervolg krijgen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

Vraag nr. 10001 van de heer Wollants wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

**11 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het vervangen van borstimplantaten" (nr. 10016)**

**11 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le remplacement d'implants mammaires" (n° 10016)**

**11.01 Rita De Bont (VB):** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, niet alleen de een paar maanden geleden in opspraak gekomen PIP-borstprothesen zouden veiligheidshalve moeten worden verwijderd. Volgens plastisch chirurg Patrick Tonnard zou 20 tot 40 % van de patiënten die een borstvergroting kregen met een klassieke siliconenprothese — een prothese zonder mousselaagje — en 40 tot 70 % van de patiënten die na kanker een borstreconstructie kregen met de klassieke siliconenprothese, zich na tien jaar opnieuw moeten laten opereren wegens kapselvorming, al dan niet gepaard gaan met pijn en vervorming.

Deze percentages liggen veel lager wanneer er gebruik zou worden gemaakt van borstprothesen met een mousselaagje van polyurethaan. Daarbij is er na twintig jaar maar in 1 % van de gevallen kans op kapselvorming. Deze prothesen zijn echter een stuk duurder en bovendien werden ze nog steeds niet erkend door de Amerikaanse Food and Drug Association.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Hoeveel aanvragen voor terugbetaling voor het verwijderen van PIP-implantaten zijn er tot nog toe geweest? Voorziet het RIZIV ook in een terugbetaling voor het verwijderen van de traditionele borstimplantaten die om zuiver esthetische redenen werden geplaatst en die later aanleiding gaven tot pijn of kapselvorming?

Wat is bij ons het percentage aan borstreconstructies die na tien jaar moeten worden overgedaan? Is het niet aan te bevelen om voor een borstreconstructie om medische redenen gebruik te maken van de iets duurdere, met een mousselaagje omgeven prothesen en de terugbetaling van het RIZIV hierop af te stemmen?

**11.02 Minister Laurette Onkelinx:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Bont, het is onmogelijk nu al te evalueren hoeveel er al werd terugbetaald voor het verwijderen van PIP-implantaten. Er verlopen steeds enkele maanden tussen het uitvoeren van de prestatie en het aanrekenen van de verstrekking aan het ziekenfonds.

Daarna worden vanuit de verschillende ziekenfondsen de gegevens verzameld op het niveau van het RIZIV. Ook dit neemt enkele maanden in beslag. Het is dus te vroeg om hierop te kunnen antwoorden.

In de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen werd reeds vanaf 1 maart 2007 in een terugbetaling voorzien voor het wegnemen van borstprothesen wegens gedocumenteerde complicaties.

Elke wegname om medische redenen wordt dus gehonoreerd, ook indien de initiële plaatsing gebeurde om esthetische redenen.

Op uw vraag over het aantal borstreconstructies dat na tien jaar moet worden overgedaan, kan ik u geen precies Belgisch antwoord geven. De Food and Drug Administration van de Verenigde Staten publiceerde in juni 2011 een verslag over twee types siliconeborstprothesen die door de FDA goedgekeurd werden en die geplaatst werden bij Amerikaanse patiënten. Het gaat hier niet om PIP-prothesen of aanverwanten, maar wel degelijk over silicone prothesen. Het verslag geeft enkele interessante cijfers. Bij een op de vijf vrouwen

die een borstvergroting ondergingen en bij een op de twee vrouwen die een reconstructie ondergingen, moesten de implantaten verwijderd worden binnen de tien jaar na de implantatie. Deze verwijdering heeft plaats om verschillende redenen, namelijk ruptuur van de prothese, verplaatsing van de prothese, infectie, toenemende asymmetrie en capsulaire contractie van de prothese.

Wat uw laatste vraag betreft, kan ik u nog zeggen dat bij de herziening van de nomenclatuur van de borstimplantaten werd vastgesteld dat de voordelen van de borstimplantaten met een polyurethaanlaagje niet opwegen tegen de nadelen ervan. Er werd dan ook beslist om beide types prothesen op dezelfde manier terug te betalen.

**11.03 Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, wij zullen dit dossier aan het einde van het jaar opvolgen, als u meer cijfers ter beschikking hebt.

Het is altijd interessanter, zowel voor de patiënten als voor het RIZIV, om gebruik te maken van de betere prothesen zodat men kan voorkomen dat ze na te korte tijd moeten worden weggenomen of herplaatst.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**12 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les échographies prénatales non médicales" (n° 10145)**

**12 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "pretecho's" (nr. 10145)**

**12.01 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, des centres ouvrent à l'heure actuelle un peu partout en Belgique et proposent aux femmes enceintes des échographies de leur fœtus en dehors de toute justification médicale. De telles échographies sont alors qualifiées d'échographie plaisir, d'échographie spectacle ou encore d'échographie souvenir, d'échographie coup de cœur, d'échographie câline. Je vous passe les différentes dénominations.

Cela va même plus loin puisque certains centres proposent ce que je qualifierais plutôt d'échographie diagnostic, avec l'établissement du sexe de l'enfant, sous la dénomination d'ailleurs de la "séance fille ou garçon".

Sur internet, les offres pour de telles échographies commerciales, puisque sans justification médicale, sont nombreuses. D'après ce que j'ai pu constater, elles sont parfois réalisées par des personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé, sans aucune formation spécifique en la matière.

Cette pratique me semble problématique à plusieurs égards, madame la ministre. Elle est contestée en raison des risques à l'égard du fœtus. En France notamment, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français condamne cette pratique en estimant que le bon sens indique que le fœtus fragile ne doit pas être exposé inutilement et de façon prolongée aux ultrasons. De fait, à l'inverse d'une échographie de type diagnostic, le risque de cette pratique est la concentration des ultrasons de manière prolongée soit sur le cerveau, soit sur les organes génitaux puisque le but de ce genre de séance est soit l'établissement du sexe, soit de s'émouvoir en découvrant la face du bébé, en concentrant donc tous les ultrasons sur le visage.

Madame la ministre, de multiples questions se posent.

Êtes-vous informée de l'étendue de la présence de ces centres en Belgique et de cette pratique d'échographies non médicales? Quand on fait des recherches sur Google, on en voit dérouler un grand nombre.

Qu'en est-il des dangers exacts pour le futur bébé de telles échographies pratiquées de manière intensive? À cet égard, il me semble important que vous puissiez solliciter l'avis des groupements belges de gynécologues et obstétriciens. Le principe de précaution ne nous oblige-t-il pas à baliser cette pratique en fonction de leurs avis?

Quelle est la responsabilité des personnes qui réalisent de telles échographies, plus encore lorsqu'il ne s'agit

pas de professionnels de la santé? Quels sont les risques éventuels, par exemple pour un diagnostic qui pourrait être posé sans être pour autant correct?

Comptez-vous prendre des mesures en termes d'encadrement de cette pratique, d'exigences de compétence ou de diplôme des personnes qui réalisent ces échographies, d'information des futurs parents quant aux objectifs et limites d'une telle pratique, voire d'autres mesures en fonction des avis des gynécologues et obstétriciens?

**12.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, je partage la préoccupation de Mme Fonck à l'égard des échographies de confort pratiquées en dehors de toute indication médicale par du personnel non formé à la relation avec le patient. Chez nous, comme en France et dans d'autres pays, ces centres d'échographie connaissent un succès grandissant auprès des futurs parents.

S'agissant de votre première question, le SPF Santé publique ne dispose pas de données relatives au nombre d'échographies effectuées sans indication médicale véritable et donc en dehors des règles de la nomenclature. Mais nous avons reçu des informations sur les échographies qui se déroulent dans ce cadre. Elles ont notamment été analysées en 2004 par le KCE. Il ressort de ce rapport que, dans la pratique, la plupart des femmes enceintes recourent au moins à une échographie; 18 % en ont deux – comme le recommandent les directives. En moyenne, une femme enceinte subit trois échographies; 33 % en font plus de trois; 17 % en pratiquent quatre et 15 % plus de quatre.

Ensuite, deux problèmes d'ordre médical se posent. Il s'agit d'abord de la question de l'innocuité de ces examens, qui s'ajoutent aux échographies médicales de surveillance. Ensuite, il faut s'interroger sur l'impact de l'examen sur les futurs parents, quand on constate par exemple un problème dans le développement de l'enfant lors d'une échographie de confort. Le personnel qui pratique ces examens n'est pas formé à prendre en charge ce genre de situation. Pour ces deux raisons, j'estime qu'il est nécessaire d'informer le public des effets pervers de ces examens, pour autant que ceux-ci soient objectivés. Dans cette optique, une étude a été confiée au Conseil supérieur de la Santé. Les conclusions sont attendues pour juillet. Je prendrai des dispositions dès que je l'aurai reçue.

**12.03 Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, je vous remercie. Nous pouvons certainement attendre l'étude du Conseil supérieur de la Santé, d'autant qu'elle vous parviendra rapidement. Peut-être celui-ci a-t-il lui-même pris contact avec les gynécologues et les obstétriciens belges. Son avis sera particulièrement utile.

Nous allons sûrement devoir baliser les choses. Différentes pistes sont possibles, mais on ne peut plus prendre des risques pour le fœtus. Le principe de précaution s'impose, à mon sens, en ce domaine. On ne peut pas non plus aller dans le sens d'une commercialisation – qui entraînerait des dérives – d'un diagnostic, qu'il soit formé par un médecin ou d'autres professionnels de la santé.

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

### **13 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nathalie Muylla aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het vernietigen van bloed van mensen met ijzerstapelingsziekte" (nr. 10146)

- mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het hoge aantal bloedzakjes die elk jaar worden weggegooid" (nr. 10154)

- de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van bloed van patiënten die lijden aan hemachromatose" (nr. 10170)

- de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het donorbloed met hoger ijzergehalte" (nr. 10215)

- mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de benutting van bloed afkomstig van mensen met ijzerstapelingsziekte" (nr. 10232)

- de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

**Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het weggooien van zakjes gezond bloed van patiënten met hereditaire hemochromatose" (nr. 10457)**

**13 Questions jointes de**

- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la destruction des pochettes de sang des personnes souffrant d'hémochromatose" (n° 10146)

- Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le nombre élevé de poches de sang jetées chaque année" (n° 10154)

- M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'utilisation du sang des personnes atteintes d'hémochromatose" (n° 10170)

- M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le don de sang à trop haute teneur en fer" (n° 10215)

- Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'utilisation du sang de personnes souffrant d'hémochromatose" (n° 10232)

- M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la non-conservation des poches de sang sain prélevé sur des patients souffrant d'hémochromatose génétique" (n° 10457)

**13.01 Nathalie Muylle (CD&V):** Een paar weken geleden was er heel wat te doen over het vernietigen van 5 000 zakjes bloed op jaarbasis afgenomen bij mensen met hemochromatose, of de ijzerstapelingsziekte. Die ziekte is ons bekend. Patiënten moeten frequent bloed laten afnemen zodat het opgestapelde ijzer uit het lichaam kan worden verwijderd.

Een advies van de Hoge Gezondheidsraad uit 2004 stelt dat het bloed niet kan worden gegeven aan mensen met chronische transfusienood omdat ze dan zelf kans krijgen op de ziekte en omdat de exclusiecriteria zoals geelzucht en leveraandoeningen bij die patiënten frequenter worden vastgesteld. Anderzijds kan dit bloed wel worden gebruikt in acute situaties omdat er aan de transfusie geen risico's verbonden zijn.

Een ander probleem is het feit dat de wet voorschrijft dat het geven van bloed een vrijwillige onbaatzuchtige donatie moet zijn. Dat is voor die patiënten niet zo. Zij geven bloed om medische, therapeutische redenen. Dat impliceert een wetswijziging.

Mevrouw de minister, hoe staat u tegenover dit probleem?

Wij hebben enkel een advies van de Hoge Gezondheidsraad uit 2004. Bent u van plan om nieuwe adviezen te vragen, eventueel via de werkgroep Bloed en Bloedderivaten?

Onderzoekt u de mogelijkheid om het bloed, zeker in acute gevallen, te kunnen inzetten?

**13.02 Kattrin Jadin (MR):** Monsieur le président, madame la ministre, voilà près de deux mois, la presse s'est fait écho du fait qu'un nombre élevé de poches de sang, pourtant sain, partent dans les poubelles médicales parce que les patients n'entrent pas dans les conditions légales d'un don.

Tel est le cas de l'hémochromatose génétique: il s'agit d'une maladie caractérisée par une hyper absorption de fer. Les patients qui en souffrent doivent procéder à des prises de sang régulières pour éliminer les excès de fer. Les poches ainsi constituées sont parfaitement utilisables pour des transfusions, puisqu'elles ne se caractérisent que par un taux de fer supérieur à la moyenne.

Le problème réside dans la condition du don de sang, qui doit être volontaire et gratuit. Or les personnes qui doivent donner du sang pour raison médicale ne le font pas de manière volontaire; de plus, un profit y est attaché, car les saignées sont facturées.

Madame la ministre, que pensez-vous de l'idée émise par la Croix-Rouge de combiner le don de sang et le traitement de la surcharge en fer, et ce sous certaines conditions?

**13.03 Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat uiteraard over dezelfde problematiek en is uitvoerig voorgesteld door mevrouw Muylle en mevrouw Jadin. Het gaat inderdaad over de patiënten die lijden aan de ziekte hemochromatose, met name het hoge ijzergehalte in het bloed.

Ik heb een bijkomende vraag: komt er een nieuw advies van de Hoge Gezondheidsraad? Zo ja, wanneer? Wat is uw standpunt daaromtrent? Het is een beetje hilarisch dat er, enerzijds, inspanningen worden gedaan om voldoende bloed op te halen en dat men, anderzijds, moet constateren dat er meer dan 5 000 bloedzakjes per jaar gewoon weggegooid worden. Dat is het gevolg van een wet van juli 1994. De wetenschappelijke kennis inzake bloedanalyse is sindsdien sterk geëvolueerd.

**13.04 Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de minister, ik zou graag willen zeggen dat ik een heel andere invalshoek heb, maar die heb ik dus niet. Het is vreemd dat bloed waarmee bijna of helemaal niets verkeerd is niet gebruikt kan worden voor donatie. Het belangrijkste argument van de Hoge Gezondheidsraad is dat het onbaatzuchtig moet worden gegeven. Die onbaatzuchtigheid vind ik nogal flauw, als mensen bloed moeten afgeven dat legaal perfect in orde is. Bent u van plan initiatieven te nemen? Zo ja, dan zou ik die graag horen.

**13.05 Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, 5 000 zakjes “gezond bloed” gaan verloren in een periode dat er een grote nood aan bloed is. Is er een bezwaar tegen dat dit bloed gebruikt zou kunnen worden door de bloedbanken? Mevrouw Muylle heeft al enkele redenen aangehaald. Hoe wegen die door? Op welke voorwaarden kan er toch van het bloed gebruikgemaakt worden? Zouden die mensen automatisch als bloeddonoren kunnen worden beschouwd? Welke initiatieven moeten er worden genomen om dat bloed gemakkelijker ter beschikking te stellen? Bent u bereid initiatieven te nemen?

De **voorzitter**: Collega Seminara is niet aanwezig. Mevrouw de minister, u hebt het woord.

**13.06 Minister Laurette Onkelinx**: Hemochromatosepatiënten mogen momenteel geen bloed geven, op basis van de bijlage bij de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong, die de permanente uitsluitingscriteria voor de bloedgift omschrijft.

Le Conseil supérieur de la Santé prépare, à la lumière des nouvelles connaissances scientifiques, un avis sur le don du sang et sur les personnes qui sont porteuses du gène de l'hémochromatose. Cet avis sera disponible dans les prochains mois. Je ne dispose pas d'une date butoir mais je suivrai cela de très près. Je dois toutefois attendre cet avis avant de me prononcer.

Ik zal niet zeggen dat ik principieel geen tegenstander ben van de huidige situatie, maar ik merk wel op dat er geen enkel risico voor de veiligheid mag zijn: noch voor de donor, noch voor de ontvanger. Hemochromatose is een aandoening die een nauwkeurige medische opvolging vereist, met aandacht voor de ijzerreserves van de patiënt en voor eventuele orgaancomplicaties, zoals hart-, lever- en alveesklieraandoeningen. De veiligheid voor de donor moet dus in elk geval bewaakt worden. Het is voor mij van groot belang dat de gezondheidstoestand van hemochromatosepatiënten optimaal bewaakt en onderzocht wordt, ook als zij in de toekomst eventueel tot de bloedgift zouden worden toegelaten. Ik zal u uiteraard op de hoogte houden wanneer de HGR zijn advies heeft gegeven.

**13.07 Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ook bij ons komt de zorg voor de patiënt op de eerste plaats. Ik hoop dat het advies er snel komt, omdat ik denk dat er vandaag mogelijkheden zijn in acute situaties om daarmee iets te doen. Ik kijk dan ook uit naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad.

**13.08 Katrin Jadin** (MR): Monsieur le président, je m'associe à la réplique de Mme Muylle. Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse qui relève du bon sens. Il est bien d'assurer ainsi un suivi.

**13.09 Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kijk uit naar het advies.

De **voorzitter**: Mijnheer Beuselinck, hebt u een andere invalshoek?

**13.10 Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de minister, ik vind het zeer goed dat u een initiatief genomen hebt in samenwerking met de Hoge Gezondheidsraad. Volgens mij zijn er op dit moment al hemochromatosepatiënten die bloed geven zonder te weten dat zij ziek zijn. Precies doordat zij regelmatig

bloed geven zijn de ijzerwaarden in hun bloed genormaliseerd. Door de wet te wijzigen normaliseren wij volgens mij de huidige toestand, waar iedereen baat bij heeft.

**13.11 Rita De Bont (VB):** Mijnheer de voorzitter, ik zal de andere invalshoek van de heer Beuselinck even aanvullen. Uiteraard moeten wij het advies afwachten. Ik hoop dat het er zo snel mogelijk komt. Ik begrijp echter niet waarom minister zich bekommert om de veiligheid van de donor. De donor moet sowieso bloed geven. Ik meen dat wij oog moeten hebben voor de veiligheid van de eventuele receptor van het bloed, om te verhinderen dat er problemen veroorzaakt worden door dat bloed.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**14 Vraag van de heer Jenne De Potter aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "Beliris" (nr. 10196)**

**14 Question de M. Jenne De Potter à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "Beliris" (n° 10196)**

**14.01 Jenne De Potter (CD&V):** Mevrouw de minister, ik heb een vrij algemene vraag over Beliris, een begrotingsfonds dat bij de bespreking van de begroting en de begrotingsaanpassing mijn aandacht heeft gewekt. Beliris is in de algemene uitgavenbegroting ingeschreven als een fonds ter financiering van de internationale rol en de hoofdstedelijke functie van Brussel en beschikt in 2012 over 568 miljoen opgebouwde vereffeningskredieten.

Eigen aan die en andere fondsen is dat de niet-opgebruikte saldi worden toegevoegd aan het volgende jaar. Over de precieze aanwending van de middelen van het fonds bestaat evenwel niet altijd de nodige transparantie. In mijn zoektocht heb ik niet altijd alles gevonden wat ik wou vinden.

Ik heb dan ook de volgende vragen.

Wat dient te worden verstaan onder de hoofdstedelijke functie van Brussel? Welke criteria worden gehanteerd bij de selectie van de projecten? Kunt u daarover enige duidelijkheid geven? Wie beslist welke projecten in aanmerking komen voor financiering? Zal Beliris een jaarverslag opmaken, zoals dat bijvoorbeeld gebeurt bij het Zilverfonds, om op die manier de transparantie in de besteding van de publieke middelen nog te vergroten? Wat zijn de oorzaken die ervoor zorgen dat de realisatie achterloopt op de planning en dat de vastleggingskredieten van jaar tot jaar moeten worden overgedragen?

**14.02 Minister Laurette Onkelinx:** Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Potter, ik wil eerst en vooral uw beschuldiging weerleggen in verband met de ondoorzichtigheid van het beheer van Beliris. Enerzijds, wordt Beliris gepiloteerd door acht ministers, vier federale, momenteel ikzelf, de heer Reynders, de heer Vanackere en de heer Vande Lanotte, en vier gewestelijke ministers, de heer Piqué, mevrouw Huytebroeck, mevrouw Grouwels en de heer Vanhengel. Dit zogenoemde samenwerkingscomité komt één keer per jaar samen om de uitvoering van de opeenvolgende avonden te evalueren.

Anderzijds, zijn er de maandelijkse vergaderingen van het coördinatiecomité, dat op alle concrete initiatieven toeziet. In dit coördinatiecomité zijn niet alleen de kabinetten van de ministers van het coördinatiecomité aanwezig, maar ook alle ambtenaren, zowel regionaal als federaal, die de dossiers van de Beliriswerven beheren.

Ten slotte wil ik u ook meegeven dat alle initiatieven van Beliris een overheidsopdrachtprocedure doorlopen en door zowel de Inspectie van Financiën als het Rekenhof gecontroleerd worden. Tot zover het gebrek aan transparantie.

Ik ga dieper in op uw concrete vragen.

Ten eerste, het komt het coördinatiecomité toe om de initiatieven te kiezen die het als noodzakelijk voor de hoofdstedelijke rol van Brussel beschouwt.

Ten tweede, zoals reeds gezegd, op ministerieel vlak neemt het coördinatiecomité deze beslissingen, die overigens in het *Belgisch Staatsblad* verschijnen.

Ten derde, Beliris stelt als dusdanig geen beheersrapporten op, maar het coördinatieteam ontvangt maandelijks een rapport dat de stand van zaken van alle door Beliris beheerde initiatieven omstandig toelicht.

Zoals ook al gezegd, maken de diensten van Beliris een evaluatie van het afgelopen jaar die zij aan het samenwerkingscomité en aan het coördinatieteam voorleggen.

Ten vierde, sinds 2009, dus in drie jaar tijd, zijn wij erin geslaagd, met de hulp van heel het Beliristeam en dankzij de verhoging van het vastleggingsmaximum, om het saldo van de vastleggingen te doen afnemen met meer dan 65 miljoen euro. Anders gezegd: tussen 2009 en eind 2011 zijn wij erin geslaagd om 463 miljoen euro vast te leggen. Dat is dus eerder goed nieuws.

Ten slotte, de vertragingen in de uitvoering van de projecten zijn te wijten aan verschillende factoren.

Het initieel personeelsbestand van Beliris was ontoereikend om alle initiatieven binnen de termijnen te realiseren. Ondanks een grote aanwervingsoperatie zijn er nog ongeveer twintig personeelsleden te kort om het personeelsbestand te vervolledigen.

De naleving van de procedure voor overheidsopdrachten brengt redelijk lange administratieve termijnen mee. Elk initiatief wordt bovendien opgevolgd door een begeleidingscomité, waar alle betrokkenen bij het project aan deelnemen. Ook dat weegt op de termijn.

Tot slot zijn ook de termijnen voorzien in bepaalde procedures zeer lang, zoals incidentiestudies, stedenbouwkundige vergunningen, enzovoort.

**14.03 Jenne De Potter** (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor het omstandig antwoord. U ging nogal fors in de verdediging. U beschuldigde mij ervan dat ik u zou beschuldigen van intransparantie. U zegt dat er altijd inspraak van de coördinatieteam is.

Daar knelt precies het schoentje voor het Parlement. U zegt zelf dat er geen beheersverslagen zijn. De coördinatieteam met de ministers en de ambtenaren werken volledig transparant. Dat geloof ik 100 %. Ik heb vertrouwen in die mensen, maar het Parlement heeft natuurlijk weinig tot geen inzicht in de projecten.

U zegt voorts ook dat er niet echt criteria zijn om bepaalde projecten al dan niet te selecteren. Er wordt geselecteerd op basis van de noodzaak voor Brussel. Ik kan volledig begrijpen dat een aantal projecten noodzakelijk zijn, maar daarmee zijn er nog altijd geen criteria die kunnen rechtvaardigen waarom een project wel of niet wordt gekozen en gefinancierd.

Het is wel een goede zaak dat de achterstand in de vastleggingen op een forse manier zijn afgebouwd. Ik zal dit zeker blijven opvolgen, mevrouw de minister.

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

#### **15 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nadia Sminate aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het mogelijk kankerverwekkend karakter van de bruine kleurstof in cola" (nr. 10184)

- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de aanpassing van het recept van Coca-Cola dat een kankerverwekkende kleurstof zou bevatten" (nr. 10227)

- de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de kleurstof 4-methylimidazole (4-MEI) en het gebruik ervan in dranken en voedingsmiddelen" (nr. 10359)

#### **15 Questions jointes de**

- Mme Nadia Sminate à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'éventuel effet cancérigène du colorant brun présent dans le coca" (n° 10184)

- Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la modification de la recette

**du Coca-Cola en raison de la présence d'un colorant cancérigène" (n° 10227)**

**- M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le colorant 4-methylimidazole (4-MEI) et son utilisation dans les boissons et les denrées alimentaires" (n° 10359)**

De **voorzitter**: Mevrouw Schyns en de heer Seminara zijn niet aanwezig om hun respectieve vragen nr. 10227 en nr. 10359 te stellen.

Mevrouw Sminate, u hebt als enige vraagsteller het woord.

**15.01 Nadia Sminate (N-VA)**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik blijf bij het thema van de frisdranken.

In een recente studie heb ik gelezen dat de chemische stof die in cola wordt gebruikt om de bruine kleur te verkrijgen, kankerverwekkend zou zijn.

Blijkbaar zijn er wel alternatieven om die bruine kleur te bekomen. Wanneer men bovendien weet dat men in de Verenigde Staten uit voorzorg is overgegaan tot het gebruik van de alternatieve stof, terwijl dat in Europa niet is gebeurd, dan vraag ik mij af of het niet opportuun is om ook in ons land over te gaan tot het verbieden van die specifieke bruine stof die kankerverwekkend zou zijn.

Wat is uw mening ter zake, mevrouw de minister?

**15.02 Minister Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Sminate, ik wil eerst onderstrepen dat de regelgeving met betrekking tot de levensmiddelenadditieven op Europees niveau volledig is gestandaardiseerd.

De karamelkleurstoffen zijn in veel soorten voedingswaren toegestaan, overeenkomstig de voorwaarden van het koninklijk besluit van 9 oktober 1996 betreffende kleurstoffen die in voedingsmiddelen mogen worden gebruikt. Dat besluit is de omzetting in nationaal recht van een Europese richtlijn.

De Europese voedselveiligheidsautoriteit evalueert de risico's van kleurstoffen. Zij heeft het gebruik van de karamelkleurstoffen, waarin men de 4-MEI kan terugvinden, in maart 2011 opnieuw geëvalueerd.

In de samenstelling van 4-MEI vindt men de kleurstoffen E150c en E150d terug. De EFSA komt tot de volgende besluiten. Op basis van alle beschikbare gegevens besluit het wetenschappelijk team dat de karamelkleurstoffen genotoxisch noch carcinogeen zijn en dat er geen bewijs is dat zij ongewenste gevolgen hebben voor de menselijke voortplanting of voor het ongeboren kind.

Het wetenschappelijk team heeft een gegroepeerde aanvaardbare dagelijkse inname van 300 milligram per kilogram lichaamsgewicht per dag vastgelegd die, gezien hun gelijkaardige eigenschappen, voor de vier kleurstoffen geldt. Voor de kleurstof E150c heeft het echter wel een beperktere ADI — de gegroepeerde aanvaarde dagelijkse inname — 100 milligram.

De EFSA-wetenschappers hebben zich ook gebogen over een aantal bestanddelen die uit de productie van die kleurstoffen voortkomen, met name op 4-MEI, dat in de kleurstoffen E150c en E150d aanwezig is. Op basis van de wetenschappelijke literatuur over 4-MEI, met inbegrip van recente studies over de carcinogeniteit bij dieren, is het wetenschappelijk team van mening dat de maximale blootstelling aan 4-MEI door het eten van voedingswaren die de kleurstoffen E150c en E150d bevatten, geen aanleiding tot ongerustheid zouden moeten geven.

De maximale concentraties voor 4-MEI, voor de twee kleurstoffen die de huidige wetgeving met betrekking tot de zuiverheidscriteria vastlegt, worden dus als afdoende beschermend beschouwd.

In het licht van het voorgaande zijn er dus momenteel geen plannen om bijzondere maatregelen te treffen voor de producten die deze stoffen zouden bevatten.

**15.03 Nadia Sminate (N-VA)**: Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik weet dat de studies over die chemische stof, die tot op heden uitgevoerd zijn, tegenstrijdig zijn. U haalt er



nu een aan die zegt dat het geen kwaad kan, maar de laatste tijd zijn er verschillende verschenen die zeggen dat het mogelijks wel kankerverwekkend is. Vandaar dat ik van mening ben dat het beter is te voorkomen dan te genezen. Als er toch alternatieven bestaan, dacht ik dat het beter zou zijn om die stof te verbieden. Ik zal mijn collega van het Europees Parlement hierover aanspreken.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**16** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de beslissing om vanaf eind dit jaar geen overheidssteun meer te verlenen aan de referentiecentra voor chronische vermoeidheid" (nr. 10225)
- mevrouw Lieve Wierinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de referentiecentra voor CVS" (nr. 10238)
- de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het stopzetten van de financiering van de CVS-referentiecentra" (nr. 10293)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de CVS-referentiecentra" (nr. 10352)
- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het veto van de minister over de beslissing van het Verzekeringscomité om de CVS-referentiecentra niet langer te financieren" (nr. 10503)
- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de CVS-referentiecentra" (nr. 10987)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de financiering van de CVS-referentiecentra" (nr. 11283)
- mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de financiering van de CVS-referentiecentra" (nr. 11354)

**16** **Questions jointes de**

- Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la décision de ne plus accorder d'aide publique dès la fin de cette année aux centres de référence de la fatigue chronique" (n° 10225)
- Mme Lieve Wierinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les centres de référence pour le SFC" (n° 10238)
- M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la suppression du financement des centres de référence pour le SFC " (n° 10293)
- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les centres de référence pour le SFC " (n° 10352)
- Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le veto de la ministre à la décision du Comité de l'assurance de ne plus financer les centres de fatigue chronique" (n° 10503)
- Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les centres de fatigue chronique" (n° 10987)
- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le financement des centres de référence pour la fatigue chronique" (n° 11283)
- Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le financement des centres de référence pour la fatigue chronique" (n° 11354)

De **voorzitter**: Ik vermoed dat iedereen vaak mails over het onderwerp heeft gekregen.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw De Bont. De andere vraagstellers volgen.

**16.01 Rita De Bont (VB)**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, de referentiecentra voor CVS liggen, zoals gezegd, nu ook in de vorm van mails regelmatig onder vuur.

Al in 2008 kregen zij een negatief rapport van het Kenniscentrum. Er konden te weinig patiënten terecht. De behandeling, die hoofdzakelijk op de biopsychosociale benadering is gesteund, met de nadruk op de psychologische aanpak, bracht bovendien te weinig soelaas, onder andere als gevolg van een te ruime opvatting van het begrip CVS.

Er werd vervolgens voorgesteld om consortia op te richten en om meer mensen – ook eerstelijndokters – bij het project te betrekken. Ook voornoemde voorstellen brachten echter blijkbaar weinig zoden aan de dijk.

Het RIZIV kwam toen unaniem tot de beslissing om geen verdere steun aan de referentiecentra te verlenen. De beslissing viel zowat zes weken geleden. Wij hebben toen ook voor het eerst onze vraag ingediend.

Vanaf 1 april 2012 zouden geen nieuwe revalidatieprogramma's meer worden opgestart. Ik had graag vóór 1 april 2012 zekerheid gekregen, maar voormelde datum is al voorbij. Ik heb echter vernomen dat het klopt dat geen nieuwe programma's worden opgestart.

Mevrouw de minister, nochtans stelde u uw veto, waarbij u als reden opgaf dat u de patiënten niet in de kou wilde laten staan.

Mevrouw de minister, de myalgisch-encefalomyelitische patiënten, die aan een neurologische aandoening lijden die door de Wereldgezondheidsorganisatie onder de code G93.3 wordt erkend, staan naar eigen zeggen echter al twaalf jaar in de kou. Zij waren dan ook gelukkig met de beslissing dat de referentiecentra niet verder zouden worden gesubsidieerd.

Daarom heb ik de hiernavolgende vragen.

Ten eerste, wat zal u nu doen? Wil u op dezelfde manier als in het verleden blijven aanmodderen en de referentiecentra op dezelfde manier laten functioneren?

Ten tweede, zou het niet beter zijn met het bedrag van 1,6 à 1,7 miljoen euro, dat zou worden bespaard door de referentiecentra niet verder te financieren, een nieuw, onafhankelijk, biometrisch diagnose- en onderzoekscentrum op te richten?

Ten derde, wie zal u raadplegen of door wie zal u zich laten informeren, om u op de hoogte te stellen van de nieuwe mogelijkheden en onderzoeken, die op het bedoelde vlak ondertussen worden gevoerd en zijn bekendgemaakt, alsook om u op de hoogte te stellen van de nieuwe ICC of internationale consensuscriteria? Laatstgenoemde criteria zouden misschien een leidraad kunnen verstrekken om de grote groep die onder CVS wordt geklasseerd bijkomend in te delen en de patiënten op een efficiëntere manier te kunnen helpen dan vandaag het geval is.

**16.02 Lieve Wierinck (Open Vld)**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, naar verluidt zou het verzekeringscomité van het RIZIV beslist hebben dat er een uitdoofscenario komt voor de referentiecentra voor het Chronisch Vermoeidheidssyndroom. Dat impliceert dat er na 1 april 2012 geen nieuwe revalidatieprogramma's meer mogen worden opgestart, om dan op 31 december van datzelfde jaar definitief te stoppen met activiteit.

Er is heel wat kritiek geweest op de referentiecentra, ook vanuit onze partij. De rapporten van het RIZIV en het Kenniscentrum waren, op zijn zachtst uitgedrukt, kritisch. Er was te weinig terugkoppeling naar de huisarts, er waren onvoldoende resultaten inzake fysieke en cognitieve revalidatie, de sociale reïntegratie flopte en vorming en ondersteuning van de eerste en de tweede lijn gebeurde niet. De conclusie waartoe men gekomen is, is dus niet zo verwonderlijk.

Wat nu vooral zorgen baart, is de onduidelijkheid of er iets in de plaats komt voor de patiënten. Patiënten met CVS hebben het zeer moeilijk, omdat er niet echt een duidelijke, wetenschappelijk gevalideerde

behandeling is en dus het perspectief op een normaal leven zeer beperkt is. De referentiecentra hadden als doel na te gaan welke behandelingen het meest soelaas boden. Ze hebben die doelstelling niet kunnen waarmaken. De vraag is hoe we nu verder op zoek moeten naar betere resultaten.

Mevrouw de minister, graag verneem ik van u of er aan CVS-patiënten vanaf 2013 een alternatief wordt geboden voor de referentiecentra voor CVS?

Ten tweede, wordt de stopzetting van de referentiecentra voor CVS op een of andere manier opgevangen door de eerste of de tweede lijn te versterken met betrekking tot de behandeling van CVS?

**16.03** **Manu Beuselinck** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, op 31 december 2011 liep de conventie met de CVS-centra af. Dit wil zeggen dat er vanaf die datum geen overeenkomst meer is. Het verzekeringscomité heeft hierop een tweeledig voorstel geformuleerd om vanaf 1 april geen nieuwe patiënten meer toe te laten en de financiering tegen einde 2012 stop te zetten. U heeft hiertegen uw veto gesteld. Vandaag is er dan ook geen conventie meer en worden CVS-centra dus niet langer gefinancierd. Het gevolg hiervan is dat bepaalde mutualiteiten niets meer terugbetalen.

Er is een zeer kritische evaluatie geweest door onder andere het KCE. Ik kan mij inbeelden dat de CVS-centra die in 2002 werden opgericht, in het begin een aantal patiënten kregen die heel lang aan die ziekte leden en daardoor zeer moeilijk te behandelen waren. De beslissing van het verzekeringscomité was gebaseerd op een eerste pijnpunt, namelijk dat er een zeer gebrekkige samenwerking was met de eerste lijn en met de verschillende disciplines in de eerste lijn, zoals de artsen, de kinesitherapeuten en de psychologen. Een tweede pijnpunt was een totaal gebrek aan reïntegratie.

In het belang van die patiënten heb ik een aantal vragen voor u. Bent u bereid om op korte termijn een nieuwe evaluatie van die CVS-centra te laten uitvoeren? Indien deze evaluatie positief zou zijn, bent u dan bereid met de centra opnieuw te onderhandelen over een nieuwe overeenkomst met nadruk op het bio-psychosociale model als uitgangspunt en met een nauwere samenwerking met de zorgverstrekkers uit de eerste lijn?

Hoe moet het nu verder met dit dossier nu u uw veto hebt gesteld tegen de beslissing van het verzekeringscomité? Welke oplossing kan u aan de betrokken patiënten bieden indien wordt vastgehouden aan de centra zodat hun behandeling wordt voortgezet?

**16.04** **Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dit is niet nieuw, wij hebben deze discussie hier de laatste jaren reeds verscheidene keren gevoerd. U hebt eind vorig jaar op een vraag van mij geantwoord dat u voorziet in nog één jaar financiering en dat er dan iets moet gebeuren met die referentiecentra. Heel de problematiek van het verzekeringscomité en het veto dat u gesteld hebt, roept bij mij de vraag op wat de toekomst is. Hoe ziet u de toekomst van die referentiecentra?

Naar aanleiding van de rapporten van het Kenniscentrum, zijn er ingrepen gebeurd. Er werd ook gezocht naar partnerschappen met de eerste lijn en met de tweede lijn.

Mevrouw de minister, ik heb hier een initiatief voor mij liggen voor West- en Oost-Vlaanderen, waar vandaag in het kader van CVS een netwerkinitiatief opgestart is met 11 ziekenhuizen, 4 centra voor geestelijke gezondheidszorg en verschillende huisartsenkringen. Dit betekent dat er op het terrein wel wat beweegt. Ik ben ook vrij gelukkig met hun aanpak, men spreekt hier ook vanuit een multidisciplinaire aanpak, waar men ook de verschillende aspecten in het onderzoek gaat bekijken.

Er gebeurt dus wel heel veel op het terrein, het hoeft niet vanuit de centra zelf gestuurd te zijn, maar ook gestuurd worden door het RIZIV, na de studies van het Kenniscentrum, lopen er initiatieven. Ik ondersteun ook die initiatieven.

Mijn vragen zijn de volgende. Wat gebeurt er nu? Betekent dit dat er een definitief einde is na 2012?

Wat gebeurt er met die middelen en op welke manier zouden die ingezet kunnen worden? Dat laatste is de vraag waarop wij allemaal graag een antwoord zouden krijgen.

**16.05** **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je ne répéterai pas tous les chiffres. Il faudrait cependant insister sur le fait que la Belgique compterait pas moins de

25 000 patients sur son territoire. Au cas où les centres ne pourraient plus travailler, il s'agirait de pouvoir répondre au problème.

Quel est le rapport d'évaluation précis qui a déterminé l'INAMI à prendre récemment la décision de ne plus financer les centres à partir de la fin de l'année? Existe-t-il un rapport de l'INAMI disponible publiquement? Si non, sera-t-il disponible ultérieurement?

Pouvons-nous connaître le montant exact du financement de ces cinq centres? Il est question d'une économie de 1,7 million d'euros.

Selon vous, quelle formule assurerait la meilleure plus-value dans la prise en charge de ces 25 000 patients? Pourquoi?

**16.06 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, mon intervention sera succincte. Les solutions à apporter en faveur de ces personnes qui souffrent de fatigue chronique semblent particulièrement difficiles. Lors de la discussion de la résolution relative aux patients atteints du syndrome de fibromyalgie, il avait été question d'associer ces deux problèmes, mais les réalités étant différentes, nous ne l'avons pas fait. Néanmoins, nous avons reconnu qu'un travail devait être accompli pour ces patients.

L'approche bio-psycho-sociale est refusée par les patients que j'ai rencontrés, parce que cela signifie à leurs yeux qu'on réduit la maladie à un problème subjectif – même si le modèle en question ne signifie pas cela.

J'ai compris que vous aviez refusé de suivre la décision du Comité de l'assurance de l'INAMI en expliquant qu'on ne pouvait pas laisser ces 25 000 personnes en rade. J'aurais aimé connaître vos arguments et savoir ce que vous comptiez mettre en place pour améliorer leur prise en charge. Et quel en est le timing? Il importe de trouver une solution, d'autant plus que les moyens existants ne les satisfont pas, ne rencontrent ni leurs besoins, ni leur désir, ni leur vision des choses.

**16.07 Colette Burgeon** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, il existe actuellement quatre centres de référence, dont un en Wallonie, et plus particulièrement à Mont-Godinne, destinés aux patients souffrant du syndrome de fatigue chronique. Ces centres permettent aux patients, après leur avoir fait bénéficier d'un dépistage bio-psycho-social approfondi, de profiter d'une rééducation interdisciplinaire spécifique.

Considérée comme une maladie neurologique, l'encéphalomyélite myalgique ou syndrome de fatigue chronique est difficile tant à diagnostiquer qu'à traiter. Les centres de référence permettent ainsi d'offrir aux patients concernés un accès aisé à l'ensemble des spécialistes susceptibles de répondre à leurs besoins multiples: spécialistes en médecine physique, médecine interne, psychologues, psychiatres, kinésithérapeutes et assistants sociaux.

Récemment, j'ai été alertée de votre opposition à une décision du Comité de l'assurance qui souhaitait ne plus financer ces centres.

Madame la ministre, quels arguments ont-ils été avancés par le Comité de l'assurance justifiant sa proposition de ne plus financer ces centres? Quelles furent vos motivations pour vous opposer à cette décision? À court, moyen et long terme, de quelles prises en charge pourront bénéficier les patients actuellement traités dans ces centres et ceux pour lesquels le syndrome n'a pas encore été diagnostiqué?

**16.08 Minister Laurette Onkelinx:** De beslissing van het verzekeringscomité om de overeenkomsten stop te zetten is gebaseerd op het actieplan dat elk centrum eind 2011 heeft ingediend. Daaruit blijkt dat de centra ofwel onvoldoende bereid zijn om de reguliere zorgverleners meer bij de zorgverlening van de patiënten te betrekken, ofwel dat ze hierin waarschijnlijk niet op korte termijn zullen slagen.

Het is niet de eerste maal dat het RIZIV vaststelt dat de centra onvoldoende samenwerken met in het bijzonder de huisartsen. Dat bleek ook al uit de evaluatie die het RIZIV in 2006 heeft uitgevoerd. De opdracht om samen te werken met de reguliere zorgverleners staat expliciet in de overeenkomst die in 2002 met de referentiecentra is afgesloten. Nadien zijn de centra meermaals aangespoord om deze opdracht uit te voeren. Dat hebben ze niet of onvoldoende gedaan.

De samenwerking is belangrijk om de kennis over deze aandoening te verspreiden en om de vroege detectie

ervan te verbeteren. De actieplannen waarover ik het had, kunnen niet publiek worden gemaakt. Ze kaderen binnen de bilaterale overeenkomsten die tussen het verzekeringscomité van het RIZIV en elk referentiecentrum zijn afgesloten.

De uitgaven voor de centra bedragen ongeveer 1,1 miljoen euro per jaar.

Après le débat qui s'est tenu au Comité de l'assurance de l'INAMI, le 26 mars dernier, suite au recours du commissaire du gouvernement – recours que j'ai confirmé –, il a été suggéré que le Collège des médecins-directeurs établisse une proposition complète comprenant une alternative à la prise en charge actuelle de ces patients et des mesures transitoires pour éviter qu'ils ne se retrouvent dans un vide. Il pourrait donc être proposé de prolonger la convention avec une finalité bien déterminée annonçant des solutions alternatives qui ne passent pas nécessairement par les centres.

Le président du Comité de l'assurance a annoncé, lors de la réunion, qu'il me ferait part, dans un courrier, de la discussion au sein dudit Comité.

Selon le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé de 2008, la thérapie d'exercices graduelle et la thérapie comportementale cognitive sont les seules thérapies pour lesquelles la recherche scientifique a suffisamment démontré qu'elles peuvent atténuer les plaintes des patients.

En ce qui concerne la question de savoir quelle formule doit se substituer aux centres de référence, je crois qu'il importe que les thérapies précitées restent remboursables.

Je sais aussi que les associations de patients souffrant d'encéphalomyélite myalgique – syndrome de fatigue chronique – demandent de financer la recherche sur cette affection. Cependant, le financement de la recherche scientifique fondamentale n'est pas de mon ressort, mais de celui des Communautés.

Er wordt vaak gewezen op belangrijke ontdekkingen die in Noorwegen gedaan zijn inzake de behandeling van ME/CVS met het geneesmiddel Rituximab. In de televisiereportage hierover wordt echter ook gezegd dat deze behandeling bij meer patiënten getest moet worden en dat de behandeling in voorkomend geval pas over enkele jaren zal kunnen worden aangeboden.

**16.09 Rita De Bont (VB):** Mevrouw de minister, de referentiecentra werken onvoldoende samen, hoewel dat voorgesteld is. Zij bieden onvoldoende resultaten.

Naar aanleiding van de resolutie waarover mevrouw Gerkens het had, heb ik een gelijkaardige resolutie ingediend waarin ik vraag het probleem CVS op dezelfde manier te onderzoeken als gebeurd is na de vorige resolutie. Spijtig genoeg wil men mijn resolutie niet verder behandelen. Ik wil erop aandringen dat u, in plaats van de referentiecentra – die de problematiek nu moeten behandelen – een onafhankelijk diagnose- en onderzoekscentrum zou oprichten dat daarvan losstaat.

Gezien vele mensen zich vragen stellen – mensen bij het RIZIV en ook patiënten van verschillende politieke fracties – hoop ik dat u uiteindelijk een grote rondetafelconferentie zult organiseren en dat u zich niet enkel zult baseren op de mening van het RIZIV maar dat u alle meningen aan bod zult laten komen, zoals senator Anciaux u trouwens in een schriftelijke vraag gevraagd heeft. Hij vraagt of u daar werk van wil maken. Ik wil er ook op aandringen dat u het probleem eindelijk grondig aanpakt. Dank u.

**16.10 Lieve Wierinck (Open Vld):** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Een rondetafelgesprek zou inderdaad nuttig zijn. Wat erna moet komen, dat blijft een probleem.

**16.11 Manu Beuselinck (N-VA):** Mevrouw de minister, ik hoor dat er gewerkt wordt aan een alternatief. Ik vind dat heel positief, maar wanneer komt dat alternatief er? Ondertussen worden die patiënten in onzekerheid gelaten. Hoe lang zullen zij hun huidige vorm van medicatie of behandeling kunnen behouden? Het is in het belang van die patiënten dat zij een snelle diagnose en een snelle bevestiging kunnen krijgen, waardoor zij sneller kunnen starten met de behandeling.

Ik ben ervan overtuigd dat er een multidisciplinair overleg nodig is, in grote samenwerking met de eerste lijn. Dat gebeurt nu te weinig. Ik hamer er ook nog eens op dat de klinische psycholoog daarbij zeker een rol kan spelen. Ik ijver dus nogmaals voor de erkenning van de klinische psycholoog, die ook bij die patiënten een zeer nuttige rol kan spelen.

Ik vraag mij, ten slotte, af of de referentiecentra niet moeten evolueren naar een soort van expertisecentrum waar er een snelle bevestiging kan komen van de diagnose, ter ondersteuning van de multidisciplinaire behandeling van de eerste lijn. Ik dring erop aan dat de vrijgemaakte middelen, de middelen die niet meer gebruikt zullen worden, meer gebruikt zouden worden om multidisciplinair te werken en dus voor ambulante behandelingen.

De **voorzitter**: De collega's Muylle en Schyns zijn afwezig voor een repliek

**16.12 Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Je vous remercie, madame la ministre, pour votre réponse. Vous avez présenté différentes pistes. Dans l'intérêt des patients, il est temps de trouver une solution, avec tous les acteurs autour de la table qui sont liés par ce type de maladie.

**16.13 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Le fait de chercher des propositions alternatives en collaboration avec le Collège des médecins-directeurs me semble être une bonne piste. Je partage évidemment la préoccupation d'obliger ces centres, et d'autres structures d'ailleurs, à travailler avec les médecins généralistes. Ce sont des personnes qui doivent être les premières référentes des patients, quelles que soient d'ailleurs les pathologies dont ils souffrent.

Vous avez demandé au Collège des médecins-directeurs de donner des alternatives. Un timing a-t-il été établi? Ai-je bien compris qu'il faut que le remboursement de ces patients ait lieu d'ici là? Est-ce problématique ou ce remboursement est-il sûr, tant que les alternatives ou les décisions se prennent?

**16.14 Laurette Onkelinx**, ministre: C'est une rupture dans la prise en charge de ces patients. Le Collège des médecins-directeurs doit analyser les alternatives possibles. On n'abandonnera pas ce que l'on fait tant qu'on n'a pas une alternative.

**16.15 Colette Burgeon** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Depuis le 26 mars, je me demandais ce qu'il en était. Il est vrai que les Communautés sont compétentes en matière de recherche. Toutefois, ne pouvez-vous pas éventuellement suggérer cela lors d'un comité interministériel, à moins que celui-ci ne comprenne pas les personnes compétentes?

**16.16 Laurette Onkelinx**, ministre: Je vais demander à mes collègues. (...)

**16.17 Colette Burgeon** (PS): Tout comme la fibromyalgie, ce sont des maladies assez spécifiques pour lesquelles la recherche n'est pas inutile.

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

De **voorzitter**: Wij ronden hier de werkzaamheden af en zetten volgende week dinsdag de vragenronde verder.

**16.18 Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, toute une série de parlementaires ne sont pas venus, aujourd'hui. Leurs questions sont-elles transformées en questions écrites?

Le **président**: Certaines d'entre elles. D'autres sont reportées ou retirées.

Vraag nr. 10354 van de heer Olivier Destrebecq werd op zijn verzoek uitgesteld. Vraag nr. 10733 van mevrouw Ine Somers werd uitgesteld. Vraag nr. 10965 van mevrouw Sarah Smeyers werd ingetrokken.

**16.19 Laurette Onkelinx**, ministre: Qu'en est-il de la question n° 11216 de Mme Vervotte?

(...): Ik weet niet of de vraag over patiëntenrechten hier aan bod mag komen, want deze vraag werd reeds in plenaire vergadering gesteld.

De **voorzitter**: Dat hangt ervan af of de vraag werd ingediend vóór ze in plenaire vergadering werd gesteld. Dat laten we nagaan en men laat u dat weten.

Vraag nr. 11125 van de heer Damien Thiéry werd uitgesteld. Over vraag nr. 11280 van mevrouw Valérie Déom weten we niets. We kunnen suggereren om die om te zetten in een schriftelijke vraag.

**16.20 Laurette Onkelinx**, ministre: Ce n'est pas la règle? Soit le membre demande le report ou la question est transformée en question écrite.

De **voorzitter**: Nee, mevrouw de minister. Normaal moeten ze hier zijn op het moment waarop dit aan bod komt. Als ze hier niet zijn, vervalt de vraag. Men kan één keer uitstel vragen. Daar is deze commissie zeer streng in. Als men één keer uitstel heeft gevraagd, weet men dat daarna de vraag vervalt.

Wij zullen suggereren aan mevrouw Déom om haar vraag nr. 11280 om te zetten in een schriftelijke vraag. De actualiteit is relatief in dit geval.

**16.21 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, si Mme la ministre est d'accord de me donner la réponse, je souhaiterais néanmoins transformer ma question n° 10506 en question écrite. J'aimerais en effet obtenir la réponse cette semaine, quitte à aborder des éléments complémentaires par la suite.

*La réunion publique de commission est levée à 18.17 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.17 uur.*