

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 17 JUILLET 2012

DINSDAG 17 JULI 2012

Matin

Voormiddag

La séance est ouverte à 9.48 heures et présidée par M. Franco Seminara.

De vergadering wordt geopend om 9.48 uur en voorgezeten door de heer Franco Seminara.

01 Questions jointes de

- Mme Valérie Déom à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "la continuité des projets pilotes portant sur l'intégration sociale des personnes présentant une problématique liée aux assuétudes" (n° 12629)

- Mme Zoé Genot à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "la fin prématurée de projets pilotes toxicomanie en Intégration sociale" (n° 13193)

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valérie Déom aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "het voortzetten van proefprojecten betreffende de sociale integratie van personen met verslavingsproblemen" (nr. 12629)

- mevrouw Zoé Genot aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "de vroegtijdige stopzetting bij het departement Maatschappelijke Integratie van proefprojecten op het gebied van drugshulpverlening" (nr. 13193)

01.01 Valérie Déom (PS): Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, depuis 2002, deux projets pilotes – un néerlandophone et un francophone – sont menés sur le plan de l'insertion sociale en faveur de personnes présentant des assuétudes. En Flandre, ce projet est conduit par le Centre De Sleutel et le CPAS de Gand; en Wallonie, il est porté par l'ASBL Phénix et le CPAS de Namur pour un montant annuel de 250 000 euros.

Pour ce qui est du projet francophone – qui est celui que je connais le mieux, puisqu'il est développé à Namur –, sa qualité n'est plus à démontrer. Depuis l'ouverture du service en 2002, celui-ci n'a cessé de progresser. Si, par exemple, 27 828 heures de présence étaient comptabilisées en 2008, ce sont 32 388 heures qu'il fallait dénombrer en 2009 et 35 811 heures en 2010. Durant les onze premiers mois de 2011, ce sont déjà 32 102 heures de formation qui ont été suivies.

Le soutien fédéral en ce domaine est formalisé par un arrêté ministériel pris annuellement. La prochaine échéance est le 30 septembre 2012; autant dire demain. Mais on s'interroge sur la reconduction du financement.

Aussi, madame la secrétaire d'État, mes questions sont les suivantes. Une évaluation de ces projets a-t-elle eu lieu? Dans l'affirmative, pouvez-vous me la communiquer? Les personnes participant à ces projets, mais aussi les bénéficiaires, comptent évidemment sur la prolongation de ces initiatives qui se conforment parfaitement à l'une de vos priorités définies pour l'année 2012, à savoir l'activation. Quelles suites entendez-vous réserver au financement de ces projets? Si, comme je l'espère, la reconduction du financement fédéral est une évidence pour vous, son annualisation empêche toutefois que se dégagent des perspectives sur le long terme. Par conséquent, n'estimeriez-vous pas adéquat de revoir ce mode de financement pour l'inscrire, enfin, dans la durée?

01.02 Maggie De Block, secrétaire d'État: Monsieur le président, madame Déom, j'ai déjà visité le CPAS de Namur et rencontré les membres de l'ASBL De Sleutel. Je constate que vous êtes bien au fait de leurs activités. Ces organisations fournissent par ailleurs un travail de très grande qualité et s'intéressent à des problèmes d'assuétude et de dépendance aux drogues.

Je suis évidemment bien consciente de l'importance de ces projets, tant pour les personnes qui les portent que pour les personnes qui en bénéficient.

En ce qui concerne l'évaluation, à l'échéance de chaque arrêté ministériel portant octroi d'une subvention aux ASBL De Sleutel et Phénix, un rapport d'activité doit être transmis par les associations. Ces rapports sont approuvés par l'administration, mais ne font pas l'objet d'une évaluation en tant que telle.

Suite aux préparatifs du contrôle budgétaire de février dernier et à la lumière des décisions des négociateurs de l'accord de gouvernement de prendre des mesures en vue du transfert du financement des compétences usurpées, l'Inspection des Finances, dans son avis du 7 février dernier, a néanmoins fait observer que les projets introduits dans le cadre de l'allocation de base 55.11.33.00.35 ont un lien avec plusieurs compétences communautaires.

Selon l'Inspection des Finances, les projets concernés ont même presque exclusivement trait à des compétences communautaires telles qu'elles sont mentionnées dans la loi spéciale des réformes institutionnelles du 8 août 1980: l'aide sociale, le placement des travailleurs, la formation post-scolaire et parascolaire et la promotion sociale.

Compte tenu de ces constats, j'ai décidé de ne prendre qu'un seul engagement de principe pour les projets 2012 prescrits jusqu'au 30 septembre 2012, en vue d'une extinction ultérieure des dépenses dans le cadre de cette allocation de base.

Comme vous l'avez dit, il s'agit d'un montant de 250 000 euros. Dès lors, ces projets seront définitivement supprimés de la liste des projets subsidiés par l'État fédéral, à partir de cette date. L'allocation de base que j'ai mentionnée sera ensuite abrogée. J'en ai informé tous les responsables de projets de manière informelle; c'est la raison pour laquelle je leur ai rendu visite. À Bruxelles, il y a, par exemple, le projet Dune et il est question de rencontrer M. Dubus cet après-midi.

Je m'engage à me concerter avec les entités fédérées pour leur transférer au mieux ces projets. Les discussions à cet égard se tiendront durant les vacances d'été. Je n'avais pas vraiment le choix, car ils figuraient sur la liste des compétences usurpées. Si je n'agissais pas ainsi, j'aurais à financer des projets qui relèvent réellement des Communautés.

01.03 Valérie Déom (PS): Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, je vous remercie pour votre réponse.

Cependant, je voudrais attirer votre attention sur la situation de Dune qui est exactement dans le même cas que De Sleutel et Phénix. Je comprends bien la problématique et l'accord de gouvernement en matière de compétences usurpées. Néanmoins, comme vous l'avez dit, les associations ont été prévenues de manière informelle, il y a environ un mois ou deux.

01.04 Maggie De Block, secrétaire d'État: (...)

01.05 Valérie Déom (PS): Au début de l'année, autrement dit, il n'y a pas si longtemps. En outre, les informations données manquaient de clarté. En tout cas, pour ce qui concerne Phénix, on ne leur a pas fait savoir clairement – c'est d'ailleurs la raison pour laquelle je vous interroge – que les choses allaient totalement s'arrêter. À partir du 30 septembre 2012, c'est toute la structure de ces associations qui sera remise en cause. Que doivent-elles faire? Déjà donner des préavis conservatoires, etc.? Il s'agit pourtant d'associations qui fonctionnent très bien sur le terrain.

Si je comprends la démarche, je regrette quelque peu la précipitation. J'espère que vous mettrez à profit, après avoir pris quelques jours de congé, les vacances d'été pour veiller à ce que le transfert aux Communautés ou aux entités fédérées s'effectue correctement, à ce que ces projets puissent s'inscrire dans

la durée, et qu'une subvention puisse être accordée pour ces projets, dès la fin de cette année. Le but est que cette subvention puisse devenir effective, dès le début de l'année 2013 et qu'il ne soit pas mis fin aux activités de ces associations, activités d'autant plus importantes durant la difficile période de crise que nous connaissons actuellement.

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

02 Vraag van de heer Wouter De Vriendt aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "het Federaal Armoedeplan" (nr. 12755)

02 Question de M. Wouter De Vriendt à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "le Plan fédéral de lutte contre la pauvreté" (n° 12755)

02.01 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen): Mevrouw de staatssecretaris, het verheugt mij dat ik u enkele vragen kan stellen over een rapport van het Rekenhof. Het gaat over het Federaal Armoedeplan, dat de pijler is van het federale armoedebeleid. Daar mogen wij toch van uitgaan.

Een paar weken geleden hebben wij allemaal dat interessante rapport in onze bus gekregen. Er staat nogal wat kritiek in op het Federaal Armoedeplan. Ik maak een samenvatting.

Wat zegt het Rekenhof? De administratie werd onvoldoende betrokken bij de opmaak van het plan. Er is geen systematisch overleg tussen de federale ministers en hun administratie en van opvolging is amper sprake. Er bestaat een netwerk van armoedeambtenaren, dat moet instaan voor de opvolging, maar dat heeft sinds september 2010 niet meer vergaderd.

Volgens het Rekenhof is geen enkele maatregel geëvalueerd, laat staan dat een van de betrokken ministers een dergelijke evaluatie gevraagd zou hebben. Bovendien staat er tegenover de voorziene beleidsmaatregelen meestal geen budget. Het Rekenhof formuleert nog een aantal andere opmerkingen, maar u hebt het rapport uiteraard ook gezien.

Ik heb de volgende vragen.

Hoe reageert u op dat rapport? Welke stappen hebt u reeds gezet om bij de opvolging en evaluatie van het huidige plan aan de opmerkingen van het Rekenhof tegemoet te komen? Wanneer zal een actualisatie van het plan gebeuren en hoe zal daarbij aan de opmerkingen van het Rekenhof tegemoetgekomen worden? Hoe wil u de inkrimping van de welvaartsenveloppe met 40 %, zoals in het regeerakkoord gepland is, verzoenen met de doelstelling om de armoede in ons land te verminderen?

02.02 Staatssecretaris Maggie De Block: Mijnheer De Vriendt, ik dank u voor uw vraag.

Achteraan in het rapport van het Rekenhof steekt trouwens al een reactie van mij. Wij waren dus wel degelijk op de hoogte van bij het begin van het actualiseren van het plan. Ik heb dan ook ten volle rekening gehouden met het rapport van het Rekenhof over de audit van het eerste federale plan. Het is immers van belang dat beleidswerk op een onafhankelijke manier wordt beoordeeld op resultaten en effecten.

Ik zie het dan ook als mijn taak om de bemerkingen en aanbevelingen van het Rekenhof ter harte te nemen bij de actualisatie van het armoedebestrijdingsplan. Ik heb dat engagement ook op mij genomen in mijn beleidsnota. Wij hebben bij de actualisatie rekening gehouden met de opmerkingen en kritische succesfactoren die het Rekenhof aangestipt heeft. Naar mijn mening zijn die onontbeerlijk voor een gedegen implementatie van het nieuwe plan.

Ik som er een aantal op. De nieuwe versie van het plan zal een aantal strategische en operationele doelstellingen bevatten die duidelijk zijn en gedragen kunnen worden. Hiervoor vormt het huidig plan dat door het Rekenhof onderzocht werd wel een goede basis, maar wij hebben ons daar niet toe beperkt. Zowel de ervaringen met dit plan als de resultaten ervan zijn hiertoe een goede voorbereiding. Ik wens dan ook de nuance aan te brengen dat armoedebestrijding veelal ook maatschappelijke effecten heeft die niet in cijfers om te zetten zijn, zoals ook de administratie heeft opgemerkt. Armoedebestrijding volgt een multidisciplinaire

aanpak die niet altijd wat men noemt *smart* geformuleerd kan worden.

In budgettair krappe tijden komt het erop aan de middelen efficiënt aan te wenden. Het is mijn overtuiging dat investeringen in armoedebestrijding zeer veel positieve resultaten kunnen bewerkstelligen. Dat betekent niet automatisch dat alle maatregelen in het nieuwe plan geld moeten kosten. Het is wel mijn betrachting om het plan te becijferen in termen van het budget.

Structureel overleg met de administraties die belast zijn met de uitvoering van het armoedebestrijdingsplan is van groot belang. We hebben daar dan ook veel tijd aan besteed. Zowel bij de opmaak als bij de uitvoering is een nauwe betrokkenheid noodzakelijk, dit teneinde de methodiek van het plan voldoende draagvlak te doen vinden bij de medewerkers. Het federaal netwerk armoedeambtenaren zal hiervoor nog versterkt worden en taken en verantwoordelijkheden zullen beter gedefinieerd worden. Ook de stakeholders, waaronder OCMW's en armoedeverenigingen, worden geconsulteerd bij de opmaak van het plan zodat hun rijke expertise meegenomen kan worden in de acties van het plan. Wij werken momenteel aan de actualisering. Het plan zal op de Ministerraad van 20 juli gepresenteerd worden.

In opvolging van de aanbevelingen en als rolmodel heb ik dan ook de administratie, de POD Maatschappelijke Integratie, een nauwe betrokkenheid gevraagd bij de werkzaamheden. Het netwerk van ambtenaren dat door het Rekenhof als goede praktijk naar voren wordt geschoven wens ik een bijzondere rol toe te kennen in de opvolging zodat de betrokken administraties op een regelmatige en structurele basis betrokken worden bij de voortgang van de realisatie van het plan. Ze worden dus niet enkel geconsulteerd bij de opmaak van het plan maar ook bij de progressie, de realisatie en de implementatie ervan.

De noodzakelijke monitoring van het nieuwe plan op het niveau van de verscheidene administraties alsook op het niveau van de coördinerende administratie, de POD Maatschappelijke Integratie, zal een onderdeel uitmaken van het plan Armoedebestrijding. Bij de monitoring van de impact van het gevoerde beleid zal een maximale cohesie nagestreefd worden met de monitoring die zal opgezet worden in het raam van het nationaal hervormingsprogramma en het Nationaal Sociaal Rapport.

De inkrimping van de welvaartsenveloppe met 40 % is een realiteit. Men kan dat betreuren maar dat helpt ons niet verder. Desalniettemin blijft er beleidsruimte om de effectiviteit en de efficiëntie van het recht op maatschappelijke integratie en steun te optimaliseren.

Door de strijd tegen de sociale fraude als een prioriteit te beschouwen wens ik de effectiviteit te verhogen. Alleen dit garandeert dat de schaarse middelen ook effectief toekomen aan de mensen die er nood aan hebben. Het vergroot het maatschappelijke draagvlak van het laatste sociale vangnet voor deze mensen. Daarnaast wens ik de efficiëntie te verhogen door te investeren in de automatisering en de administratieve vereenvoudiging. De werknemers van de OCMW's krijgen binnen hun takenpakket meer ruimte voor de sociale begeleiding van hun cliënten en kunnen dus meer aan maatschappelijk werk doen zoals het oorspronkelijk gepland was.

Dienaangaande heb ik twee maatregelen in voege gebracht.

Ten eerste, het kunnen raadplegen van de RVA-databank. Vroeger diende men voor een sociaal onderzoek altijd naar de RVA te bellen. Het was dan wachten tot men de informatie had opgezocht en eventueel had doorgegeven met alle mogelijke communicatiestoornissen van dien. Sedert vorige maand kunnen de sociale werkers zelf de databanken van de RVA raadplegen. Aan de hand van de gegevens over iemands inkomen of uitkering kunnen zij hun sociale dossiers beter en vollediger maken. De toegang tot nieuwe stromen van de Kruispuntenbank levert een schat aan informatie op die, mijns inziens, te weinig gebruikt wordt. De koppeling van gegevens van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid is een administratieve vereenvoudiging die het mogelijk maakt om vlugger te werken.

Ten tweede, in het raam van de armoedebestrijding heb ik de OCMW's gevraagd om op een proactieve manier op zoek te gaan naar armoede-indicatoren, bijvoorbeeld bij gezinnen met kinderen die hun crèche of school niet kunnen betalen. Omdat er geen ruimte is voor fulltime equivalenten, krijgen zij dankzij mijn administratieve vereenvoudiging meer tijd voor dat werk.

Op deze manier wil ik binnen mijn bevoegdheden bijdragen aan het engagement dat de federale overheid op zich heeft genomen. Dat is een moeilijk engagement, maar daarmee willen wij voldoen aan de Europese

doelstelling om tegen 2020 minstens 380 personen uit de armoede te halen of voor de armoede te behoeden.

02.03 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen): Mevrouw de staatssecretaris, het Armoedeplan dateert van 2008, van voor uw tijd, maar wij zitten er wel mee. Het is nu 2012. Dat betekent dat wij vier jaar lang met een Federaal Armoedeplan hebben gewerkt dat, volgens het Rekenhof, op elke mogelijke manier wankelt en niet optimaal is. Die kritiek is vrij vernietigend. Aan alle fasen, de opmaak, de uitvoering, de opvolging, de evaluatie, aan het hele traject van ons armoedebeleid schort er een en ander volgens het Rekenhof.

Het gaat niet alleen om cijfers. Ik kan u wel gedeeltelijk volgen, maar de kritiek van het Rekenhof gaat bijvoorbeeld ook over de coördinatie tussen ministers en de werking van het netwerk van armoedeambtenaren. Dat zijn kwalitatieve gegevens die men nogal negatief heeft beoordeeld.

Als u zegt dat u de efficiëntie wil verhogen om de beschikbare middelen zo goed mogelijk in te zetten, ben ik het daarmee volledig eens. U krijgt daarvoor zeker onze steun. Door het verhogen van de efficiëntie alleen zullen wij er echter niet raken. De begrotingscontrole is gepasseerd. Er komt een volgende begrotingsopmaak aan.

Ik dring er nogmaals op aan om te voorzien in voldoende middelen voor het verhogen van het minimale leefloon voor de meest kwetsbaren onder ons. Zonder die financiële inspanningen zult u uw doelstellingen immers onmogelijk halen.

02.04 Staatssecretaris Maggie De Block: Wij willen hetzelfde. Het is waar, het vorige armoedeplan dateert uit 2008. Bij de actualisatie heb ik getracht, dankzij het rapport van het Rekenhof, om rekening te houden met de zogezegde hiaten en fouten uit het verleden, om alzo te proberen een tot een beter en fijner instrument te komen.

In verband met de middelen, dat is natuurlijk een ander verhaal. Nu gaat het om een begrotingscontrole. Ik heb in februari al veel extra middelen gevraagd en het is evident dat ik meer middelen zal vragen voor 2013, voor leeflonen en dergelijke.

Ik denk dus dat wij eigenlijk hetzelfde willen.

02.05 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen): Los van het plan zelf, gaat het inderdaad over het budget. U volgt de lijn om de efficiëntie te verhogen en de sociale fraude aan te pakken. Ik ga daarmee akkoord, maar een hele groep mensen beschikt op dit moment over onvoldoende middelen om zich opnieuw te integreren in onze samenleving en op de arbeidsmarkt.

Het is dus een kwestie van *empowerment*. Men moet die mensen de middelen te geven om zich actief te kunnen integreren op de arbeidsmarkt. De middelen waarover een grote groep op dit moment beschikt, zijn eenvoudigweg onvoldoende. Het is in ons aller belang om die mensen in staat te stellen om te ontsnappen uit de vicieuze armoedecirkel. Het is geen weggegooid geld, het is een investering.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Mme Sabien Lahaye-Battheu a converti ses questions n^{os} 12957 et 13076 en questions écrites.

03 Question de M. Fouad Lahssaini à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "l'immunisation de l'indemnité de formation pour les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale" (n° 13096)

03 Vraag van de heer Fouad Lahssaini aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "het vrijstellen van de opleidingsvergoedingen voor de berekening van het leefloon" (nr. 13096)

03.01 Fouad Lahssaini (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale détermine les règles auxquelles sont soumis les bénéficiaires du RIS. Parmi ces règles, l'article 16, § 1, précise que: "Toutes les ressources, quelles qu'en

soient la nature et l'origine, dont dispose le demandeur sont prises en considération". L'article 16, § 2, précise que le Roi peut déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les ressources dont il ne sera pas tenu compte, soit en totalité, soit partiellement. Ces précisions sont établies dans l'arrêté royal du 11 juillet 2002 portant règlement général en matière de droit à l'intégration sociale. L'article 22 de cet arrêté mentionne toutes les ressources exonérées. On y trouve notamment les revenus provenant d'un travail pour l'ALE, les primes d'encouragement ou de productivité payées par les autorités compétentes dans le cadre des formations professionnelles, les jetons de présence pour les membres du conseil provincial ou communal ou du CPAS. Or, il semblerait que les indemnités de formation perçues par les personnes effectuant une formation en EFT (entreprise de formation par le travail), en OISP (organismes d'insertion professionnelle) ou en centre de formation reconnu par le FOREM ne soient pas immunisées, alors qu'elles le sont pour les bénéficiaires d'allocations de chômage. Les indemnités payées par ces centres de formation consistent à rembourser les frais de garderie, les frais de déplacements et 1 euro par heure de formation.

Madame la secrétaire d'État, pour quelle raison les indemnités payées par les centres de formation ne sont-elles pas exonérées dans le calcul des ressources pour calculer le RIS?

Les CPAS ont la possibilité d'appliquer la disposition prévue à l'article 35 de l'arrêté royal du 11 juillet 2002 qui précise qu'en vue de favoriser l'intégration socioprofessionnelle du bénéficiaire du revenu d'intégration qui commence à travailler ou qui entame ou poursuit une formation professionnelle, les revenus nets qui en résultent sont pris en considération sous déduction d'un montant de 229,95 euros par mois à l'indice actuel. Cette disposition prend cours le premier jour pour lequel il bénéficie de l'immunisation et se termine trois ans plus tard. Pourquoi cette disposition est-elle limitée à trois ans calendrier? Les bénéficiaires du RIS effectuent souvent de longs parcours d'insertion: stage en OISP, ensuite en EFT et ensuite ils n'ont souvent qu'un travail à temps partiel vu la conjoncture économique.

Enfin, madame la secrétaire d'État, ne pensez-vous pas que l'application de cette mesure entraîne des lourdeurs administratives au détriment du travail qui peut être fait pour et avec les bénéficiaires du RIS. En effet, cela implique un calcul mensuel du RIS qui doit passer par différentes étapes administratives: communication du montant de l'indemnité avec preuve à l'appui, décision du Bureau permanent ou du Conseil de l'aide sociale du CPAS, notification de la décision, formulaire de demande de subvention au SPF.

Madame la secrétaire d'État, déjà rien qu'à sa lecture, cette question est lourde. J'imagine que la procédure, les calculs et le parcours par lequel passent les personnes qui suivent ces formations doivent être dix fois, voire cent fois plus lourds que ce que j'ai ressenti en posant ma question.

03.02 Maggie De Block, secrétaire d'État: Monsieur le président, monsieur Lahssaini, une exonération partielle des revenus issus des formations professionnelles est prévue à l'article 35 de l'arrêté royal du 11 juillet 2002 portant règlement général en matière de droit à l'intégration sociale. En fait, cette disposition prévoit une exonération des revenus issus de l'intégration socioprofessionnelle. Il s'agit d'un incitant financier limité dans le temps qui doit aider le bénéficiaire du système d'assistance en le rapprochant du marché du travail via le travail ou via les formations et qualifications déterminées qui lui permettent d'intégrer progressivement le circuit professionnel.

Le régime actuel vise à récompenser les efforts des bénéficiaires du revenu d'intégration en exonérant chaque mois une partie de leur revenu lors du calcul de leurs ressources et ce, pendant une période ininterrompue de trois ans. De nombreux bénéficiaires du revenu d'intégration pouvant prétendre à l'exonération socioprofessionnelle rencontrent néanmoins actuellement des difficultés à garder leur emploi pendant une période ininterrompue de trois ans, ce qui annule l'effet positif de la mesure pour ces personnes.

Tenant compte de cela, j'ai examiné les différentes possibilités d'améliorer de façon durable le système de l'exonération socioprofessionnelle dans le calcul du revenu d'intégration.

J'ai dès lors prévu dans ma note de politique générale un assouplissement, qui doit permettre aux bénéficiaires du revenu d'intégration de mieux profiter des avantages de cette exonération. L'assouplissement consiste à étendre le délai d'exonération de 3 à 6 ans maximum.

La période d'immunisation reste fixée à 3 ans, mais le bénéficiaire peut en profiter pendant maximum 6 ans prenant cours le 1^{er} jour pour lequel il bénéficie de l'immunisation au lieu de 3 ans actuellement.

Nous pensons que cette mesure donnera beaucoup plus d'effets, car nous avons constaté que la période de trois ans est vraiment trop courte.

03.03 Fouad Lahssaini (Ecolo-Groen): Madame la secrétaire d'État, cette matière étant très compliquée, je serais très heureux de prendre connaissance de votre note de politique générale, car ce que vous m'avez annoncé me paraît tout à fait positif et je ne peux qu'y adhérer.

Par ailleurs, voudriez-vous m'informer des dispositions concrètes que vous comptez prendre? Je vous remercie pour l'attention portée à ce dossier et les mesures que vous avez déjà prises.

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

04 Vraag 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 "een wettelijk kader voor de esthetische geneeskunde" (nr. 12867)

04 Question 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 "un cadre légal pour la médecine esthétique" (n° 12867)

04.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, onlangs kondigde de minister van Volksgezondheid een grote hervorming van de sector van de esthetische geneeskunde aan. Die hervorming zal als amendement worden toegevoegd aan het wetsvoorstel dat waarschijnlijk na het reces in de Senaat wordt ingediend.

De krachtlijnen zijn de volgende. De esthetische geneeskundige en de esthetisch chirurgische ingrepen worden voorbehouden aan dokters en de ingrepen die onder de competentie van verschillende zorgverleners vallen, worden verduidelijkt. Daarnaast is er de oprichting van een nieuwe beroepstitel – de geneesheerspecialist in de niet-chirurgische esthetische geneeskunde – een piramidesysteem van bevoegdheden, een specifieke bescherming voor minderjarigen en een volledige informatie aan de patiënt voor de ingreep.

In een eerste reactie op dit plan toonde de beroepsvereniging Besko zich helemaal niet zo gelukkig. "Schoonheidsspecialisten verbieden om bijvoorbeeld tanden te *bleachen*, ligt wel gevoelig. Het gebit bleken kan in gradaties door een grotere of kleinere hoeveelheid van bepaalde stoffen aan te brengen. Wij hopen toch de zwakste gradaties nog zelf te kunnen uitvoeren. Momenteel werkt de Hoge Gezondheidsraad aan een advies. Wij vragen mevrouw Onkelinx nog even af te wachten", aldus Besko.

Is er een tijdpad uitgestippeld voor de uitvoering van dit plan? Zal de minister een afwachtende houding aannemen omtrent de maatregel rond het *bleachen*?

04.02 Staatssecretaris Philippe Courard: Het *bleachen* of tandbleken valt niet onder het wetsvoorstel betreffende de esthetische geneeskunde, dat in de Senaat werd ingediend en dat mijn collega, de minister van Volksgezondheid, steunt. De amendementen die zij heeft ingediend op de voorstellen met betrekking tot de schoonheidsspecialisten, betreffen enkel de laser- of pulsluchttechnieken om te epilieren. Kort gezegd, er wordt bepaald dat zij bepaalde lasertypes mogen gebruiken, desgevallend na het volgen van een adequate opleiding. In dat verband nam het kabinet van minister Onkelinx het initiatief om te overleggen samen met de vertegenwoordigers van de schoonheidsspecialisten. De neergelegde amendementen hernemen het resultaat van dat overleg, conform de conclusies van de Hoge Gezondheidsraad.

Wat het tandbleken betreft, voorziet het koninklijk besluit van 22 maart 2012 betreffende cosmetica reeds in de verplichte ingreep door een tandarts voor het gebruik van tandbleekmiddelen die maximaal 0,10 % waterstofperoxide bevatten of vrijgeven. Die maatregelen werden op Europees vlak getroffen, gelet op de gevaarlijkheid van het bewuste product en de onherstelbare schade die het kan veroorzaken.

Voorziet het koninklijk besluit is de omzetting van richtlijn 2011/84/EG van 20 september 2011 inzake cosmetische producten, met het oog op de aanpassing van bijlage 3 aan de technische vooruitgang. De bepalingen van deze richtlijnen moesten vóór 30 oktober 2012 worden omgezet en vanaf 31 oktober 2012 gelden.

Rekening houdend met onze verbintenissen op Europees vlak, maar vooral met de gevaren die de producten in kwestie vormen, is er geen sprake van dat wij de bedoelde beschermingsregeling zouden opheffen. Bovendien bekijkt mijn collega samen met de vertegenwoordigers van de tandartsen of bijkomende beschermingsmaatregelen voor de patiënt zich opdringen in het licht van de hervorming van de medische cosmetiek voor het geval van tandbleken. Het is haar bedoeling dat deze hervorming zo snel mogelijk in werking treedt, aangezien zij de bescherming van de gezondheid van de patiënt beoogt.

04.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de de staatssecretaris, indien ik het goed heb begrepen, is het *bleachen* niet vervat in de laatste amendementen die in de Senaat worden ingediend. Er zijn echter wel nog gesprekken aan de gang, ook met de vertegenwoordigers van de tandartsen, om alsnog het probleem op te lossen.

Ik zal het dossier zeker blijven opvolgen. Mijn oordeel is immers dat moeilijk kan worden aanvaard dat schoonheidsspecialisten in de mond van patiënten werken. Wij zullen de zaak zeker blijven opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van mevrouw Inge Vervotte aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het incontinentieforfait" (nr. 12858)

05 Question de Mme Inge Vervotte 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 forfait d'incontinence" (n° 12858)

05.01 Inge Vervotte (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, mijn vraag gaat over een beslissing in de Ministerraad van 1 juli 2011 tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, § 14, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Het koninklijk besluit zou voorzien in een forfaitaire tegemoetkoming van 150 euro per jaar voor niet-zorgafhankelijke patiënten die aan een onbehandelbare vorm van incontinentie lijden. Het totaalbudget bedroeg 2,5 miljoen euro.

Daarvan zouden ongeveer 16 000 patiënten gebruik kunnen maken, hetgeen volgens ons toch wel wat vragen oproept, want de schattingen van het aantal gegadigden liggen ruim tienmaal hoger. Als wij de totale groep in België bekijken van patiënten die rechtstreeks of onrechtstreeks aan de gevolgen van incontinentie zouden lijden, dan zijn die schattingen nog eens hoger.

U kondigde in de commissie op 14 juli 2011 initiatieven aan in verband met communicatie en opleiding, met name in het raam van het programma "Prioriteit aan de chronische ziekten". Een en ander zou nog vóór het eind van 2011 uitgevoerd of operationeel zijn. Vooral de communicatie is een delicaat punt, omdat de meerderheid van de patiënten niet durft te praten over die aandoening, vanwege het maatschappelijk taboe dat nog steeds heerst rond incontinentie. Bovendien zijn de artsen en de verpleegkundigen die in contact komen met die patiënten, niet altijd op de juiste wijze geïnformeerd, wat ook tot sociale isolatie maar ook tot een verkeerde beeldvorming inzake bijvoorbeeld voorzieningen kan leiden.

Kunt u ons medelen of de aangekondigde initiatieven over communicatie en opleiding ook gerealiseerd zijn? Krijgen wij daar een overzicht van? Indien die niet gerealiseerd zijn, wat is dan de reden?

Kunt u een stand van zaken geven over de besteding van het uitgetrokken budget van 2,5 miljoen euro?

Voorziet u, gelet op de volgens ons onderschatting, in een verhoging van het budget? Hoe ziet u de verdere evolutie? Wij weten immers dat met de vergrijzing de cijfers mogelijks nog zullen stijgen.

Voorziet u in de toekomst nog in andere beleidsinitiatieven in verband met incontinentie, misschien in samenspraak met de Gemeenschappen? Ik denk ook aan bijvoorbeeld een rondetafelconferentie met alle betrokkenen uit de sector over incontinentie en het taboe dat ter zake nog leeft. Als wij verdere initiatieven nemen, ook met het oog op preventie, dan kan dat een positieve impact hebben op de sociale zekerheid.

05.02 Staatssecretaris **Philippe Courard**: In het kader van het programma "Voorrang aan de chronische Ziekten" ontwikkelde het RIZIV voor de artsen internetleerprogramma's of *e-learning*, over onder andere urinaire incontinentie. De internetleermodule zal weldra via de internetsite van het RIZIV beschikbaar zijn. De module is het werk van de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, Domus Medica en de Société scientifique de médecine générale, SSMG, op basis van de meest recente *evidence based* informatie.

De module verwijst zoveel mogelijk door naar de bestaande regelgeving voor de terugbetaling. Om de artsen aan te moedigen de internetleermodule te volgen, werd die vanaf 18 maart 2012 voor drie jaar erkend. Nog dit jaar zal een promotiecampagne voor de module via verschillende kanalen worden opgestart. Een begeleidingscomité zal het gebruik van de *e-learning* opvolgen. Indien nodig zal er een aanpassing kunnen gebeuren.

Het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en voor incontinentiemateriaal werd gewijzigd door het koninklijk besluit van 7 oktober 2011, dat op 28 november 2011 van kracht werd. Dat laatste voert inderdaad een incontinentieforfait van 150 euro in voor alle zelfredzame patiënten die aan een ongeneeslijke vorm van incontinentie lijden. Bepaalde van die patiënten kregen immers geen enkele tegemoetkoming om de kosten te dekken die de aandoening met zich meebrengt, omdat ze niet aan de afhankelijkheidsvoorwaarden beantwoordden die voor het bestaande incontinentieforfait gelden.

Voor de maatregel wordt 3 miljoen euro uitgetrokken, en niet 2,5 miljoen. Dat budget volgt uit een raming op basis van de cijfers van de verzekeringsinstellingen. Hun gegevens met betrekking tot het aantal rechthebbenden dat thuis woont en op de Katz-schaal drie of vier op het criterium continëntie haalt, laten toe om dat aantal voor heel het land op 20 000 te schatten. Het voorgestelde budget lijkt dus te volstaan.

Andere maatregelen zullen mikken op de patiënten die aan incontinentie lijden en in een instelling verblijven. (...). (*Probleem met micro*)

05.03 Inge Vervotte (CD&V):(...) Ik hoop ook dat de gesprekken in een overeenkomstencommissie tot resultaten leiden.

Het is positief dat een aantal initiatieven wordt genomen. De problematiek is dermate belangrijk, zowel met betrekking tot het taboe, als tot de betaalbaarheid en de beeldvorming van de voorzieningen, dat ik hoop dat verdere initiatieven daaromtrent kunnen worden genomen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- Mme Zoé Genot 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 dons de sang des homosexuels masculins" (n° 12888)

- M. Olivier Henry 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 problématique du don de sang" (n° 13192)

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het geven van bloed door mannelijke homoseksuelen" (nr. 12888)

- de heer Olivier Henry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het geven van bloed" (nr. 13192)

06.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, j'ai déjà interrogé à plusieurs reprises les ministres successifs de la Santé publique, M. Demotte et Mme Onkelinx, concernant la situation discriminatoire que vivent les homosexuels masculins, qui ne sont pas autorisés à faire don de leur sang car ils sont considérés comme appartenant à une population à risque.

Le 6 mai 2008, Mme Onkelinx me disait qu'elle allait suivre attentivement l'évolution en France. Je la cite: "Il

s'agit bien sûr d'une commission française mais je me propose de suivre ses travaux car cela me paraît utile pour éventuellement relancer le débat ici."

Le 12 janvier 2010, Mme Onkelinx disait: "J'espère faire à court terme des propositions intelligentes en la matière qui permettent de faire une avancée tout en respectant évidemment la sécurité des dons de sang, ce que nous voulons tous. Ma réponse est très brève car nous sommes en train d'y travailler activement."

Nous espérons que les nouvelles propositions françaises et les déclarations de la nouvelle ministre de la Santé française, Mme Marisol Touraine, vont redonner de l'énergie à ce dossier. En effet, elle dit: "On peut et on doit revoir cette politique. La sécurité doit être assurée. Il n'est pas question de prendre le moindre risque en termes de transfusion mais le critère ne peut pas être l'inclination sexuelle". Le collectif français qui l'avait interpellée en la matière le dit lui aussi: "La sécurité transfusionnelle doit être fondée sur les pratiques réelles de chaque donneur potentiel et non sur son orientation sexuelle."

C'est exactement ce que nous avons toujours demandé: sortir d'une logique d'évincement de certains groupes considérés comme étant à risque pour aller vers l'exclusion de tous les donneurs qui ont des comportements à risque. C'est dans cette direction que nous voudrions que la Belgique travaille.

Dès lors, les questions que nous posons à Mme Onkelinx sont les suivantes.

Où en êtes-vous à cet égard? Le questionnaire discriminatoire à l'égard des homosexuels masculins, actuellement utilisé par la Croix-Rouge, va-t-il enfin être revu? On sait que sur le terrain, cela peut poser de réelles difficultés. Par exemple, en cas de dons de sang dans une école, tous les enfants vont donner leur sang. On sait que ce n'est pas facile d'être jeune, encore moins d'être un jeune minoritaire. Si on en écarte un, on sait à quel point cette situation peut être désagréable.

Prévoyez-vous une discussion avec votre homologue française, Mme Marisol Touraine, sur ce dossier afin d'avancer dans le même sens en Belgique?

06.02 Olivier Henry (PS): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, j'ai déjà interrogé, dans le passé, Mme la ministre de la Santé sur ce sujet qui me tient particulièrement à cœur.

Dans le domaine de la santé publique, une pratique particulière interpelle depuis longtemps certaines personnes homosexuelles qui la vivent comme une discrimination. Il s'agit de l'exclusion par la Croix-Rouge de Belgique du don de sang des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les personnes ainsi visées et exclues ne comprennent pas cette restriction qui, littéralement, se base non pas sur un comportement à risque, mais sur une orientation sexuelle particulière.

Consciente des interrogations qui entourent cette exclusion, la ministre de la Santé avait initié, en septembre 2009, une table ronde à laquelle participaient le Centre pour l'égalité des chances, les associations gays, la Croix-Rouge, le SPF Santé, les plates-formes Prévention sida, l'Institut tropical d'Anvers, le CHU Saint-Pierre, des experts de l'Agence des médicaments, etc.

Malgré de nombreuses rencontres, ce groupe n'a malheureusement pu s'entendre sur une nouvelle formulation de l'exclusion visée. L'exercice est particulièrement difficile. Il s'agit, évidemment, de ne prendre aucun risque en matière de santé. Le don de sang répondant à un impérieux besoin, il ne peut être érigé en un droit exigible et absolu. Toutefois, les législations adoptées en la matière, par certains pays européens, interpellent. En Italie et en Espagne, les hommes homosexuels sont autorisés à donner leur sang sous certaines conditions. Le Royaume-Uni a récemment transformé cette exclusion permanente en une exclusion limitée à douze mois et uniquement dans le cas de rapports oraux ou anaux. En France, la ministre de la Santé a affirmé qu'il était possible de revoir les critères d'exclusion où l'indice sexuel n'aurait plus sa place.

Il me semble donc utile que les travaux de concertation en la matière se poursuivent au niveau belge. Cela est d'autant plus nécessaire qu'un groupe d'experts constitué au sein du Conseil de l'Europe s'est accordé, en décembre dernier, sur un mémorandum portant sur les "Comportements à risque ayant un impact sur la gestion des donneurs de sang". Le Comité des ministres du Conseil de l'Europe s'apprêterait, d'ailleurs, à adopter une résolution sur ce sujet.

Pouvez-vous me donner des informations à ce sujet? Vers quelles recommandations se dirigerait le Comité

des ministres dudit Conseil? Le groupe de réflexion que vous avez institué au niveau belge s'est-il déjà saisi du mémorandum susmentionné?

06.03 Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur le président, chers collègues, comme ma collègue, Mme Onkelinx, a déjà pu l'affirmer à diverses reprises, l'exclusion telle que libellée actuellement dans les différents formulaires de la Croix-Rouge stigmatise l'orientation sexuelle et donc de facto l'appartenance à un groupe, alors même que l'exclusion ne se justifie que par la pratique d'un comportement sexuel à risque.

Il y aurait donc lieu de définir plus précisément ce que constitue un comportement sexuel à risque: la multiplicité des partenaires, la sodomie, etc.

Pour ce faire, un groupe de travail d'experts a été mis sur pied à la suite de la table ronde lancée en 2009 par ma collègue. Ce groupe d'experts est composé de l'AFMPS, de l'ISP, de la Croix-Rouge, de la Rode Kruis, du Centre pour l'égalité des chances, de l'ASBL Arc-en-Ciel et de Çavaria, l'ASBL représentative du monde gay.

Cependant, ce groupe d'experts a décidé de suspendre ses travaux en attendant les résultats d'un autre groupe de travail institué au niveau européen. Celui-ci travaille en effet sur la rédaction d'un projet de résolution relatif aux comportements sexuels chez les donneurs de sang ayant un impact sur la sécurité transfusionnelle. Ce groupe de travail européen s'est encore réuni le mardi 3 juillet dernier et nous suivons attentivement les discussions en cours. En fonction des conclusions de ce groupe de travail, attendues dans le courant de ce mois de juillet, ma collègue réunira à nouveau le groupe d'experts et des propositions concrètes seront faites au regard des conclusions européennes.

Quant à la situation en France, la ministre de la Santé française a en effet annoncé qu'elle souhaitait lever l'interdiction du don de sang pour les hommes homosexuels. Ma collègue aura l'occasion de s'entretenir de ce sujet avec elle pas plus tard que demain, puisqu'elle la rencontrera pour aborder différents dossiers franco-belges.

Ma collègue, Mme Onkelinx, tient enfin à rappeler que, s'il est évident qu'on ne peut en aucun cas stigmatiser certaines personnes, nous devons également veiller à la sécurité du sang transfusé. L'élément essentiel est en effet la sécurité du patient qui reçoit du sang. L'évolution des données épidémiologiques qui permettrait une modification des critères est suivie de près. Néanmoins, nous ne pouvons ignorer qu'aujourd'hui, 46 % des nouveaux cas enregistrés d'individus atteints du HIV sont des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. La balance des risques dans le dossier qui nous occupe devra sans conteste être faite à la lueur de cet élément.

06.04 Zoé Genot (Ecolo-Groen): Monsieur le secrétaire d'État, comme la ministre le souligne, le formulaire actuel stigmatise certaines personnes et cela fait très longtemps qu'on en discute. Nous sommes tous d'accord sur le fait que la sécurité du sang transfusé doit être la priorité mais il faut maintenant avancer dans le dossier. Le groupe de travail a assez traîné. Le fait d'attendre les conclusions d'un ixième groupe de travail européen ne me rassure pas. On sait en effet, qu'au niveau européen, tout le monde n'est pas des plus progressifs. On le voit d'ailleurs dans l'accueil réservé à la Gay Pride dans certains pays.

J'espère que nous pourrions travailler avec les pays les plus progressistes pour pouvoir garantir la sécurité du sang et rapidement avancer sur ce questionnaire.

06.05 Olivier Henry (PS): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. Comme Mme Genot l'a dit, il est plus que temps d'avancer. Plusieurs groupes ont été mis en place et nous attendons une décision européenne. J'ai l'impression que nous sommes tous d'accord sur la manière de travailler et pour changer cette terminologie. Nous sommes tous conscients du fait que la sécurité du sang transfusé doit être une priorité.

Par contre, je ne vous rejoins pas nécessairement quand vous faites un parallèle avec l'augmentation des cas de sida. Il faut faire attention dans la manière d'aborder les choses.

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

07 Questions jointes de

- 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 "l'information des patients" (n° 12845)

- Mme Marie-Claire Lambert 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 respect de l'obligation d'affichage du statut conventionnel des médecins" (n° 12862)

07 Samengevoegde vragen van

- 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 informeren van de patiënt" (nr. 12845)

- mevrouw Marie-Claire Lambert aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de naleving van de informatieplicht aangaande de conventiestatus van de arts" (nr. 12862)

Le **président**: Mme Lambert est excusée.

07.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, Test-Achats a publié dernièrement les résultats d'une enquête qui avait un double objectif: d'une part, contrôler le respect de l'obligation d'affichage de statut - conventionné ou non - par les médecins et, d'autre part, évaluer la qualité des informations de santé mises à la disposition des patients dans les salles d'attente.

Ils constatent que la sécurité tarifaire est peu appliquée: le statut du médecin était affiché dans à peine 20 des 100 cabinets de médecins généralistes visités. Or les prestataires de soins sont légalement tenus de signaler à leurs patients s'ils sont conventionnés.

Ensuite, s'agissant des brochures disponibles pour les patients dans les salles d'attente, on se rend compte qu'il s'agit souvent de publicités. La question n'est pas de savoir si c'est positif ou non, mais bien de constater qu'elles contiennent parfois des informations erronées. Les médecins pourraient-ils prendre le temps de les vérifier?

Les situations décrites par Test-Achats – dont la valeur des enquêtes est reconnue - nous amènent à nous poser quelques questions, même si nous savons qu'il s'agit seulement d'un échantillonnage.

En ce qui concerne la sécurité tarifaire, confirmez-vous le manque d'information chez de nombreux médecins? Des contrôles ont-ils eu lieu à cet égard? Comptez-vous prendre des mesures en vue de corriger cette situation et ainsi de permettre à un maximum de patients de connaître les honoraires qu'ils devront payer? Ensuite, êtes-vous favorable à des contrôles supplémentaires? La DG Santé publique pourrait-elle élaborer un nouveau type d'affichage? Serait-ce une bonne solution? Enfin, il est notoire que les médecins n'ont pas le temps de vérifier toutes les brochures, mais ne pourrait-on pas trouver un système permettant d'éviter la lecture d'informations erronées par le patient?

07.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur le président, chère collègue, la ministre Onkelinx a bien pris connaissance de l'enquête menée par Test-Achats et vous fait part des éléments suivants.

S'agissant d'abord du statut de conventionnement, l'article 73 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit que les médecins sont tenus à un affichage clair et visible dans la salle d'attente de leur cabinet. Ils doivent préciser s'ils sont conventionnés totalement, partiellement ou pas du tout. En cas de conventionnement partiel, l'affichage doit comprendre les jours et les heures durant lesquels ne s'appliquent pas les tarifs figurant dans l'accord.

Si la procédure réglementaire relative aux sanctions n'est pas à ce jour organisée, la Commission nationale médico-mutualiste est compétente pour concilier, le cas échéant, les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Mais il faut constater que celle-ci n'a jamais été saisie d'un contentieux relatif à l'affichage. De même, les plaintes adressées à ce propos au service d'évaluation et de contrôle médicaux sont de l'ordre d'une ou deux par an.

Je dois vous informer de la constitution au sein de l'INAMI d'un groupe de travail spécifique qui se penche sur la problématique générale de l'information à l'égard des patients. Il sera appelé, le cas échéant, sur base

des conclusions de ses travaux, à se prononcer sur les modalités d'affichage.

S'il est évident que les médecins doivent délivrer l'information sur leur statut de conventionnement, les bénéficiaires peuvent également recueillir, préalablement à leur visite chez le médecin, cette information auprès de leur mutualité. Certains organismes assureurs mettent déjà à la disposition de leurs membres, via internet, l'information relative au statut de conventionnement du médecin.

Enfin, en ce qui concerne les brochures qui sont mises à disposition des patients dans les salles d'attente des médecins, une plainte de Test-Achats est actuellement à l'instruction auprès de l'Agence fédérale du médicament. Ma collègue examine, par ailleurs, avec le SPF Santé publique comment organiser des contrôles ciblés à ce sujet.

07.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Monsieur le secrétaire d'État, je vois que la situation est en tout cas prise en charge. Il est bien qu'un comité se soit constitué au niveau de l'INAMI.

Si les modalités d'affichage pouvaient être standardisées, cela faciliterait les choses, aussi bien pour les médecins que pour les patients. En fonction du médecin que le patient consulte, l'information serait ainsi la même pour tous.

Il suffit que les choses soient écrites différemment, en plus grand, en moins grand ou pas dites exactement de la même manière, pour que la clarté de l'information disparaisse. Je pense qu'il s'agit là d'une piste à suivre.

En ce qui concerne les brochures - mais il est clair que nous sommes dans la liberté d'action du médecin et peut-être aussi dans son manque de disponibilités pour vérifier cela - si des contrôles sont organisés, pas forcément accompagnés de sanctions, dans le but de sensibiliser, cela pourrait constituer une bonne solution.

Il est intéressant de savoir que la Commission médico-mut n'a jamais vraiment été saisie de plaintes. C'est peut-être aussi parce que les patients sont insuffisamment informés. Donc, c'est peut-être le chat qui se mord la queue. Je pense en tout cas que le comité au sein de l'INAMI est déjà une bonne chose et j'en remercie la ministre.

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

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Lieve Wierinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het verboden product Melanotan" (nr. 12821)

- 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 in België aangetroffen snelbruiner Melanotan" (nr. 12841)

08 Questions jointes de

- 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 "le Melanotan, substance interdite en Belgique" (n° 12821)

- 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 "l'arrivée en Belgique de la nouvelle hormone de bronzage artificiel Melanotan" (n° 12841)

08.01 Lieve Wierinck (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, het illegale hormoon Melanotan, waarmee men in een maand mooi bruin kan worden, is opgedoken in België. Bij een man in Ardoosie werden 500 pakketjes van het spul aangetroffen. De man werd opgepakt, maar is intussen weer vrijgelaten. De vondst kwam er nadat een vrouwelijke klant met ernstige huidklachten in het ziekenhuis was beland.

Melanotan is een verboden product. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten waarschuwt dat onlinebestellingen levensgevaarlijke stoffen kunnen bevatten. Bij een test in één van hun laboratoria bleek in het Melanotanpoeder insuline te zitten. Dat inspuiten is voor niet-

diabetici levensgevaarlijk. Ook voor diabetici kan het trouwens een groot risico inhouden.

Mijnheer de staatssecretaris, welke maatregelen werden genomen om verdere slachtoffers te voorkomen en om de bevolking te sensibiliseren voor de gevaren van het product? Zal de minister maatregelen nemen om het product op te sporen?

08.02 Franco Seminara (PS): Monsieur le secrétaire d'État, récemment, une hormone permettant de générer un bronzage artificiel en moins d'un mois a fait son apparition en Belgique. Elle aurait été découverte après qu'une femme, se plaignant de graves problèmes de peau, soit admise à l'hôpital. Les tests effectués par l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) ont toutefois permis de découvrir que les flacons saisis contenant ce produit illégal (Melanotan) contenaient également de l'insuline, ce qui représente évidemment un danger mortel pour les personnes non diabétiques.

Le risque est d'autant plus grand que ce produit commercialisé sous le nom de *Barbie Drug* aurait d'autres effets particulièrement attirants: en plus d'accélérer le bronzage, il permettrait d'augmenter l'appétit sexuel et serait utile comme produit amincissant.

Monsieur le secrétaire d'État, face à l'arrivée illégale de cette hormone particulièrement dangereuse, je souhaiterais vous poser les questions suivantes. D'après vos informations, d'autres victimes de cette hormone ont-elles été identifiées sur notre territoire? Outre les graves problèmes de peau rencontrés par l'utilisatrice de cette hormone, d'autres effets indésirables pour la santé ont-ils été identifiés? Une communication officielle et grand public mettant en garde contre l'achat et la consommation de ce produit est-elle envisagée par l'AFMPS?

08.03 Philippe Courard, secrétaire d'État: Chers collègues, le Melanotan est un médicament illégal actuellement proposé sur internet. Trois cas de problèmes après administration ont été constatés et signalés à l'AFMPS: des symptômes grippaux, des vomissements et de la myoclonie. Après assistance médicale, ces cas ont été résolus.

Melanotan is een hormonale stof die wordt gebruikt als middel om een bruinere huidskleur te krijgen. Het wordt eveneens aangeprezen als afrodisiacum en het zou erectiestimulerend werken. In zijn huidige vorm is het echter uitsluitend een experimenteel product in studies naar huidziektes, dat in geen enkel geval als geneesmiddel is vergund. Bovendien dient men bijzonder op zijn hoede te zijn voor vervalsingen en namaak. Het komt inderdaad voor dat andere gevaarlijke substanties, zoals insuline, aanwezig zijn in de recipiënt die het product bevat.

Buiten de georganiseerde smokkel wordt Melanotan vooral via het internet aangeboden. In samenwerking met de douane controleren een speciale opsporingseenheid en het FAGG, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, de binnenkomende postpakketten uit derde landen om pakketten die verboden producten bevatten op te sporen en te onderscheppen.

Aangezien Melanotan een hormoon is, wordt altijd een proces-verbaal opgesteld voor het parket en een opsporingsonderzoek opgestart naar de bestemming. Daarnaast worden ook websites aangepakt, voor zover deze opereren vanuit België of een andere lidstaat van de Europese Unie.

La sensibilisation de la population sur les dangers de l'achat de médicaments ou de produits de santé sur internet est essentielle. L'AFMPS a ainsi lancé une vaste campagne d'information intitulée: "Les médicaments sur internet, ne surfez pas avec votre santé!" L'Agence a, par ailleurs, rappelé ce message spécifiquement à propos du Melanotan via son site internet, ce 6 juillet, et mis en garde contre ce produit. Les médias ont également largement diffusé l'information.

08.04 Lieve Wierinck (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, het is inderdaad al een tijdje geleden dat dit item in de pers is verschenen. Er is toen een reactie geweest, maar het is belangrijk dat wij dergelijke zaken blijven volgen.

Wij moeten de mensen gevoelig houden voor het aankopen via internet en hen erop wijzen dat zij moeten opletten met geneesmiddelen. Wil men een paar schoenen kopen via internet, tot daar aan toe, maar geneesmiddelen, dat is een andere zaak en daarop moeten wij blijven hameren.

08.05 Franco Seminara (PS): Madame Wierinck, je partage votre réplique. Il faut sensibiliser. On ne peut pas jouer avec la vie des gens.

Monsieur le secrétaire d'État, vous avez bien expliqué les choses. La prise en considération de ce problème et le fait d'en avoir déjà beaucoup parlé dans la presse montre l'intérêt qui y est porté. Certes, ce n'est pas évident. Si les outils modernes nous apportent beaucoup de bien, en même temps, il convient d'être prudents.

Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour votre réponse.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "pacemakers" (nr. 12801)

- de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "Belgische patiënten met een defecte pacemaker" (nr. 12842)

09 Questions jointes de

- Mme Ine Somers 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 stimulateurs cardiaques" (n° 12801)

- 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 patients belges munis de sondes de défibrillation défectueuses" (n° 12842)

Le **président**: Mme Somers est excusée.

09.01 Franco Seminara (PS): Monsieur le ministre, l'autorité compétente néerlandaise a récemment transmis à ses homologues européens les résultats de l'étude réalisée par la société de cardiologie néerlandaise conduite sur 627 patients porteurs de sondes Riata et Riata ST Silicone ayant fait l'objet d'un examen radiologique poussé. Ces résultats confirmeraient certains dysfonctionnements déjà remarqués par un centre de cardiologie en Irlande du Nord.

Suite à cette information, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a recommandé aux médecins de revoir, dans un délai maximum de 3 mois, l'ensemble des patients porteurs de ces sondes afin de les informer, vérifier l'intégrité de leur sonde et procéder à une radiographie du thorax, afin d'identifier une éventuelle abrasion avec externalisation des conducteurs.

Ces sondes ont été mises sur le marché en 2001 et ne sont plus commercialisées depuis fin 2010 au niveau mondial.

Et si à l'échelle mondiale, plus de 200 000 appareils de ce genre auraient été implantés, la défectuosité ne concernerait que 15 % d'entre eux. En Belgique, un cardiologue de l'UZ-VUB estime que quelques 1 000 patients pourraient être concernés et conseille à ces personnes de faire vérifier le fonctionnement de la sonde le plus rapidement possible.

Êtes-vous en mesure de confirmer qu'en Belgique, environ 1 000 patients pourraient être concernés par ce type d'appareils défectueux?

Les directeurs d'établissements de santé, les services de cardiologie ont-ils été informés de la défaillance possible de ce type de dispositif médical?

Enfin, quel suivi sera accordé aux patients pourvus de ce type d'appareil médical dans notre pays?

09.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur le président, monsieur le député, l'INAMI a connaissance de 327 patients qui ont été remboursés du placement d'une sonde Riata appelée également le Riata lead. Cette sonde a été enlevée de la liste des électrodes remboursables le 31 décembre 2010. Elle a été supprimée du programme de notification le 20 mars 2011.

Ma collègue peut vous confirmer que la société qui commercialise ces sondes a informé les cardiologues ayant implanté ce dispositif ainsi que l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé des défauts d'isolation des sondes de défibrillation Riata causés par des phénomènes d'abrasion.

Les conséquences cliniques et les principales causes d'abrasion ont été exposées, tout comme les recommandations de suivi à accorder aux personnes porteuses de ce dispositif.

Parmi ces dernières figurent, entre autres, la surveillance nécessaire à intervalle régulier des systèmes implantés, la vérification des seuils et impédances, l'identification des variations éventuelles depuis le contrôle précédent.

En cas de soupçon de dysfonctionnement de la sonde, la recommandation est d'effectuer différentes manœuvres: mouvement d'épaules et du bras, respiration profonde afin de mettre en évidence le problème.

Si nécessaire, un examen radiographique doit être réalisé. Cette information a été fournie via une *Field Safety Notice*, qui reprend une description du problème, et la méthodologie à mettre en place afin de s'assurer de la gestion du risque encouru: tests à effectuer, suivi des patients, etc. Cette information se fait sous forme de recommandations vis-à-vis des professionnels de la santé. Elle ne se substitue en aucun cas à l'analyse faite par ceux-ci. En effet, les professionnels de la santé sont les plus à même d'évaluer la situation en fonction du passé et de la situation médicale du patient en comparaison avec le risque encouru.

La liste de distribution ainsi que les preuves d'envoi et de réception de ces informations par les professionnels de la santé ont été fournies par la firme. L'AFMPS suit, de manière permanente, les incidents relatifs à cette problématique. En cas de problème avec la sonde, le remplacement de celle-ci est pris en charge par l'assurance obligatoire; mais les organismes assureurs peuvent ensuite récupérer les frais auprès de la partie qui les a occasionnés.

09.03 Franco Seminara (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je pense qu'elle a le mérite d'apporter quelques précisions. Cela nous permet, à nous, en tant que parlementaires, de diffuser l'information auprès des citoyens.

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

10 Question 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 "l'interdiction décrétée en France de certains produits cosmétiques" (n° 13008)

10 Vraag 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 "het in Frankrijk uitgevaardigde verbod op bepaalde cosmetica" (nr. 13008)

10.01 Franco Seminara (PS): Monsieur le ministre, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé française (ANSM) a procédé à l'interdiction, le 14 juin dernier, de tous les cosmétiques contenant du chloroacetamide. Cette décision fait suite à un avis du comité scientifique pour la sécurité des consommateurs (CSSC) qui a classé le chloroacetamide comme substance reprotoxique susceptible de nuire à la fertilité. La fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution, la mise sur le marché à titre gratuit ou onéreux, la détention en vue de la vente ou de la distribution à titre gratuit et l'utilisation de produits cosmétiques contenant du chloroacetamide sont donc interdites.

Monsieur le ministre, avez-vous eu connaissance de l'avis du CSSC et des conclusions qui en ont été tirées? Disposez-vous d'avis analogues rendus par des organismes de santé publique belges? D'autres pays que la France ont-ils procédé à une telle interdiction? Vous semble-t-il pertinent de prendre une telle décision en Belgique?

10.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur le député, l'Agence française de sécurité du médicament et des produits de santé vient en effet d'interdire l'utilisation de l'agent conservateur chloroacetamide dans les produits cosmétiques. Cette substance a été évaluée par le comité scientifique européen pour la sécurité du consommateur qui a conclu, sur base des données disponibles, qu'elle n'est

pas sûre aux concentrations actuelles autorisées dans les produits cosmétiques. L'administration de ma collègue la ministre de la Santé publique a examiné cet avis avec attention et veille à sa mise en œuvre au niveau européen. Le Conseil supérieur de la Santé, compétent pour l'évaluation des risques en la matière, ne s'est pas prononcé sur cette substance. À ce jour, seule la France a procédé à son interdiction, devançant les mesures prévues au niveau européen. La procédure d'interdiction a en effet été initiée par la Commission européenne fin 2011, après consultation des États membres dans le cadre du comité permanent pour les produits cosmétiques. D'autres procédures de consultation ont été menées et le texte européen définitif devrait être soumis au vote et adopté prochainement. Au vu de l'imminence de l'interdiction européenne, ma collègue estime qu'il n'est pas judicieux de prendre des mesures spécifiques au niveau national, d'autant que cet agent conservateur n'est pratiquement plus utilisé dans les cosmétiques.

10.03 Franco Seminara (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Questions jointes de

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le remboursement de l'oxygénothérapie" (n° 13108)**

- **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'oxygénothérapie" (n° 13162)**

- **M. Jean-Marc Delizée 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 de la réglementation relative à l'oxygénothérapie" (n° 13186)**

11 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de terugbetaling van zuurstoftherapie" (nr. 13108)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "zuurstoftherapie" (nr. 13162)**

- **de heer Jean-Marc Delizée aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de hervorming van de regelgeving inzake zuurstoftherapie" (nr. 13186)**

Le **président**: Mme Catherine Fonck est excusée.

11.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, les nouvelles mesures concernant le remboursement de l'oxygénothérapie sont entrées en vigueur au début de ce mois.

Si nous sommes bien conscients qu'il était urgent de faire des économies dans ce secteur et de modifier la façon dont ces pratiques de soins s'organisent, je m'interroge pourtant sur la façon dont ces mesures récentes se répercutent concrètement sur les patients.

En effet, nous avons reçu plusieurs témoignages de personnes craignant à présent de ne plus pouvoir avoir d'oxygène, ce qui, reconnaissons-le, est angoissant.

Les patients, déjà souffrants, ont peur et ne comprennent pas pourquoi on veut leur retirer leur bouteille. Les nouveaux critères d'octroi sont mal compris par la population et critiqués par certains médecins, qui estiment que ce sont les patients qui paient le prix fort en étant privés de soins jusqu'à présent octroyés. "Plutôt que de faire jouer la concurrence entre les fournisseurs d'oxygène, ce qui aurait pour effet de faire baisser les prix de la matière première, on laisse le monopole de ce produit à deux distributeurs d'oxyconcentrateurs et aux fournisseurs d'oxygène, qui ont tout le loisir de maintenir des prix élevés." Je cite les propos tenus par un groupe de médecins.

Le KCE avait publié la comparaison avec la situation hollandaise. Les chiffres avancés étaient éloquentes: aux Pays-Bas, le coût annuel de l'oxygénothérapie s'élevait à 26 millions d'euros pour 26 millions

d'habitants, alors que pour notre pays, le montant annuel atteignait 42 millions d'euros pour 11 millions d'habitants!

Le coût modéré aux Pays-Bas serait dû au fait que le pays fait davantage jouer la concurrence entre fournisseurs d'oxygène, de concentrateurs, et également entre distributeurs.

Le KCE avait recommandé, il y a un an déjà, que ce système soit appliqué en Belgique: "Les dirigeants belges devraient s'inspirer des Pays-Bas", disait-il. "Un marché y est créé pour chaque aspect (production d'oxygène, livraison à domicile, raccordement des appareils, etc.) et les fournisseurs sont mis en concurrence".

La ministre a effectivement pris en compte une partie de l'étude du KCE pour réduire la facture générale de ce secteur de soins. Pour quelles raisons n'avez-vous pas suivi l'entière des recommandations du rapport du KCE, qui préconisait de s'inspirer de l'exemple de nos voisins hollandais?

Ne pourrait-on pas adapter cette nouvelle réglementation en assouplissant les règles à l'égard des patients, mais en durcissant celles qui concernent les fournisseurs et distributeurs en se basant sur des appels d'offres?

Tout a pour but d'éviter des situations d'angoisse, parfois non justifiée, mais l'angoisse ne se maîtrise pas.

Face à ces appels, j'estimais légitime de poser des questions.

11.02 Jean-Marc Delizée (PS): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, chers collègues, je voulais me joindre aux deux collègues qui s'étaient inscrites pour cette question.

Je rejoins Mme Snoy sur le cadre général: on se rend compte qu'en ce domaine, il y a des dépenses. En santé publique, il convient de rester soucieux d'apporter les soins adéquats aux personnes qui en ont besoin; c'est l'accès aux soins pour tous et il n'est pas question de remettre ce principe en cause. Par ailleurs, les responsables de la santé publique aux niveaux politique et administratif essaient de traquer les mauvaises pratiques, les surconsommations, les abus, l'automédication, les gaspillages et autres, afin que chaque euro dépensé le soit de manière efficiente, pour des raisons de santé publique. C'est de la responsabilité de tous de travailler en ce sens.

Une première question se pose sachant que les personnes sous traitement de longue durée devront dorénavant consulter un spécialiste. Comme le disait Mme Snoy, cette obligation est remise en cause par des médecins généralistes car elle va à l'encontre d'une philosophie qui met la médecine de première ligne en avant et qui essaie d'instaurer un trajet de soins, un échelonnement dans les soins.

Dans ce cas, il me paraît important d'informer les citoyens sur les raisons qui ont amené le Kenniscentrum, le Centre d'expertise à proposer une telle mesure. C'est un premier enjeu: l'information. L'INAMI a réalisé un site très didactique et a donc fait des efforts en la matière. Néanmoins, il reste des questions et il est important de poursuivre ce travail d'information.

Je rejoins également Mme Snoy lorsqu'elle dit que les personnes concernées, souvent âgées, vivent mal ces modifications, qui engendrent pour elles de l'angoisse: l'oxygène est un élément vital. La mesure n'est ainsi pas toujours bien comprise.

On s'interroge aussi sur les modalités. De nombreuses personnes vont se ruer, si j'ose dire, pour prendre rendez-vous chez un pneumologue. J'imagine que tout cela a été envisagé, mais ne risque-t-on pas de provoquer une saturation des demandes? Les consultations pourront-elles se dérouler à grande échelle? Avez-vous eu connaissance de problèmes de disponibilité à cet égard?

Un autre problème est le transport des personnes âgées, voire très âgées, et/ou intransportables. Évidemment, les problèmes respiratoires augmentant avec l'âge, celles-ci se retrouvent dans une situation de dépendance croissante. J'en connais ainsi quelques-unes qui sont quasiment centenaires et qui ne peuvent être transportées qu'en ambulance. Mais ce mode de transport est risqué et engendre un coût pour ces patients et l'INAMI – tout comme une nuit d'hospitalisation. Prend-on en compte cet aspect du problème? J'invite la ministre à y réfléchir.

D'un point de vue plus technique, on me signale que, dans bon nombre de cas, les pneumologues modifient les traitements prescrits aux patients. Il semble que se généralise la prescription d'oxyconcentrateurs à la place d'oxygène liquide. Cette méthode demande un appareillage particulier, qui peut déstabiliser ces personnes. Pouvez-vous me confirmer cette évolution?

Je ne remets évidemment pas en cause le principe de cette mesure. Nous devons rester attentifs aux finances de la sécurité sociale, mais il convient aussi d'apporter les soins aux personnes qui en ont besoin.

11.03 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la députée, monsieur le député, les questions que vous posez sont importantes et ma collègue se réjouissait d'avoir l'occasion d'en parler. Elle reçoit, en effet, beaucoup de courriels de nos concitoyens à ce sujet.

Je tiens cependant tout d'abord à réfuter l'impression donnée par certains selon laquelle les économies seraient faites sur le dos des patients, alors que les firmes distributrices d'oxygène continueraient à effectuer de plantureux profits. En ce qui concerne les plaintes de certains patients, confirmées selon vous, madame Snoy, par certains médecins, il semble, avant tout, fondamental de rappeler que la réforme de l'oxygénothérapie menée par l'INAMI est – vous vous en doutez – le résultat de beaucoup d'analyses et de nombreuses concertations avec tous les partenaires concernés par la réforme, parmi lesquels – avant tout – les représentants des pneumologues. Elle est, en outre, fondée sur les conclusions d'une étude scientifique du KCE.

Si les différentes mesures prises permettront effectivement de réaliser des économies, un des objectifs essentiels de cette réforme est surtout d'assurer un traitement plus adéquat des patients, parce que l'oxygène n'est pas toujours la meilleure réponse thérapeutique à la pathologie dont ils souffrent. Il est vrai que, suite à la réforme, une oxygénothérapie de longue durée n'est possible que pour des patients qui répondent à des critères précis, sur base d'une prescription d'un médecin spécialiste en pneumologie et après avoir réalisé des examens médicaux. Ces critères sont basés sur des considérations scientifiques concernant l'utilisation correcte de l'oxygène.

Selon les pneumologues consultés, ces critères permettent de prendre en compte tous les patients pour lesquels une oxygénothérapie de longue durée se révèle utile d'un point de vue médical. Pour les patients qui étaient soumis à l'oxygène jusqu'à présent, mais qui ne répondent pas à ces critères, l'octroi de l'oxygène pourrait même être nuisible à leur santé, selon ces pneumologues. Pour ces patients, les pneumologues disposent, à ce qu'ils disent, d'autres traitements pouvant donner de bons résultats thérapeutiques. Il s'agit surtout de médicaments ou de certaines formes de kinésithérapie.

Vous savez que ma collègue est toujours ouverte au dialogue et à la concertation, de sorte que si un des arguments établis scientifiquement devait démontrer que les critères devaient être adaptés, elle serait, bien entendu, disposée à le faire. Mais elle tient à souligner qu'elle n'a pas entendu de critique de fond de la part des spécialistes sur les critères d'accès à l'oxygénothérapie de longue durée.

Par contre, l'INAMI et son équipe ont reçu plusieurs témoignages de médecins spécialistes estimant que cette réforme va permettre une réelle amélioration de la qualité de l'oxygénothérapie dans notre pays et répond dès lors à l'intérêt général en matière de santé publique.

Enfin, elle ajoute que le médecin généraliste dispose toujours de la possibilité de prescrire de l'oxygène de courte durée moyennant une autorisation préalable du médecin-conseil pendant une période de 3 mois au maximum.

Cette réglementation transitoire de 3 mois a été concertée de façon explicite avec les pneumologues qui ont estimé qu'elle était suffisante afin d'accueillir les nouveaux patients.

Dans le cadre des concertations ayant eu lieu à l'INAMI, il a par ailleurs été demandé aux mutuelles que les médecins-conseils se montrent très attentifs à ces demandes afin que le délai de traitement de celles-ci soit le plus bref possible.

En ce qui concerne le manque supposé de concurrence, il est à préciser que le système belge fait bien entendu jouer la concurrence. L'oxygénothérapie de longue durée est en effet financée sur base d'une convention conclue entre les hôpitaux.

À la demande explicite des hôpitaux, cette formule qui existe déjà depuis presque 30 ans et qui responsabilise les pneumologues et les hôpitaux a été maintenue dans la réforme. Bien qu'il soit exact que quelques firmes seulement représentent une partie importante du marché de l'oxygénothérapie, elles sont cependant plus de deux.

En pratique, les hôpitaux négocient librement des contrats avec les firmes. La concurrence joue donc dans ces négociations entre les firmes et les hôpitaux.

À moyen terme et vu que la convention conclue entre l'INAMI et les hôpitaux relative à l'oxygénothérapie de longue durée n'est conclue que pour une durée de 18 mois et que l'INAMI analysera les prix convenus entre les firmes et les hôpitaux, cette concurrence peut également entraîner une nouvelle diminution des prix payés par l'assurance-maladie.

À ce sujet, ma collègue Mme Onkelinx vous signale que dans la nouvelle réglementation de l'INAMI pour l'oxygénothérapie de longue durée, les prix ont d'ores et déjà été diminués d'une manière importante

Ainsi le prix journalier d'un oxyconcentrateur fixe a été diminué de 7,59 euros à 5,30 euros. Le prix pour le matériel requis pour le traitement à l'oxygène liquide a été diminué de 8,78 euros à 5,30 euros. C'est-à-dire une diminution de 30 à 40 %.

C'est pourquoi elle s'attend à ce que suite à la réforme, les dépenses pour l'oxygénothérapie vont s'approcher dans les années à venir des dépenses des Pays-Bas. Et ce, même en tenant compte du nombre exact de 16,7 millions d'habitants aux Pays-Bas au lieu de 26 millions d'habitants cité dans une des questions.

À ce sujet, votre attention doit également être attirée sur le fait que les dépenses ne sont pas parfaitement comparables: les prix belges et les dépenses belges comprennent également des montants destinés à financer certaines activités des hôpitaux dans le domaine du diagnostic et du suivi des patients.

En ce qui concerne la communication vis-à-vis des patients, je vous signale qu'il appartient tout d'abord au médecin généraliste ayant prescrit, jusqu'à présent, de l'oxygénothérapie de longue durée à certains patients d'orienter ces patients vers un médecin spécialiste si une oxygénothérapie est indiquée; sauf s'il s'agit d'un patient palliatif. Dans le cas où une oxygénothérapie de longue durée n'est pas indiquée, il appartient au pneumologue d'en convaincre le patient et de lui proposer éventuellement un autre traitement s'il s'agit d'un patient ayant été traité à l'oxygène jusqu'à présent.

Bien que le rôle des médecins soit primordial dans la communication au patient, l'INAMI a par ailleurs veillé à prendre des mesures pour informer toutes les personnes concernées par la réforme. Un groupe de travail réunissant les représentants des associations de médecins, des pharmaciens et des organismes d'assureurs a ainsi été constitué pour se concerter sur le contenu d'un plan de communication.

C'est ainsi que l'INAMI a publié, le 31 mai, une communication destinée spécifiquement aux médecins généralistes et aux pharmaciens sur son site internet. Cette communication est accessible à tout le monde, donc également aux patients. Toutefois, le 5 juin, l'INAMI a en outre publié une communication destinée spécifiquement aux patients sur son site internet. Toutes ces communications ont également été envoyées aux associations de médecins et de pharmaciens et aux organismes assureurs, de sorte qu'ils puissent informer leurs membres. Le 7 juin, une circulaire a également été envoyée à tous les médecins généralistes et à tous les pharmaciens afin de les informer de la réforme et de les inciter à prendre les mesures nécessaires vis-à-vis de leurs patients.

Dans toutes ces communications, l'INAMI a toujours fait passer le message que l'assurance-maladie continue à prendre en charge l'oxygénothérapie pour chaque patient pour qui elle se révèle utile d'un point de vue médical.

L'INAMI ne dispose pas des données des patients traités jusqu'à présent par l'oxygénothérapie. Il n'était donc pas possible pour l'INAMI d'écrire une lettre sur la réforme à tous les patients concernés. L'INAMI répond néanmoins et bien entendu toujours aux patients qui l'interrogent à ce sujet, comme sur tous les autres. Un numéro vert ne semble donc pas indiqué.

En effet, seuls les médecins traitants, médecins généralistes et/ou pneumologues disposent des données

précises sur l'état de santé des patients et peuvent donc se prononcer sur les traitements possibles.

Je vous remercie de votre patiente attention.

11.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, la réponse est effectivement très développée.

Monsieur le secrétaire d'État, je vous en remercie et je remercie la ministre

Je conçois bien qu'elle ait pris des précautions. Ce n'est pas son genre de faire les choses à la légère. Je le sais.

Malgré tout, je pense que nous avons affaire à une population particulièrement vulnérable, qui n'a pas accès à internet, qui ne va peut-être même jamais lire les dépliants. Si on dit à ces personnes très âgées, comme celles dont a parlé mon collègue, qu'on va peut-être supprimer leur oxygène, cela crée des angoisses, des affabulations, etc., toujours inutiles et regrettables.

Je pense que la communication doit être beaucoup plus directe, de personne à personne, avec une volonté de rassurer sur le fait qu'on ne va pas, du jour au lendemain, enlever aux gens leur bouteille.

Par ailleurs, il y a effectivement une coquille dans ma question. Il s'agit de 16 millions d'habitants aux Pays-Bas et non 26. Cela ne change pas vraiment la valeur de la comparaison. On se demande en effet comment font les Pays-Bas pour diminuer les coûts.

J'espère que les diminutions de prix que vous avez citées vont contribuer à rendre l'oxygénothérapie moins chère en Belgique.

Je reste tout de même sceptique au sujet du rôle des spécialistes et sur le fait qu'on enlève à la première ligne une certaine confiance.

Par ailleurs, vous n'avez pas répondu à la question de M. Delizée sur le transport. Le fait d'aller consulter un spécialiste, d'aller chercher sa bonbonne à l'hôpital. Ce sont toutes des choses impossibles pour une série de gens. J'insiste donc pour que le rôle essentiel de la première ligne soit maintenu dans l'information mais aussi dans le diagnostic et la prescription.

11.05 Jean-Marc Delizée (PS): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, à l'instar de ma collègue, je souhaite vous remercier ainsi que Mme la ministre pour la réponse circonstanciée qui nous a été donnée.

Vous avez sans doute eu raison de rappeler qu'une telle mesure n'est pas tombée du ciel. En effet, elle a fait l'objet de concertations préalables. De plus, l'avis d'experts a été demandé. Je ne doute pas que les spécialistes sont en accord avec les propositions qu'ils ont faites.

Dans cette affaire, le débat doit être mené par les médecins généralistes. Il s'agit d'une question dont nous avons déjà parlé. Les choses sont telles qu'elles sont. Pour ma part, j'estime – je ne sais pas si Mme la ministre envisage cette possibilité – qu'il faudrait procéder à une évaluation de cette mesure, soit à la fin de l'année, soit après un an d'application afin de voir quelles sont les tendances qui se dégagent et les difficultés qui ont été, éventuellement, rencontrées. Je me permets également d'insister auprès de la ministre pour qu'elle examine la situation particulière de personnes qui ne peuvent plus se déplacer (les personnes intransportables, les personnes grabataires ou quasi-grabataires) pour lesquelles une hospitalisation et/ou un transport en ambulance, dont le coût est élevé, sont nécessaires. Aucun remboursement n'est prévu si le patient ne passe pas une nuit à l'hôpital. Et même si tel est le cas, cela représente un coût pour le patient. En outre, il existe un facteur de risque quand il s'agit de transporter des personnes qui ont des difficultés respiratoires, etc. Je demande donc que la situation de ces personnes fasse l'objet d'une attention particulière en termes d'accès aux soins, de risques, de coût de transport.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 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 "le bureau du SECM de Charleroi" (n° 13161)

- M. Ronny Balcaen 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 bureau du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de Charleroi" (n° 13206)

12 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 "het kantoor van de DGEK te Charleroi" (nr. 13161)

- de heer Ronny Balcaen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het kantoor van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle te Charleroi" (nr. 13206)

12.01 Ronny Balcaen (Ecolo-Groen): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, la question de la fermeture du bureau du service d'évaluation et de contrôle médicaux de Charleroi a déjà été à l'ordre du jour de cette commission puisque Mme Fonck, qui est excusée aujourd'hui, avait interpellé Mme la ministre à ce sujet le 13 juin dernier. La ministre avait justifié cette fermeture par des questions de vétusté du bâtiment qui, selon elle, pose des problèmes de sécurité. Je cite la ministre: "Il est trop exigu et nécessite une onéreuse rénovation s'il fallait y héberger tous les services".

Nous sommes quelques-uns à nous être rendus sur place, à l'invitation des travailleurs. Nous avons visité le bureau marcinellois du service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui est menacé de fermeture, avec celui de Tournai, en vue d'un regroupement des services à Mons. Au terme de cette visite, il apparaît que le bâtiment actuellement occupé par la majorité des employés du site ne pose aucun problème de sécurité, de vétusté ou d'accès pour les personnes à mobilité réduite. Bien plus, au moins deux bureaux restent libres dans ce bâtiment et peuvent donc accueillir les quelques employés qui sont hébergés dans l'autre bâtiment qui, lui, ne répond effectivement plus aux normes. Il est clairement insalubre. On peut même se demander comment il est possible d'y laisser travailler plusieurs personnes!

Il semble dès lors assez illogique d'envisager le déménagement du service à Mons et le maintien d'une antenne à Charleroi via une location dans le centre-ville. Par ailleurs, l'actuel bureau bénéficie d'une situation intéressante à quelques minutes à pied de la gare de Charleroi-Sud.

Monsieur le secrétaire d'État, sachant que le bâtiment actuel, qu'on souhaite abandonner, est la propriété de l'INAMI et que le maintien d'une antenne à Charleroi – tel que promis – dans un autre bâtiment entraînerait des coûts de location, quelles sont les économies réelles que l'on peut attendre d'un déménagement des services à Mons? La solution la plus efficiente, tant d'un point de vue budgétaire que de celui d'un maintien d'un service de proximité pour les usagers concernés, ne consiste-t-elle pas à regrouper dans le bâtiment actuel les services existants et à maintenir dès lors un bureau provincial à Charleroi?

Le **président**: S'agit-il du bâtiment de la tour Albert?

12.02 Ronny Balcaen (Ecolo-Groen): C'est l'ancien bâtiment de l'Office des Pensions (...).

Le **président**: Pardonnez-moi d'intervenir ainsi, mais cela me permet de bien situer l'objet de la question.

12.03 Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur le président, monsieur Balcaen, je tiens tout d'abord à rappeler que le projet de fermeture des bureaux sous-provinciaux de l'INAMI n'est pas la position de ma collègue, mais une décision de la direction générale de l'INAMI dans le cadre de son autonomie de gestion en tant qu'IPSS. Ma collègue est cependant personnellement intervenue pour s'assurer que les fermetures envisagées ne posent aucun problème quant à la poursuite des missions de l'INAMI via les sièges provinciaux. Dans ce cadre, nous avons pu convenir avec la direction générale de l'INAMI de maintenir, vu le nombre important d'assurés sociaux concernés, une antenne à Charleroi pour assurer les séances CR-CMI.

Comme l'indiquent les rapports de visite du service interne de prévention, le grand bâtiment - le n° 92 - est le plus problématique sur le plan du fonctionnement et de la sécurité dont seul le rez-de-chaussée est occupé par quatre agents de l'ex-FNROM, le Fonds national de retraite des ouvriers mineurs. Le dernier rapport du 23 juin 2011 indique clairement que le bâtiment ne répond plus aux conditions d'occupation.

Pour ce qui est de la maison du directeur, au n° 94, les rapports de visite du service interne de prévention et les informations du service infrastructures de l'INAMI indiquent clairement un manque de place et une conception architecturale fort peu adaptée, tant pour des bureaux (petites surfaces compartimentées, escaliers, etc.) que comme lieu d'examen pour les invalides (salle d'attente improvisée dans le couloir, locaux peu adaptés pour l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, sanitaires inappropriés, ordinateurs placés dans le réfectoire, partage de bureaux pour les infirmières, sécurité et confidentialité problématiques, pas de séparation entre le public et le personnel, vols fréquents, caves inondées, etc.). C'est la totale!

Pour toutes ces raisons et après des essais infructueux de *sale and lease back* puis de vente séparée du grand bâtiment, de projets d'aménagement et de construction d'une annexe au rez-de-chaussée ou encore d'un réaménagement du second étage, l'INAMI a décidé de se séparer de ces bâtiments et cherche, depuis plus de deux ans, une nouvelle implantation plus adéquate sur Charleroi, avec des bureaux et un accueil pour les visiteurs.

Cette décision s'inscrit aussi dans une perspective de rationalisation et de réorganisation du fonctionnement des sièges provinciaux. Compte tenu de l'évolution des missions, de la gestion et du contrôle de l'invalidité mais aussi des problématiques de gestion des ressources humaines, dont un ratio excédentaire en province de Hainaut de personnel administratif par rapport au personnel d'inspection (deux pour un au lieu de un pour deux à charge de travail constante).

Cette fermeture n'entraînera aucun licenciement. L'INAMI estime que le regroupement sur un seul siège provincial, comme dans les autres provinces du pays, permettra une meilleure organisation du travail administratif et d'inspection avec des possibilités d'économies bien plus importantes que les seules économies directes liées aux bâtiments et au fonctionnement.

C'est pourquoi la direction générale de l'INAMI maintient cette position de regroupement et en discute les modalités concrètes avec le personnel et par le biais de la concertation sociale. Comme précisé précédemment, l'INAMI cherche également une solution adéquate et économique à l'occupation de quelques locaux (deux ou trois) à raison de seulement deux journées par semaine, pour les séances CR-CMI, sur Charleroi, ce qui mobilisera un médecin et une infirmière INAMI, plus deux médecins-conseils durant ces séances. L'INAMI estime que cette décision permet ainsi de concilier les conditions de maintien d'un service de qualité, principalement envers les assurés, et la gestion économique et fonctionnelle des services dans un contexte budgétaire délicat bien connu.

12.04 Ronny Balcaen (Ecolo-Groen): Monsieur le secrétaire d'État, je suis vraiment étonné, peut-être pas par l'esprit de votre réponse, mais en tout cas par le tableau que vous dressez ou plutôt que dresse le service de prévention du lieu. On a pu se rendre sur place. J'invite Mme la ministre à s'y rendre, le cas échéant. Cela ne correspond absolument pas à la réalité. Rampe d'accès pour les PMR: aucun problème. Il y a deux bureaux vides, comme je l'ai dit dans ma question. On parle de bureaux exigus, or il y a deux bureaux vides qui peuvent aisément accueillir quatre personnes, les quatre personnes qui travaillent depuis des années dans un lieu insalubre. On peut se demander comment la direction de l'INAMI accepte une telle situation. Venir parler maintenant d'un manque de place, de conception architecturale et de problèmes, ça me paraît un peu "gonflé".

Il y a effectivement une salle d'attente. La salle d'attente n'est pas dans le couloir. Il y a une claire disposition des cabinets médicaux, des bureaux des infirmières, qui ne sont pas en contact direct avec le personnel. Nous ne sommes pas allés voir dans la cave s'il y avait des inondations, ça je vous le concède. Mais pour le reste, j'estime que le tableau qui est dressé ne correspond absolument pas à la réalité.

Si la volonté est de tout regrouper à Mons, que l'on s'en tienne à cet argument-là! Mais les arguments avancés en matière de vétusté ou de difficultés liées aux bâtiments actuels ne me semblent pas tenir la route. Le regroupement à Mons signifie un accès beaucoup moins aisé pour les assurés sociaux. On se trouve dans la zone des Grands Prés qui est relativement éloignée de la gare. Il n'y a aucun accès direct. C'est un endroit qui a été conçu uniquement pour les automobilistes, absolument pas pour des usagers faibles ou personnes à mobilité réduite.

J'entends votre réponse en ce qui concerne le budget. Mais cela ne peut se faire au détriment de l'accès des assurés sociaux aux services et au détriment du maintien des services publics dans les territoires. Il est important de rappeler la nécessité de garder, en particulier à Charleroi, des services publics auxquels les citoyens ont accès.

On peut élaborer des résolutions sur la ruralité, mais ce sont les actes qui importent. Même si je comprends que cela relève aussi de la responsabilité de l'INAMI, il incombe au gouvernement fédéral d'essayer de préserver les services publics dans les territoires et de développer ceux-ci.

Je suis donc particulièrement déçu par le maintien de la position de l'INAMI et du gouvernement en la matière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les difficultés des personnes handicapées ayant besoin de soins de santé en institution" (n° 13172)

13 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de moeilijkheden voor personen met een handicap die residentiële gezondheidszorg behoeven" (nr. 13172)

13.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, lorsqu'une personne souffrant d'un handicap mental vit en institution, elle a essentiellement besoin d'accompagnement, ce qui est du ressort des Régions. Par contre, lorsqu'elle vieillit, en plus de l'accompagnement, elle requiert des soins, ce qui est du ressort du fédéral.

Ma question est inspirée par la visite d'une institution importante de santé mentale existant depuis longtemps où beaucoup de handicapés sont aujourd'hui pensionnés, âgés mais restent néanmoins dans cette institution.

Je constate que la nomenclature actuelle INAMI en soins infirmiers n'est pas adaptée aux soins en institution.

Par rapport à la nomenclature soins infirmiers à domicile, elle ne reprend ni le tarif majoré week-end et jours fériés, ni les prestations en soins palliatifs, ni la préparation et l'administration de médicaments chez un patient psychiatrique chronique.

Est-il envisageable de mieux couvrir ces dépenses pour les patients en institution? Une réflexion m'est venue: pourquoi, plutôt qu'un remboursement à l'acte, ne pas prévoir un financement de type MRS en cas de vieillissement, venant s'ajouter au financement régional?

C'est un moment délicat pour poser cette question mais je trouve qu'il est intéressant de la poser pour qu'effectivement, des personnes âgées en institution puissent disposer de soins bien couverts et que l'institution puisse garder la qualité de l'accompagnement et des soins de santé en même temps.

L'ensemble des financements permettrait ainsi de pouvoir disposer, au sein de l'institution, d'un personnel pluridisciplinaire assurant une meilleure prise en charge des bénéficiaires.

13.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la députée, en effet, la nomenclature actuelle en soins infirmiers n'est pas adaptée pour les soins en institution. Et pour cause, cette nomenclature vise les soins à domicile.

L'article 8 de la nomenclature concernant les soins infirmiers prévoit néanmoins que des soins puissent être attestés au domicile ou dans une résidence communautaire momentanée ou définitive de personnes handicapées.

Les soins classés sous cette rubrique III de la nomenclature visent également les soins effectués au cabinet du praticien de l'art infirmier et les maisons de convalescence. Dès lors, les soins le week-end ou durant les jours fériés n'ont pas été envisagés du fait que les patients regagnent habituellement leur domicile ces jours-là.

Le même raisonnement s'applique à la préparation et à l'administration des médicaments et aux soins palliatifs repris dans la nomenclature infirmière des soins à domicile dans le but justement de permettre aux personnes ayant besoin de ce type de soin de rester à domicile et donc hors institution.

C'est la raison pour laquelle la prise en charge en institution n'est pas prévue dans la nomenclature infirmière.

Donc, il pourrait être envisageable de mieux couvrir ces dépenses pour les patients en institution pour personnes handicapées mais cela dépasse largement le cadre du remboursement par le biais de la nomenclature. Le contexte budgétaire actuel difficile autorise, de surcroît, peu de nouvelles initiatives.

En réponse à votre seconde question, la rubrique III de la nomenclature infirmière prévoit des remboursements à l'acte mais également des remboursements sur une base d'honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, dont les conditions d'attestation sont déterminées par les scores obtenus par le patient sur une échelle d'évaluation dite échelle de Katz.

La question de la prise en charge multidisciplinaire, grâce à un forfait général, est une piste qui pourrait être étudiée sous réserve de l'examen de son incidence budgétaire et que cela garantisse une qualité de soins optimale.

13.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le secrétaire d'État, pour moi, la question revêtait un intérêt certain. Bien entendu, il s'agit de soins à domicile, mais effectués sur des personnes qui résident en institution. C'est leur domicile. Elles ne rentrent pas le week-end. Elles vivent dans de petites maisons communautaires au sein d'une plus large institution.

Lorsqu'elles sont âgées, elles deviennent dépendantes, non transportables et il importe que les remboursements soient rendus possibles pour les soins prestés le week-end, les jours fériés, etc. Et partant, on passe effectivement à la logique de quitter le remboursement à l'acte pour examiner la possibilité d'un remboursement forfaitaire.

En ce qui concerne l'échelle de Katz, est-ce une échelle qui mesure le handicap mental?

13.04 Philippe Courard, secrétaire d'État: Oui, c'est cela!

13.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): À cet égard, je ne peux réagir. Je note que la ministre ouvre, en tout cas, une piste de réflexion!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 11.44 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.44 uur.