

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 27 NOVEMBRE 2012

DINSDAG 27 NOVEMBER 2012

Après-midi

Namiddag

La séance est ouverte à 14.19 heures et présidée par Mme Marie-Claire Lambert.
De vergadering wordt geopend om 14.19 uur en voorgezeten door mevrouw Marie-Claire Lambert.

01 **Vraag van mevrouw Liesbeth Van der Auwera aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "de invloed van het fiscaal voordeel van ouderenopvang op het leefloon" (nr. 14092)**

01 **Question de Mme Liesbeth Van der Auwera 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'influence de l'avantage fiscal pour la prise en charge d'une personne âgée sur le revenu d'intégration" (n° 14092)**

01.01 **Liesbeth Van der Auwera (CD&V):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de staatssecretaris, deze vraag gaat over een dossier dat mij werd bezorgd door iemand die veel met dossiers van leefloontrekkers en aanverwante bezig is.

Het gaat over de wet van 6 juli 2004. Belastingplichtigen die een voorouder of een verwant tot in de tweede graad van minstens 65 jaar oud in huis nemen, kunnen rekenen op een belastingvoordeel. Op die manier wil de overheid gezinnen stimuleren om te zorgen voor behoeftige verwanten.

De verhoging van de belastingvrije som resulteert in een extra belastingvermindering van ettelijke honderden euro's per jaar, uiteraard afhankelijk van de gezinssituatie van het opvanggezin.

Ook leefloongerechtigden komen in aanmerking voor dat voordeel via de negatieve inkomstenbelasting.

Bij de toekenning van het leefloon dient het OCMW rekening te houden met alle bestaansmiddelen waarover de aanvrager beschikt, met uitzondering van een limitatieve opsomming. De lijst van uitzonderingen is terug te vinden in artikel 22 van het koninklijk besluit houdende het algemeen reglement betreffende het recht op maatschappelijke integratie. Het fiscaal voordeel voor ouderenopvang is echter niet in die lijst opgenomen. Het OCMW moet dat fiscaal voordeel dus in aanmerking nemen als bestaansmiddel.

Eigenlijk wordt de leefloongerechtigde op die manier financieel gestraft als hij de zorg voor oudere verwanten op zich neemt.

Mevrouw de staatssecretaris, daarom had ik graag een antwoord van u op de volgende vragen.

Klopt het dat het fiscaal voordeel voor ouderenopvang een negatief gevolg kan hebben voor de toekenning van het leefloon? Hoe verklaart u dat?

Zult u desgevallend acties ondernemen om dat voordeel toe te voegen aan de lijst van uitzonderingen voor de berekening van de bestaansmiddelen?

01.02 **Staatssecretaris Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van der Auwera,

leefloongerechtigden zijn niet belastingplichtig. De situatie waarnaar u verwijst, betreft evenwel het belastingvrije gedeelte van het inkomen voor de berekening van de belasting bepaald in het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, namelijk omdat er personen ten laste zijn.

Daarentegen is het wel zo dat, in het kader van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, het feit dat oudere verwanten thuis worden opgevangen in voorkomend geval negatieve gevolgen kan hebben voor de berekening van de bestaansmiddelen van een leefloongerechtigde. Immers, in geval van samenwoning met een ascendant van de eerste graad kan het OCMW, krachtens artikel 34, § 2 van het KB van 11 juli 2002, rekening houden met de bestaansmiddelen van deze verwant die het bedrag voor samenwonenden overschrijden en deze bestaansmiddelen fictief beschouwen als bestaansmiddelen van de aanvrager. Dankzij deze bepaling kan het OCMW vrij beslissen geheel, gedeeltelijk of helemaal geen rekening te houden met deze bestaansmiddelen overeenkomstig zijn sociaal onderzoek en in het kader van de lokale autonomie van het OCMW.

Concreet beschouwt, indien de oudere verwant beschikt over toereikende bestaansmiddelen zou het leefloon kunnen worden geweigerd voor de aanvrager en eventueel voor zijn kind of kinderen ten laste, en voor zijn eventuele levenspartner. In die zin zou kunnen worden beweerd dat een dergelijke situatie de opvang van ouderen in gezinsverband niet gunstig gestemd is of zeker niet in de hand werkt. Zoals aangestipt, is het aan het OCMW om ieder geval apart te beoordelen wat betreft de staat van behoefte en de manier waarop een menswaardig bestaan voor ieder gezin kan worden gegarandeerd. Indien de ouderen evenwel financieel behoeftig zijn, kunnen zij bovendien zelf ook nog een leefloon met bedrag voor samenwonenden aanvragen.

Het is dus geen kwestie voor de lijst waarnaar u verwijst. Het gaat om een heel ander mechanisme, waarbij moet worden gezegd dat het OCMW telkens autonoom kan beslissen om al dan niet gedeeltelijk of geheel het leefloon te verminderen. Dat is het belang van een goed sociaal onderzoek. Ik meen dat daarbij met alle factoren, zoals ook met de zorg voor ouderen of afhankelijke personen, rekening moet worden gehouden. Ik kan dat echter niet opleggen, omdat dat behoort tot de autonomie van het OCMW.

01.03 **Liesbeth Van der Auwera** (CD&V): Mevrouw de staatssecretaris, ik dank u voor uw grondig, heel concreet antwoord. Het verheugt mij dat (...) de lokale autonomie speelt en dat wij in dit geval niet stricto sensu naar die lijst met uitzonderingen dienen terug te grijpen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 13893 van mevrouw Van Moer wordt uitgesteld.

*Le développement des questions et interpellations est suspendu de 14.26 heures à 16.14 heures.
De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 14.26 uur tot 16.14 uur.*

*Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.
Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.*

La **présidente**: Nous revenons aux questions. Madame la ministre, pourriez-vous préciser à la commission de combien de temps vous disposez encore.

01.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Jusqu'à 17 heures, cela vous convient-il?

La **présidente**: Tout à fait.

01.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Cela dit, madame la présidente, si certains membres peuvent se contenter d'une réponse écrite, ils la recevront dans la minute.

02 **Questions jointes de**

- **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 plan national sida" (n° 13579)**

- **M. Damien Thiéry 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 plan sida 2013-2018" (n° 14195)**

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Marie-Claire Lambert aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het nationaal aidsplan" (nr. 13579)

- de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het aidsplan 2013-2018" (nr. 14195)

02.01 Marie-Claire Lambert (PS): Madame la présidente, je signale d'ores et déjà que je transforme ma question n° 13894 en question écrite.

La **présidente**: J'en prends acte, madame Lambert.

02.02 Marie-Claire Lambert (PS): Madame la ministre, il y a presque un an, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, je vous avais interrogée sur la situation en Belgique. Dans votre réponse, vous posiez le malheureux constat que, malgré un taux de dépistage figurant parmi les plus élevés en Europe, le nombre de personnes contaminées ne cessait de croître.

À cette occasion, vous aviez mentionné les initiatives prises dans le cadre de vos compétences – soutien à des laboratoires de référence pour la confirmation de diagnostics, remboursement intégral et pour tous de la prévention post-exposition (PEP) – et rappelé que la prévention et l'éducation – éléments majeurs pour enrayer cette épidémie – relevaient des compétences régionales et communautaires.

Cet éclatement institutionnel des compétences, qui pourrait porter préjudice à l'efficacité d'une politique globale, est heureusement contrebalancé par la mise en place, via la Conférence interministérielle Santé, d'un groupe de travail spécifique en la matière, réunissant les différentes entités de pouvoir. Mais, au vu du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH, vous avez récemment estimé qu'il était urgent de doter notre pays d'un Plan National Sida.

Comment ce plan est-il élaboré et par qui? Comment les groupes cibles et experts concernés prennent-ils part à ce travail? Cette stratégie nationale a-t-elle l'ambition de viser d'autres maladies sexuellement transmissibles?

Enfin, il a été question dans la presse de "faire descendre le dépistage dans la rue". De quoi s'agit-il concrètement?

02.03 Damien Thiéry (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, 1 177 nouveaux cas de sida ont été répertoriés en 2011, ce qui fait plus ou moins trois cas par jour. On peut donc clairement affirmer que le niveau de contamination reste extrêmement élevé; il est même en constante progression. Le nombre de diagnostics d'infection se maintient, ce qui confirme aussi le relâchement des comportements de prévention observés ces dernières années.

Je ne vais pas répéter ce qui a été dit, mais vous avez prétendu dans la presse vouloir établir, pour juin 2013, un Plan Sida. S'il ressemble à ce que vous avez mis en place au niveau du Plan Cancer, on peut imaginer qu'il sera efficace. Mais, là aussi, se posent deux questions bien spécifiques.

Il doit y avoir, dans le cadre de ce plan, un certain nombre de mesures à prendre. Pourriez-vous déjà les détailler? Ensuite, sur un plan plus spécifique encore: étant donné que les entités fédérées sont, de près ou de loin, touchées par ce plan, avez-vous déjà eu l'occasion d'établir des contacts avec ces dernières et de coordonner d'éventuelles actions pour pouvoir mener à bien votre idée de Plan Sida 2013-2018 qui, je le répète, est évidemment une excellente chose?

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chers collègues, le Plan Sida est une initiative de la Conférence interministérielle, donc de l'ensemble des ministres de la Santé publique. Les entités fédérées ont été associées dès le début du processus. Le groupe de travail sida de la Conférence interministérielle se réunit régulièrement et il est évidemment tenu informé de l'évolution des travaux de façon continue via un outil collaboratif *online*. Avec mes collègues, nous sommes sur la même longueur d'ondes et nous travaillons de concert.

Avant d'entamer le processus d'élaboration du plan et afin de rendre sa réalisation plus efficace, les ministres de la Santé ont souhaité qu'un travail préparatoire soit réalisé. Cette phase de consultation et de

conceptualisation a été l'occasion de rencontres, de visites sur le terrain et de consultations. Elle a aussi permis d'identifier les principaux enjeux et les principales problématiques auxquelles le plan devrait répondre. Cette phase s'est clôturée par un symposium à l'occasion duquel l'ensemble des acteurs médicaux et associatifs impliqués dans ce combat, en ce compris des personnes séropositives, ont pu émettre des recommandations à l'issue de *workshops* organisés à cet effet.

La phase de lancement et de développement a ensuite commencé. Les principaux organes chargés de l'élaboration du plan ont été mis sur pied. Ces organes garantissent l'efficacité du processus et une implication forte de tous les acteurs. Le principal organe est le comité directeur; c'est lui qui supervise l'élaboration du plan. Il est composé de représentants du monde médical, du monde associatif et de personnes séropositives. La méthodologie d'élaboration, les objectifs, les piliers stratégiques, la structure du plan, etc., ont été définis à l'occasion de trois réunions du comité directeur, les 10 et 24 octobre et le 7 novembre.

À présent, la phase d'élaboration proprement dite a commencé. Cette phase impliquera de nombreux acteurs. Il y a trois groupes de travail principaux: le groupe de travail "prévention", le groupe de travail "dépistage" et le groupe de travail "suivi de la personne séropositive". Ces groupes de travail proposeront des actions stratégiques. Au sein de ces groupes, il y a des représentants du monde médical, du monde associatif, des personnes séropositives, des représentants des groupes à risque, etc. Le processus d'élaboration sera évalué à mi-parcours, en février 2013.

La phase d'élaboration sera ensuite enrichie d'un *benchmarking* avec d'autres pays européens (la Suisse, l'Angleterre, les Pays-Bas et la France); les premiers contacts ayant déjà eu lieu.

Fin mars 2013, une consultation plus large sera organisée afin d'élargir le processus à un plus grand nombre d'acteurs. Le processus d'élaboration sera soumis à l'avis du comité d'experts AIDS Strategy and Action Plan de l'ONUSIDA.

Je confirme que ce plan prend bien en compte la problématique des infections sexuellement transmissibles, notamment au niveau de la prévention.

En ce qui concerne la question du dépistage dans les rues, il convient plutôt de parler de dépistage décentralisé. Les dispositifs et techniques de dépistage disponibles peuvent influencer la décision du patient: selon que le dépistage ait lieu dans des services de soins ou qu'ils soient délocalisés, la réponse n'est pas la même.

De nombreuses initiatives ont été prises. Elles démontrent l'efficacité des dépistages délocalisés, dont les moyens sont nombreux et variés: cars, camionnettes, équipes mobiles, etc. Il en va de même pour les lieux de dépistage délocalisé: il s'agit en général d'endroits particulièrement fréquentés par les groupes identifiés comme étant plus à risque. Ce type de dépistage réclamera une plus grande implication et une meilleure collaboration avec les associations de terrain.

Monsieur Thiéry, s'agissant de votre question sur les mesures prévues dans le Plan Sida, aucune n'a encore été arrêtée à ce stade. Les groupes de travail se réunissent à partir du 12 décembre et ce sont eux qui soumettront des propositions.

Donc, voilà encore un bel exemple de collaboration avec les Communautés, qui me font confiance et apportent leurs idées en fonction de leurs compétences propres.

02.05 Marie-Claire Lambert (PS): Madame la ministre, je vous remercie beaucoup. Voilà un beau chantier qui s'ouvre. En 2013, nous aurons l'occasion de vous interroger à nouveau sur l'état d'avancement du plan.

02.06 Damien Thiéry (FDF): Madame la ministre, je vous remercie. Je crois que c'est le professeur Clumeck qui avait dit qu'il était grand temps de changer de stratégie pour enrayer la progression du sida. Je vois que vous prenez les choses en main.

Puis-je me permettre de vous demander de bien envisager le dépistage par l'intermédiaire des médecins généralistes? En effet, ils doivent jouer un rôle fondamental en ce domaine. Il conviendrait également que vous pensiez à diffuser des informations complémentaires dans les établissements scolaires. Car c'est là que l'on fait prendre conscience aux jeunes du risque accru. Grâce à une éducation adaptée, on pourrait

probablement obtenir d'excellents résultats.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Luk Van Biesen** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de vaccins Infanrix Hexa en Infanrix IPV" (nr. 13588)

- mevrouw **Marie-Martine Schyns** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de recall door GSK van dosissen van vaccins voor kinderen" (nr. 13591)

- mevrouw **Valérie Warzée-Caverenne** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de recall van duizenden Infanrixvaccins door de firma GSK" (nr. 13638)

- mevrouw **Valérie Warzée-Caverenne** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de herhaalde bevoorradingproblemen met tetanusvaccins" (nr. 13639)

03 **Questions jointes de**

- M. **Luk Van Biesen** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les vaccins Infanrix Hexa et Infanrix IPV" (n° 13588)

- Mme **Marie-Martine Schyns** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le rappel de doses de vaccins pour enfants par GSK" (n° 13591)

- Mme **Valérie Warzée-Caverenne** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le rappel par la firme GSK de milliers de vaccins Infanrix" (n° 13638)

- Mme **Valérie Warzée-Caverenne** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les ruptures de stocks régulières de vaccins antitétaniques" (n° 13639)

03.01 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de vice-eersteminister, het gaat hier over de vaccins Infanrix Hexa en Infanrix IPV van de fabrikant GlaxoSmithKline. Een aantal van deze vaccins werd teruggeroepen, volgens berichten die ons bereikten medio oktober. Dit gebeurde naar aanleiding van de vondst van een potentieel gevaarlijke bacterie nabij een farmaceutische fabriek in Waver. De vaccinatie beschermt kinderen onder meer tegen hepatitis B, tetanus en polio. In Vlaanderen zouden ongeveer 500 dosissen, twee loten, uit voorzorg teruggeroepen zijn. Bepaalde dosissen waren echter reeds in omloop.

Mevrouw de minister, kunt u ons informeren over welke bacterie het gaat en wat de mogelijke gevolgen zijn bij besmetting?

Wat zijn de symptomen voor de mensen die toch een besmette dosis ontvangen hebben?

Is het de eerste keer dat er zo'n besmetting optreedt?

Zult u in de buurt van farmaceutische fabrieken frequent bodemstalen of luchtstalen laten nemen?

Welke andere maatregelen denkt u te nemen om de veiligheid van de gezondheidszorg te waarborgen?

03.02 **Marie-Martine Schyns** (cdH): Madame la ministre, il est superflu d'ajouter quoi que ce soit, puisque cela s'est passé il y a un bon mois déjà. De nouvelles mesures seront-elles prises pour éviter ce genre de situation tant à notre niveau qu'à celui des fabricants? M. Van Biesen vous a interrogée sur la situation exacte et sur les informations en votre possession. Je m'interroge quant à la suite. Cette situation s'est-elle déjà souvent présentée? Des mesures nouvelles peuvent-elles être prises pour éviter de tels problèmes et œuvrer davantage à titre préventif?

03.03 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je ne répéterai pas les demandes déjà émises. J'ai néanmoins quelques questions complémentaires.

En parallèle à cette information, nous apprenons que Sanofi Pasteur MSD annonçait préparer l'enregistrement et la commercialisation d'un vaccin pédiatrique 6-en-1. Ce nouveau vaccin hexavalent est le seul vaccin 6-en-1 sous forme liquide et prêt à l'emploi pour la protection des nourrissons contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B, la poliomyélite et les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b.

Quelle est la position de votre département par rapport à un tel vaccin?

Ma deuxième question, jointe, concerne la pénurie de médicaments. Je vous pose la question vu que, de façon récurrente, certains vaccins font défaut. Il ne s'agit pourtant pas de vaccins peu utilisés: la pénurie en question concerne l'Infanrix Hexa pour les nourrissons et le vaccin contre le tétanos; elle s'est produite durant cet été.

Qu'en est-il donc de cette récurrence de la pénurie?

03.04 **Minister Laurette Onkelinx:** Mevrouw de voorzitter, het Europees Geneesmiddelenbureau werd ervan op de hoogte gebracht dat bepaalde loten van het door GlaxoSmithKline (GSK) gemaakte *Infanrix* werden teruggeroepen. GSK ondernam die spontane actie als voorzorgsmaatregel nadat er in de productieketen van het vaccin een micro-organisme was ontdekt. De kiem in kwestie is de *Bacillus cereus*.

Om op de vraag van de heer Van Biesen aangaande de symptomen te antwoorden, kan ik het volgende zeggen. Bij een intramusculaire inspuiting vormt zich rond de injectiezone een klein erytheem. Merk op dat het risico van besmetting zeer klein is en zelfs indien de bacterie in de fles met het vaccin terechtkomt, vindt er een grote verdunning plaats. Bovendien kan die bacterie zich niet ontwikkelen: de temperatuur is te laag en de vaccins vormen geen bacteriële voedingsbodem.

Het terugroepen van de vaccins was dus een voorzorgsmaatregel, aangezien het risico van besmetting en nevenwerkingen voor de gezondheid uiterst klein was. Geen enkele steriliteitsproef gaf overigens een positief resultaat.

In België ging het om twee loten. Die loten werden uitsluitend in het kader van de inenting van Kind & Gezin in de Vlaamse Gemeenschap verdeeld. Volgens het bedrijf waren er in de vaccinatiecentra nog 786 doses in voorraad op een totaal van 39 000 doses en werden zij in de betrokken centra in quarantaine geplaatst. Die doses zullen volledig vernietigd worden.

En ce qui concerne la rupture de stock d'*Infanrix*, cela n'a été le cas qu'en 2009. Le vaccin antirabique Mérieux a fait l'objet de demandes de dérogations auprès de la commission consultative. Plusieurs dérogations ont été octroyées entre 2004 et 2009 en vue d'autoriser l'importation d'alternatives commercialisées en France et Allemagne et ce, suite à une indisponibilité causée par des problèmes de production.

Les problèmes d'approvisionnement du *Tedivax* en Belgique et dans les autres pays européens dans lesquels ce vaccin est commercialisé sont également dus à un problème de production chez le fabricant. La firme prévoit de réapprovisionner le marché belge de manière continue vers le mois de février prochain.

L'anatoxine tétanique est contenue dans plusieurs vaccins enregistrés en Belgique, toujours en association. Mais le *Tedivax* est le seul vaccin enregistré qui ne l'associe qu'avec de l'anatoxine diphtérique. L'Agence fédérale des Médicaments n'a aucune possibilité juridique pour intervenir et prendre des mesures pouvant garantir le schéma vaccinal. Un approvisionnement continu en *Tedivax* n'est pas prévu avant février 2013 dans les hôpitaux et les officines ouvertes au public.

Des discussions sont en cours entre les parties concernées pour mettre en place des solutions qui permettraient la vaccination contre le tétanos surtout chez les nouveau-nés. Une demande d'enregistrement pour un vaccin hexavalent alternatif contenant l'anatoxine tétanique est en cours d'examen par l'Agence européenne des Médicaments.

Comme vous le savez, l'évaluation d'un nouveau médicament est un processus confidentiel. Je me permets de souligner que la décision de mettre un médicament, comme ce vaccin, sur le marché belge n'est pas prise par le gouvernement belge mais par la Commission européenne après évaluation scientifique par l'Agence européenne des Médicaments.

03.05 Luk Van Biesen (Open Vld): Mevrouw de vice-eersteminister, ik dank u voor uw volledig antwoord.

Een kleine opmerking: u zegt dat de bacterie werd vastgesteld in het productieproces bij de fabrikant GSK, terwijl de media er gewag van maakten dat de bacterie werd gevonden in de omgeving van de fabriek, en in de lucht. Dat is natuurlijk een heel andere benadering van het probleem.

Een van de elementen van mijn vraag was dan ook wat te doen wanneer een bacterie wordt vastgesteld in de buurt van een chemische fabriek of een medicijnenfabriek. Dat is toch een groot verschil. U zegt: "Als het in het productieproces was, zal het intussen wel opgelost zijn en zullen er in de fabriek wel maatregelen genomen zijn." De media maken er echter gewag van dat de bacterie gevonden is in de omgeving, en dat zou de reden zijn waarom de fabrikant de loten eruit gehaald heeft.

Het lijkt mij interessant te weten wat er gebeurt als een dergelijke bacterie in de buurt van de fabriek wordt vastgesteld, en niet in het productieproces, zoals u stelde.

03.06 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, M. Van Biesen a bien résumé le problème. Il y avait des mesures à prendre et des mesures à ne pas prendre. Quand on voit la situation actuelle, je pense que le nécessaire a été fait. Merci, madame la ministre.

03.07 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, j'ai bien noté votre réponse par rapport à ces doses à risque provenant de la firme GSK.

En ce qui concerne le vaccin 6-en-1, je souhaite également attirer votre attention sur le fait que le jour où les vaccins arriveront chez les médecins, il faudra prendre garde à éviter une double vaccination et à sensibiliser les praticiens au fait que chaque dose contient plus qu'un seul vaccin.

En matière de récurrence de la pénurie, je me réjouis que des concertations aient lieu. Il semble incroyable de se retrouver dans des situations de pénurie pour des vaccins de grande consommation.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "synthetische drugs" (nr. 13590)

04 Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les drogues synthétiques" (n° 13590)

04.01 Luk Van Biesen (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, politie en douane maken zich zorgen over de grootschalige invoer uit China van ruwe grondstoffen om drugs aan te maken. Volgens de informatie van de douane werd in 2012 reeds 8,5 ton apaan in beslag genomen. Op zich is apaan niet verboden, maar drugscriminelen hebben ontdekt dat apaan relatief makkelijk om te zetten is in het verboden BMK, een basisingrediënt om amfetamines en speed aan te maken.

Volgens de heer Van Camp van de cel Drugs van de federale politie, is apaan de nieuwe trend. Met apaan hebben criminelen een perfect legaal product om weer drugs aan te maken.

Het is niet de enige manier waarop drugstrafikanten proberen de wetgeving te omzeilen. Criminelen screenen onze wetgeving, kijken wat legaal is en wat niet. Zij veranderen enkele moleculen in hun producten en gooien het product op de markt. De cel Drugs van de federale politie staat tegenover dergelijke criminelen quasi machteloos.

Deze nieuwe synthetische drugs zijn levensgevaarlijk omdat de samenstelling continu verandert.

Apaan is niet verboden. Wat is de procedure om een product op de lijst van verboden middelen te krijgen? Wat is de doorlooptijd om een product op deze lijst te krijgen?

Wanneer u van de cel Drugs van de federale politie signalen krijgt, zoals in dit geval, kunt u dan maatregelen

nemen om de doorlooptijd eventueel in te korten? Kunt u zelf initiatieven nemen?

Daartegenover staat natuurlijk een vrij grote kostprijs voor het onderzoek naar de ontleding van deze drugs. Wordt continu geanalyseerd welke producten er allemaal worden gebruikt? Wordt u gesuggereerd om die producten toe te voegen aan de lijst van verboden producten?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, op basis van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, en van de stoffen die kunnen worden gebruikt voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, kan de Koning in het belang van de openbare gezondheid alle handelingen met de stof afaan — alpha-Phenylacetoacetonitrile — regelen bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Er is reeds een overleg aan de gang tussen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en de douanediens ten. Vermits ook andere landen met deze problematiek worden geconfronteerd, dient een verbod het best op internationaal niveau te worden ingevoerd.

De doorlooptijd is de tijd die nodig is om een besluit te ontwerpen en de wetgevingsprocedure, met inbegrip van het overleg in de Ministerraad, te doorlopen. Ik heb reeds een initiatief tot wetswijziging genomen dat binnenkort in het Parlement zal worden ingediend. Daardoor zal over het KB in uitvoering van bovenvermelde wet van februari 1921 geen overleg meer moeten worden gevoerd in de Ministerraad.

Wat de kostprijs voor de gerechtelijke onderzoeken betreft, zijn de bedragen wettelijk vastgelegd. Het opsporen van drugs is degressief: van 190,73 euro tot 95,37 euro. Daarnaast komt er de voorbereiding bij ten bedrage van 14,30 euro. Soms is er ook nog de beschrijving van de overtuigingsstukken, degressief van 41,58 euro tot 10,29 euro. Mijn collega bevoegd voor Justitie kan, indien nodig, hierover meer informatie geven.

04.03 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik steun uiteraard uw initiatief. U zegt dat het niet meer met een in de Ministerraad overlegd voorstel moet gebeuren en dat u een wetsontwerp gaat indienen om dat te wijzigen.

Hoever staat het echter met afaan als dusdanig? Wacht u op het internationaal akkoord om dat toe te voegen aan de lijst van verboden middelen? Of zult u zelf een initiatief nemen in België?

04.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: C'est sur ça que je travaille, effectivement.

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

04.05 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer Van Biesen, op de agenda staat onder punt 11 uw vraag nr. 13696. Il y a des photos, il y a des sites web. Vous êtes d'accord que je vous donne la réponse par écrit?

04.06 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Pas de problème.

Sorry, mevrouw de voorzitter, dat wij dit vlug tussendoor afhandelen.

U weet, mevrouw de minister, dat ik strijd voer tegen het stimuleren van het roken als dusdanig. De woorden die men vandaag op de sigarettenpakjes zet...

04.07 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik wil uw vraag schriftelijk beantwoorden. (...)

04.08 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Ja, maar ik wil met een kleine inleiding de collega's op de hoogte brengen waarover het gaat. Het gaat over de inlichtingen die op alle sigarettenpakjes staan...

04.09 Minister **Laurette Onkelinx**: Er zijn ook foto's, er zijn internetsites...

04.10 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Wij zijn het erover eens. Geen probleem.

La **présidente**: La question n° 13592 de Mme Sonja Becq est transformée en question écrite.

05 Question 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 "le tabac" (n° 13637)

05 Vraag 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 "tabak" (nr. 13637).

05.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vais raccourcir ma question initiale; en effet, depuis son dépôt, le budget a été élaboré et une augmentation des accises sur le tabac a été décidée.

Je vous suggérerais d'augmenter significativement le prix du tabac; j'envisageais 50 cents. En effet, le coût est l'élément qui a le plus grand d'impact sur la diminution du tabagisme. Pourtant, le gouvernement a opté pour une augmentation de 20 cents et je me suis déjà exprimée en commission sur le sujet. Je suis quelque peu déçue. Vous aussi? Nous nous rejoignons donc.

La deuxième partie de la question concernait une réglementation. Depuis le 1^{er} janvier 2011, tous les paquets de cigarettes doivent mentionner le numéro et l'adresse du site web de Tabacstop. Lors de votre visite à la centrale téléphonique de Tabacstop, en février 2012, vous avez exprimé votre volonté de soutenir la demande de la Fondation contre le Cancer visant à rendre obligatoire cette mention sur les paquets de tabac à rouler. Avez-vous déjà entamé une démarche en ce sens? Que comptez-vous proposer comme réglementation touchant le tabac à rouler?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, les différentes études et l'expérience acquise au sein des pays de l'Union européenne montrent, en effet, qu'une augmentation du prix réel du tabac de 10 % entraîne une diminution de la consommation moyenne de 4 à 5 %. Il est également démontré que cette diminution est encore plus importante chez les jeunes et au sein des catégories socioprofessionnelles à plus faible revenu. Cet outil du prix est donc particulièrement intéressant du point de vue de la santé publique, puisque ces deux catégories de population sont particulièrement touchées par le tabagisme.

Cela dit, lors de l'élaboration du budget, nous ne pouvions pas parler de mesure de santé publique. Je me refuse à le dire. C'est une mesure budgétaire. Soyons clairs! Pas d'hypocrisie! Cela dit, une augmentation de la taxation est survenue en juillet dernier. Elle était plus intéressante, car le prix du paquet de cigarettes était passé à 5 euros. Il s'agit d'augmentations successives. Les paliers sont trop faibles, je suis d'accord! Mais comme vous le savez, je ne suis pas seule au sein de ce gouvernement!

Par ailleurs, il me semble important de réduire l'écart entre la taxation appliquée pour le tabac à rouler et celle pratiquée pour les cigarettes ce, afin d'éviter le phénomène de substitution de la cigarette par des produits de tabac à rouler. C'est un autre grand débat. Certes, des firmes les commercialisent en Belgique et un débat économique se déroule autour de cette problématique. Néanmoins, je persiste à dire que les débats de santé publique doivent primer en la matière et nous continuerons à en parler.

En ce qui concerne l'étiquetage, je me suis effectivement prononcée en début d'année pour une harmonisation des avertissements sanitaires prévus sur les paquets de cigarettes et de tabac à rouler. Aussi, mes services ont-ils préparé un projet d'arrêté royal prévoyant la position d'avertissement combinant texte, photo et numéro de la ligne Tabacstop sur les paquets de tabac à rouler, comme c'est déjà le cas pour les paquets de cigarettes.

J'ai déjà approuvé ce projet d'arrêté. J'attends donc que mes collègues, les ministres de l'Économie et des Classes moyennes, en fassent de même pour que cet arrêté puisse encore être publié avant la fin de l'année au *Moniteur belge*. Il pourrait ainsi entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2014. En effet, l'industrie doit avoir le temps de s'adapter aux nouvelles dispositions.

05.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la ministre, je vous remercie.

Il est évident que nous partageons le même point de vue quant à une augmentation plus significative du prix du tabac. On se rend bien compte qu'il y a six groupes autour de la table des négociations. N'hésitez pas à nous dire si vos collègues rechignent à signer cet arrêté royal pour le tabac à rouler. Nous irons les

interpeller.

Je vous remercie en tout cas pour votre proactivité dans ce domaine.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 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 "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur les acides gras trans" (n° 13692)

- Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les directives de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la quantité de graisses trans que peuvent contenir certains produits alimentaires" (n° 13963)

06 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 "het advies van de Hoge Gezondheidsraad betreffende transvetzuren" (nr. 13692)

- mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de door de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen richtlijnen inzake de hoeveelheid transvetten die bepaalde voeding mag bevatten" (nr. 13963)

06.01 Rita De Bont (VB): In 2003 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie de aanbeveling om de aanvoer van transvetten voor het menselijk lichaam te beperken tot maximum 1% van de totale energieaanvoer. Sommige landen gaven daar gehoor aan. In andere landen, zoals Denemarken, mag het totaal aantal vetten in voedingsmiddelen van andere oorsprong dan vlees en zuivelproducten afkomstig van herkauwers, die geen gevaar vormen voor de volksgezondheid, maximaal 2% transvetzuren bevatten.

Bij ons heeft de Hoge Gezondheidsraad inmiddels ook een stand van zaken opgemaakt over transvetzuren en hij heeft enkele nuttige aanbevelingen geformuleerd in zijn advies nr. 8666, maar verder werd er nog niet veel ondernomen op wetgevend vlak.

Mevrouw de minister, bent u van plan om een wetgevend kader inzake transvetzuren tot stand te brengen?

In welke mate wil men dan de toegestane hoeveelheid transvetzuren in voedingswaren beperken? Zullen wij het Deense voorbeeld volgen, zoals door *Test-Aankoop* wordt gevraagd?

Worden er ook maatregelen overwogen op het vlak van etikettering?

Tegen wanneer kunnen wij enig initiatief verwachten?

06.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le Conseil supérieur de la Santé (CSS) a publié, début juillet, un avis sur les acides gras trans (AGT) d'origine industrielle. Cet avis est beaucoup plus tranché que ceux rendus précédemment.

Sous la législature précédente, j'avais déjà déposé une proposition de loi visant à demander la limitation des acides gras trans. À l'époque, le Conseil supérieur de la Santé avait remis un avis extrêmement complexe sur la transformation des graisses sans l'accompagner de recommandations très claires. Aujourd'hui, le CSS est beaucoup plus clair puisqu'il recommande l'interdiction de la vente d'aliments contenant plus de deux grammes d'AGT industriels par 100 grammes d'huile ou de graisse. Cette décision pourrait être une manière efficace de participer à l'objectif de réduction de la consommation des AGT d'origine industrielle. Je ne répéterai pas les effets de ces graisses sur la santé; je rappellerai seulement qu'elles sont très mauvaises.

La question qui subsiste est celle des alternatives à ces graisses solidifiées. Si on remplace les graisses trans par l'huile de palme, on n'obtient pas de progrès en matière de santé et encore moins du point de vue environnemental. Les experts du CSS sont très clairs sur ce sujet et insistent sur "l'importance de remplacer les AGT par des huiles ou graisses ne contenant pas une proportion élevée de certains acides gras saturés, dont l'huile de palme. En effet, une consommation importante de ces acides gras saturés entraîne l'élévation

de la concentration du cholestérol augmentant ainsi le risque d'accident cardio-vasculaire".

Madame la ministre, que pensez-vous de cette nouvelle position adoptée par le CSS? Quelles initiatives comptez-vous prendre? Comment faire pour éviter des alternatives ne participant pas au règlement du problème?

06.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chère collègue, j'ai donné instruction à mes services d'apporter un suivi adéquat à l'avis du Conseil supérieur de la Santé sur les acides gras trans.

Il en ressort que, pour prendre des mesures réglementaires au niveau national, il faut d'abord collecter des données complémentaires. En effet, il convient de réaliser une évaluation exhaustive des risques. J'ai donc demandé à mes services de collecter auprès des opérateurs de la chaîne alimentaire, et principalement dans le secteur de la transformation, des données sur les utilisations de graisses dont les teneurs en acides gras trans peuvent être significatives. Par exemple, suite à une hydrogénation partielle, à une désodorisation, à l'utilisation de margarines de moindre qualité, dans certains secteurs tels que la boulangerie-pâtisserie, principalement.

Cette demande a été formulée officiellement à l'occasion du conseil consultatif en matière de politique alimentaire et d'utilisation d'autres produits de consommation, le 18 octobre dernier.

Parallèlement, j'ai aussi chargé mes services de récolter des données toxicologiques permettant d'évaluer l'exposition des divers groupes de la population et de rassembler des informations sur les mesures réglementaires prises dans d'autres pays de l'Union européenne et dans des pays tiers.

Enfin, j'ai également demandé au gestionnaire du Plan National Nutrition Santé (PNNS) d'examiner la limitation de l'ingestion des AGT et AGS (acides gras saturés) et des engagements sectoriels de reformulation dans le cadre du groupe de travail du PNNS sur la réduction des apports énergétiques liés aux graisses et aux sucres.

Sur ce dernier point, je voudrais vous signaler que le secteur de l'industrie alimentaire est déjà sensibilisé à la problématique des AGT. Il a notamment adopté un code fixant des limites: 1 % dans les margarines destinées aux consommateurs, 5 % dans les produits industriels. Selon la banque de données de composition des denrées alimentaires, gérée par l'ASBL Nubel, les teneurs en AGT des produits alimentaires sont en constante diminution.

Je connais vos doutes quant à l'efficacité de mesures volontaires, mais force est de constater que leur impact n'est pas négligeable.

En ce qui concerne le remplacement des AGT par des graisses ne contenant pas une proportion élevée de certains AGS, un projet d'avis du CSS sur l'huile de palme est toujours en cours. Il devrait nous apporter des informations complémentaires.

Par ailleurs, l'avis du Conseil supérieur de la Santé nous est également utile au niveau européen où, vous en conviendrez, une harmonisation des règles est souhaitable.

Cet avis nous a notamment aidés à déterminer notre position dans le débat sur la question des acides linoléiques conjugués, une forme chimique particulière des AGT, que la Commission souhaiterait autoriser dans quatre catégories de denrées alimentaires dans le cadre du règlement Novel Food. La Belgique s'y est opposée.

Mevrouw De Bont, wat de etikettering betreft, de TVZ vallen onder de Europese wetgeving over de informatie aan de consumenten. De Commissie is bezig met het verzamelen van de nodige inlichtingen om het rapport op te stellen waarin de verordening tegen 13 december 2014 voorziet. Het rapport heeft de bedoeling om te analyseren hoe gepaste maatregelen de consumenten ertoe zouden kunnen aanzetten om gezondere voedingswaren te kiezen en over het algemeen een gezonder dieet te volgen, of hoe die maatregelen met betrekking tot de aan de consument aangeboden voedingswaren een gezonder aanbod zouden kunnen bevorderen, met inbegrip van onder andere informatieverstrekking aan de consumenten rond de genoemde transvetzuren of opgelegde gebruiksbepalingen ervan.

Wat de door u aangehaalde Deense voorbeelden betreft, kom ik terug op wat ik al gezegd heb, namelijk dat

wij eerst over bijkomende gegevens van de industrie moeten beschikken en de initiatieven moeten analyseren die in andere lidstaten, zoals Denemarken, genomen zijn.

Beaucoup de travaux sont en cours à la Commission européenne dans le cadre du règlement. Je pense que la Commission va demander qu'il n'y ait pas de nouvelles initiatives tant qu'elle n'a pas pris de décision. Pour le moment, nous travaillons avec le Conseil supérieur de la Santé. Nous verrons bien comment marier l'initiative de la Commission avec les nôtres.

06.04 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het was nogal chaotisch, dus ik zal het zeker nog eens grondig nalezen.

Men moet inderdaad over de nodige informatie beschikken en men moet zekerheid hebben over geruchten of over het gevaar van bepaalde stoffen in de voedselketen opdat de remedie niet erger zou zijn dan de kwaal. Vooraleer men een dwingende maatregel kan opleggen, moet men zeker zijn en over de nodige informatie beschikken.

Ondertussen is het wel belangrijk dat men erop toeziet dat de gebruikers voldoende geïnformeerd worden aan de hand van de etikettering, maar ook de nodige informatie krijgen en gesensibiliseerd worden opdat zij al de juiste keuzes zouden kunnen maken in het belang van hun gezondheid.

06.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ce n'est pas moi qui doute de l'efficacité des mesures volontaires, c'est le Conseil supérieur de la Santé. En effet, il indique que parmi les différentes mesures prises dans d'autres pays pour réduire la consommation des acides gras trans, une législation contraignante semble plus efficace qu'une concertation avec l'industrie ou des indications de contenu sur l'étiquetage.

Il est extrêmement clair sur l'intérêt d'une approche réglementaire. Je pense qu'il faudra y arriver. Personnellement, la raison pour laquelle je n'ai pas redéposé ma proposition de loi, c'est la recherche d'alternatives aussi saines.

Je me réjouis qu'une série de recherches soient en cours mais je souhaiterais que la Belgique soit pionnière et proactive dans ce dossier pour pousser la dynamique européenne à agir assez vite étant donné tout ce que l'on sait sur les effets de ces acides gras. Il serait cohérent que tout ceci se déroule en lien avec les initiatives du Plan Cancer.

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

*Présidente: Reinilde Van Moer.
Voorzitter: Reinilde Van Moer.*

06.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, puis-je indiquer au secrétariat de la commission que les questions n^{os} 13696 de M. Van Biesen, 13714 de Mme De Ridder, 13715 de Mme Boulet, 13811, 13908 et 14026 de M. Thiéry, 13812 et 13962 de Mme De Bont, 13833 de Mme Somers, 13894 de Mme Lambert, 13956 et 14074 de Mme Fonck, 14087 de Mme Wierinck, 14054, 14055, 14056 et 14057 de Mme Muylle, et 14080 de Mme Schyns sont transformées en questions écrites.

Les questions n^{os} 13698 et 13699 de Mme Somers sont reportées.

Par ailleurs, je répondrai en français aux questions figurant au point 31 de l'ordre du jour car j'ai transmis la copie en néerlandais à Mme Wierinck.

07 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 "de kostprijs van de ziekenhuisopnames" (nr. 13936)

- mevrouw Lieve Wierinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de kostprijs van de ziekenhuisopnames" (nr. 13940)

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de ziekenhuissupplementen" (nr. 13947)

- 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 informeren van de patiënt over de ziekenhuisfactuur" (nr. 14017)

- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de supplementen in ziekenhuizen" (nr. 14118)

07 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 coût des hospitalisations" (n° 13936)

- 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 coût des hospitalisations" (n° 13940)

- Mme Maya Detiège 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 suppléments hospitaliers" (n° 13947)

- 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'information du patient sur le coût d'une hospitalisation" (n° 14017)

- 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 "les suppléments dans les hôpitaux" (n° 14118)

07.01 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, laat ik starten met het goede nieuws, dat is altijd het leukste. Uit de ziekenhuisbarometer van het socialistisch ziekenfonds blijkt dat de ziekenhuisfactuur voor de patiënt voor het eerst sinds jaren daalt in plaats van stijgt. Dat is echt goed nieuws. De patiënt zou gemiddeld 450 euro per jaar uit eigen zak betalen. De daling blijkt vooral te danken te zijn aan de maatregelen genomen inzake implantaten en medische hulpmiddelen. Dat is dus het hele goede nieuws.

Mevrouw de minister, er is echter ook slecht nieuws. Achter het gemiddelde van 450 euro per jaar gaan namelijk reusachtige verschillen schuil. Vandaag kan men naar gelang van de kamerkeuze, de regio van opname of het ziekenhuis zelf tot drie keer meer betalen voor een bevalling en zelfs tot vijf keer meer voor bijvoorbeeld een knieprothese. De bron van de grote verschillen vormen vooral de ereloonsupplementen die de artsen aanrekenen.

Mevrouw de minister, voor de sp.a is dat onaanvaardbaar. Het kluwen van het supplementensysteem zorgt voor onzekerheid bij de patiënt. Sommige ziekenhuizen rekenen zelfs tot 300 % van het conventietarief aan voor een welbepaalde ingreep wanneer de patiënt opgenomen wordt in een eenpersoonskamer. Zeventien ziekenhuizen – zo bleek uit het onderzoek – rekenen nog steeds ereloonsupplementen aan in twee- of meerpersoonskamers. Dat kunnen we echt niet langer aanvaarden.

Om die reden en ook om de financiële toegankelijkheid van de ziekenhuizen te garanderen, vraag ik u om definitief komaf te maken met de ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers en de in het regeerakkoord gemaakte afspraken hierover dus uit te voeren. Voorts vraag ik u om ook de supplementen in eenpersoonskamers aan te pakken en te ijveren voor een betaalbare en vooral ook correcte factuur ter zake.

07.02 **Franco Seminara** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la Mutualité socialiste a actualisé son baromètre hospitalier et ce dernier est porteur d'une bonne nouvelle. C'est effectivement la première fois depuis que cet exercice existe, c'est-à-dire depuis douze ans, que la facture hospitalière du patient n'a pas augmenté! C'est évidemment positif et je me dois de vous féliciter pour les mesures qui ont permis d'enrayer les taux de croissance enregistrés en la matière ces dernières années.

La tâche est encore grande car la facture pour certains patients demeure à la fois élevée, de manière injustifiable, et, surtout, elle constitue toujours une mauvaise surprise à laquelle le patient n'est jamais préparé. Effectivement, l'étude révèle une fois encore que les coûts à charge du patient varient énormément d'un hôpital à l'autre. Le choix de la chambre, le statut du patient, la zone géographique et le choix de l'hôpital influent sur la note.

Dans ce cadre, outre la réglementation des suppléments de chambre et d'honoraires, l'information du patient demeure un objectif majeur. Si les hôpitaux sont aujourd'hui légalement tenus d'apporter toute une série d'informations en la matière, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital, la Mutualité socialiste propose d'y ajouter une information personnalisée découlant du séjour hospitalier du patient portant en particulier sur les suppléments d'honoraires et de matériel qui représentent près de 50 % des factures hospitalières.

Madame la ministre, comment percevez-vous la suggestion faite par la Mutualité socialiste? Est-il envisageable, selon vous, d'ajouter un devis hospitalier à la série de documents qui doivent obligatoirement être soumis au patient au plus tard au moment de son admission?

07.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, in de woelige jaren '60 werd, onder de regering-Leburton, voor het eerst de nomenclatuur ingeschaald en werden de ereloonsupplementen ingevoerd. Er konden zowel kamer- als ereloonsupplementen worden ingevoerd voor vierpersoonskamers, driepersoonskamers, tweepersoonskamers en eenpersoonskamers, maar dat stelsel werd systematisch afgebouwd.

Vanaf 1 januari moeten ook patiënten in tweepersoonskamers geen ereloonsupplementen meer betalen. Een van de twee grote artsensyndicaten, BVAS, waarschuwt voor problemen, omdat de ziekenhuizen onder meer worden gefinancierd via de afdrachten op ereloonsupplementen op tweepersoonskamers.

In Vlaanderen zou nog maar een vijftal ziekenhuizen ereloonsupplementen vragen voor tweepersoonskamers. Aan Franstalige zijde ligt dat enigszins anders. Gelet op de invloed op de ziekenhuisfinanciering had ik van u graag geweten of u de impact van die maatregel becijferd hebt en of u er een idee van hebt of bepaalde ziekenhuizen in de problemen zullen komen.

De vraag over de berekening van de impact wordt nog scherper als wij de recente oproepen horen om ook voor eenpersoonskamers de supplementen in te perken. Ik zou dan ook graag van u horen of u die voorstellen genegen bent en of u ook daarvan de berekeningen wilt maken.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, en ce qui concerne la facture hospitalière en général et ses évolutions, j'ai pris connaissance tout comme vous de l'édition 2012 du baromètre des coûts hospitaliers des Mutualités socialistes. Je partage votre préoccupation sur les différences entre les factures, que ce soit entre les hôpitaux, les Régions – en particulier entre Bruxelles et le reste du Royaume — et en fonction du type de chambre.

Plusieurs mesures ont été prises et d'autres doivent encore l'être. Mais je note comme vous que l'année 2011 est la première année pour laquelle, depuis 2000, on n'enregistre pas en moyenne une hausse de la facture du patient. On observe même une légère baisse: moins 0,2 % entre 2010 et 2011. Ces chiffres témoignent d'une réelle amélioration en matière d'accessibilité aux soins de santé et confirment l'efficacité des mesures que nous avons prises. Je pense par exemple à l'interdiction des suppléments de chambre en chambre double, instaurés en 2010, ou à la meilleure protection des malades chroniques et autres personnes économiquement fragilisées.

En ce qui concerne les différences entre les hôpitaux et les Régions, il y a sans doute plusieurs facteurs d'explication. J'en pointerai un en particulier: les suppléments d'honoraires, notamment en chambre double et en chambre commune. Cette situation est d'autant plus préoccupante à Bruxelles, où il y a plus de bénéficiaires de l'intervention majorée – 39 % des admissions – que dans les autres Régions. La sous-consommation et le report des soins dans la capitale font l'objet d'une étude de la part de l'INAMI, l'Institut de santé publique et les organismes assureurs.

Quelles mesures peut-on prendre concrètement? Dans un premier temps, il faut interdire ces suppléments d'honoraires en chambre double et en chambre commune. Seuls une vingtaine d'hôpitaux, sur près de 200, donc y compris les hôpitaux psychiatriques, pratiquent encore ces suppléments alors que les chambres doubles sont devenues la norme. Il convient selon moi de faire de ce problème précis une priorité, ce qui n'exclut pas une réflexion plus large sur le financement hospitalier.

Ce dernier s'illustre par une mécanique complexe avec des équilibres et des jeux de vases communicants. J'entends la préoccupation formulée par certains à ce sujet, mais dois-je rappeler que la toute grande majorité de l'activité hospitalière dans ce pays a fait le choix de bannir ces suppléments dans les chambres

communes et les chambres à deux lits?

Par ailleurs, une enveloppe de refinancement de 100 millions d'euros en trois phases avait été initiée par mon prédécesseur en 2007 pour les seuls hôpitaux qui ne réclamaient pas de tels suppléments. Mais, depuis 2011, cette enveloppe est redistribuée entre tous les hôpitaux. Pour le petit nombre d'institutions concernées, cela représente un financement supplémentaire d'environ 2,42 millions. Il y a donc déjà eu une forme de compensation financière à l'interdiction.

Vous l'aurez compris, ma préoccupation première est que les soins sûrs et de qualité restent accessibles à toutes et à tous. Un projet de loi a été approuvé par le Conseil des ministres et sera déposé tout prochainement au parlement.

Il contient, en plus de cette interdiction, d'autres mesures destinées à améliorer l'accessibilité des soins de santé, comme par exemple le statut "affection chronique" ou l'obligation de l'application du tiers payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée ou du statut "affection chronique". Vous aurez l'occasion d'en débattre prochainement.

Par ailleurs, une réflexion entre l'INAMI et les organismes assureurs est également en cours sur les montants à charge du patient et sur les mesures concrètes à prendre pour garantir la plus grande transparence sur ces montants. L'idée d'un devis est séduisante, certains praticiens et hôpitaux l'ont déjà adoptée dans certains cas. Sa généralisation nécessiterait toutefois de résoudre des difficultés techniques et juridiques (quelles interventions, quels séjours, caractère conventionnel ou simple information, etc.) qui en limiteront sans doute la portée. Je trouve néanmoins que c'est une piste digne d'intérêt.

07.05 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, dank u voor het terecht uitvoerige antwoord; het betreft nu eenmaal een heel belangrijke discussie.

U hebt gezegd dat er een studie op RIZIV-niveau bestaat met een aantal actoren samen. Het is belangrijk om de resultaten daarvan te kennen, maar ik veronderstel dat u het Parlement feedback hierover zult geven. U knikt ja. Dat is goed.

U zegt ook dat er binnenkort in het Parlement een wetsontwerp op de agenda zal komen om de toegankelijkheid voor de patiënt te garanderen. Hiermee geeft u het signaal dat u wat fout loopt op het terrein, kort zult sluiten. Als bepaalde ziekenhuizen zich inderdaad niet aan de regels houden, moeten ze maar gesanctioneerd worden.

U hebt het over het herbekijken van de financiering en dat is terecht, want dan zullen dergelijke praktijken niet meer voorkomen.

Tegelijkertijd zegt u ook dat er een herverdeling is geweest over alle ziekenhuizen. Het kan niet dat een patiënt voor dezelfde ingreep in de ene kliniek meer moet betalen dan in de andere. Dat gaat mijn en wellicht eenieders petje te boven. Dat is onlogisch en moet worden rechtgezet. Ik hoop dat u daar werk van tracht te maken in het wetsontwerp.

Transparantie is belangrijk om als patiënt sterk te staan. Het laatste waar men aan denkt als men een ziekenhuis binnengaat, is wat dat zal kosten. Als men weet welk hospitaal te veel aanrekent voor dezelfde zorg in vergelijking met andere instellingen, kan de patiënt een bewuste keuze maken. Zodra er transparantie is, zullen ziekenhuizen zich veel correcter opstellen tegenover de patiënten. Nu weet men in de ziekenhuizen dat de kosten voor ingrepen een onduidelijk kluwen zijn en dat men al professioneel met de zaak moet bezig zijn om te weten wat ingrepen kosten. Te veel ziekenhuizen maken nog misbruik van de onwetendheid van de patiënten.

Mevrouw Van Moer stelt dat een en ander te wijten is aan de regels. Ik heb evenwel jarenlang op studiediensten gewerkt en gezien dat het soms echt van de arts zelf afhangt, ongeacht de geldende regel, of er al dan niet supplementen worden gevraagd. Met meer transparantie bewijst men de patiënt een heel grote dienst.

07.06 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, c'est une bonne nouvelle puisque la facture diminue.

Si j'ai bien compris, il reste 20 mauvais élèves.

À chaque fois, je vous entends et je suis rassuré car je connais bien votre préoccupation permanente de faciliter l'accès des patients citoyens aux soins de santé dans les hôpitaux.

Par ailleurs, madame la ministre, sachez que j'aurai à cœur – et je ne serai pas le seul – de soutenir ce projet concernant la suppression des suppléments des honoraires, d'autant plus que si vous vous en souvenez, j'avais déposé une proposition dans ce sens.

07.07 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, ik verneem dat u de financiering van de ziekenhuizen opnieuw wilt bekijken en dat u een wetsontwerp in voorbereiding hebt om hier te bediscussiëren. Ik kijk erg uit naar de discussies hieromtrent in het Parlement.

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

07.08 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, j'avais dit que je devais partir à 17 h 00.

Je propose de traiter rapidement les questions de Mme Warzée (n° 13742), Mme Van Moer (n° 13746) et M. Seminara (n° 13757). Ce sont de petites réponses et j'espère que les questions seront résumées. Nous arrêtons alors et nous aurons traité une bonne partie de l'agenda.

08 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la norme minimale de médecins de garde" (n° 13742)

08 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de minimumnorm inzake geneesheren met wachtdienst" (nr. 13742)

08.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, vous vous êtes régulièrement exprimée dans la presse au sujet de la pénurie de médecins généralistes. Cette réalité est inquiétante pour la capacité de notre gouvernement à faire face à ses devoirs en matière de santé publique, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. De 236 communes en pénurie en 2011, ce chiffre a pratiquement doublé en 6 ans.

Vous avez avancé plusieurs pistes pour faire face à ce problème. L'une d'entre elles prévoit de revoir la norme minimale de médecins de garde de 1 pour 30 000 habitants à 1 pour 100 000 habitants.

N'est-ce pas une perspective qui risque d'alourdir encore leur travail si l'on considère que de plus en plus de femmes exercent dans ce domaine, d'une part, et que 30 % des médecins quittent cette profession après 5 ans, d'autre part?

Sur base de quels critères cette multiplication de la norme par trois est-elle avancée?

Récemment, le docteur de Wever s'est exprimé sur les antennes plaidant, non pas pour une formule de nombre de médecins par habitant, mais plutôt pour un calcul sur la force de travail, c'est-à-dire en prenant compte le cadastre actif des médecins. Qu'en pensez-vous?

La profession de médecin généraliste revêt des réalités toutes différentes dans les zones rurales. Dans les provinces de Namur et de Luxembourg, où la densité de population est de 24 à 109 habitants par km², la réalité est tout autre que dans des zones où elle peut aller jusqu'à 23 000 habitants au km².

Partant de ce constat, pourriez-vous nous expliquer si cette norme à venir tiendra compte de cette spécificité des zones rurales où les distances à parcourir par les médecins de garde sont de facto plus importantes?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, la réduction du nombre minimum de médecins de garde se base sur la dernière étude du KCE qui montre, par exemple, qu'il n'y a que un ou deux appels pour 100 000 habitants entre 23 h 00 heures et 07 h 00 du matin. Cette opération permettra de réduire le nombre de gardes que chaque médecin doit effectuer dans une entité et, surtout, d'éviter qu'un médecin doive rester de garde alors qu'il ne recevra presque aucun appel. Toutefois, les cercles qui le désirent pourront continuer à organiser leurs gardes avec un médecin pour 30 000 habitants s'ils estiment que c'est

la meilleure façon de travailler pour leur région.

En ce qui concerne le cadastre des pratiques, mes services ont déterminé les forces de travail effectives de la médecine générale. Autrement dit, ils ont tenu compte du nombre de médecins généralistes actifs et des temps de travail de chacun. C'est sur ces données que la réflexion sur l'avenir de la profession de médecin généraliste se construira. Enfin, chaque cercle est responsable pour l'organisation de la garde selon les spécificités de son territoire, que ce soit pour la création de postes médicaux ou de garde ou pour le nombre de médecins de garde. Ce sont les acteurs du terrain qui connaissent le mieux la spécificité de leur population, de leur région et qui sont les mieux placés pour organiser au mieux les gardes.

Pour ma part, je mets à disposition de ces acteurs des outils et des règlements efficaces et appropriés pour qu'ils puissent ensuite librement s'organiser.

08.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. Comme vous l'avez précisé, ce sont les cercles qui sont les mieux à même de voir quels sont les besoins du terrain et qui doivent donc, avec votre aide, prendre des initiatives. Dans ce cadre, je relève que les postes de garde mis en place depuis un certain nombre de mois permettent une optimisation du travail des médecins. Ils doivent en effet effectuer beaucoup moins de trajets, puisqu'on essaie de favoriser l'accès des patients à ces postes de garde.

Une évaluation ou un canevas spécifique sont-ils prévus afin d'essayer d'augmenter le nombre de postes de garde?

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: En ce qui concerne la garde, nous sommes en train d'organiser avec le cercle des médecins généralistes un grand colloque-table ronde avec l'ensemble des Régions pour examiner les besoins, la meilleure façon d'y répondre, la place du 1733, la place des hôpitaux, celle des postes de garde, etc.

08.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Il est important aussi d'effectuer une évaluation après un certain nombre de mois.

08.06 Laurette Onkelinx, ministre: Tout à fait.

08.07 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Je vous remercie.

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

08.08 Laurette Onkelinx, ministre: Madame, vous avez une question jointe inscrite au point 37 puis vous me bombardez de questions (les points 39 à 43 de l'ordre du jour). N'y a-t-il pas quelques questions auxquelles je pourrais vous répondre par écrit?

08.09 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Ce sont des questions inscrites depuis longtemps.

08.10 Laurette Onkelinx, ministre: Justement! Elles sont moins d'actualité.

C'est comme vous voulez; je ne peux pas vous obliger mais cela fait beaucoup de questions. Et si vous déposez des nouvelles questions pour la prochaine réunion, je ne pourrai y répondre car celles-ci auront la priorité.

Si vous en voyez l'une ou l'autre que l'on pourrait transformer en question écrite, n'hésitez pas!

08.11 Valérie Warzée-Caverenne (MR): C'est le cas de la question inscrite au point 42 de l'ordre du jour, la question n° 14033.

08.12 Laurette Onkelinx, ministre: Une c'est une. Je vous transmets la réponse.

09 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 "de

gezondheidsapplicaties op smartphones" (nr. 13746)

09 **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 "les applications santé pour téléphones intelligents" (n° 13746)**

09.01 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mevrouw de minister, in mei heb ik al een vraag gesteld over het gevaar van de gezondheidsapplicaties op smartphones. Dit zijn kleine softwareprogramma's waarmee men een bepaald aspect van zijn gezondheid kan opvolgen. Intussen bestaan er al meer dan 21 000 van dergelijke applicaties, waarvan de ene echter minder onschuldig is dan de andere.

Vorige maand is bovendien de app "apotheker van wacht" verschenen, waarmee men de dichtstbijzijnde apotheker kan vinden. Ik citeer ter zake de website apotheek.be, een informatiesite met betrouwbare gezondheidsinformatie: "De Apothekersvereniging wil daarmee tegemoetkomen aan de nieuwe behoeften van sommige patiënten, die steeds vaker zelf op het net op zoek gaan naar gezondheidsinformatie."

Er bestaat geen overheidsregulering voor deze apps. Vorige keer hebt u enkel gewezen op de bewustmakingscampagnes "Geneesmiddelen via internet? Surf niet met uw gezondheid!" en "Een geneesmiddel is geen snoepje!" van het FAGG en de HONcode, een ngo die geaccrediteerd is door de Verenigde Naties.

In het buitenland zijn er wel al verdere stappen ondernomen. In Nederland, bijvoorbeeld, is de discussie over een apart keurmerk voor deze applicaties volop aan de gang. In de Verenigde Staten bestaat een goedgekeurde app die zelfs bijkomende gegevens naar de arts kan sturen.

Vorige keer hebt u aangegeven dat er steekproefsgewijs controles zullen worden uitgevoerd. Ik wil graag van u weten of er al steekproeven zijn uitgevoerd. Zo ja, hebt u al enig zicht op de resultaten ervan? Zo nee, is er een planning uitgetekend? Hoe staat u tegenover verdere maatregelen, bijvoorbeeld een apart keurmerk?

09.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Wat het internet betreft, is het recht van het land van de serviceprovider van toepassing. Onze controlediensten komen tussen als de provider die de wettelijke bepalingen overtreedt in België is gevestigd. Als de provider in de Europese Unie is gevestigd, wordt een beroep gedaan op de regelingen voor administratieve samenwerking tussen de lidstaten. Wanneer de provider buiten de Europese Unie is gevestigd, zijn de actiemogelijkheden beperkter. In dat geval dient het land waar de provider gevestigd is de nodige stappen te ondernemen.

Het FAGG blijft deze problematiek opvolgen en heeft meermaals ingegrepen na klachten tegen websites waarvan de provider in België was gevestigd. Het FAGG verkiest de strategie van het aanwakkeren van de kritische geest van het publiek ten opzichte van informatie over gezondheid die op het internet toegankelijk is. Het zal daarom zijn eigen informatiebronnen voor het publiek verder blijven uitbreiden, om zelf tot een referentie uit te groeien. De invoering van een kwaliteitslabel is eveneens een optie waarvan het FAGG de ontwikkelingen in het buitenland blijft opvolgen.

In zijn campagnes vestigt het FAGG de aandacht op de HONcode omdat dat een internationaal initiatief is. Het FAGG is zelf niet van plan om in de nabije toekomst een dergelijke code te ontwikkelen op Belgisch niveau, maar is veeleer voorstander van een initiatief op Europees niveau. Te veel labels zouden aanleiding kunnen geven tot verwarring, waardoor internetgebruikers die niet meer zouden kunnen herkennen. Volgens het FAGG is dat een gevaar, en volgens mij ook.

09.03 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mevrouw de minister, vooral dat laatste zinnetje stelt mij een beetje gerust. Uiteindelijk is het internet heel moeilijk controleerbaar. Er zijn ondertussen reeds 21 000 sites waarop medisch advies kan worden opgevraagd, dat is zeer veel.

Ik wil toch nog de waarschuwing meegeven dat niet iedereen dezelfde kritische geest heeft. Op een of andere manier zou ik willen aanraden om toch iets van controle in te voeren of om na te denken over die labels. Als dit op Europees niveau kan geregeld worden, zijn wij reeds op weg. Het moet toch opgevolgd worden, want computers laten beslissen over onze gezondheid is gevaarlijk.

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 "les tests génétiques en vente libre en Belgique" (n° 13757)

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 "de in België vrij verkrijgbare genetische testen" (nr. 13757)

10.01 Franco Seminara (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le Conseil Supérieur de la Santé a récemment publié un avis relatif à la vente libre de tests génétiques. Ces tests sont aujourd'hui de plus en plus nombreux et de plus en plus faciles d'accès. En effet, pour quelques dizaines ou centaines d'euros – selon les cas –, une multitude de tests génétiques (test de paternité, d'ADN, d'évaluation des risques liés à une maladie comme le cancer, l'obésité, le diabète, etc.) sont aujourd'hui directement à la disposition des consommateurs, et ce notamment via internet.

Les experts du CSS mettent en garde contre l'éventuelle instrumentalisation que des tiers (assureurs, employeurs, agences d'adoption, etc.) pourraient faire de ce genre de tests lorsque, par exemple, la confidentialité des résultats n'est pas garantie.

Le Conseil insiste également sur les conséquences psychologiques que les résultats de tels tests peuvent avoir.

Enfin, le Conseil rappelle que les résultats de ces tests n'ont aucune validité clinique, que le consommateur n'a aucune garantie quant à la qualité du test.

Dans ce cadre, madame la ministre, que vous inspirent les recommandations émises en la matière par le Conseil Supérieur de la Santé?

Selon le CSS, contrairement à l'Allemagne, la Suisse, le Portugal ou encore la France, notre législation serait déficiente. Qu'en pensez-vous?

Enfin, la prévention et l'information destinées au grand public me semblent absolument nécessaires. Des campagnes en la matière ont-elles déjà été menées ou pourraient-elles l'être prochainement?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: L'apparition du *Direct Consumer Genetic Testing* est un phénomène relativement récent. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a fait part de préoccupations et de certains problèmes à son sujet. Certains d'entre eux ont également été soulevés par le Conseil national de l'Ordre des médecins et le *European Academies Science Advisory Council*. En résumé, la documentation sur la validation analytique et l'utilité clinique de ces tests n'est pas suffisante. Il n'existe pas d'information sur la qualité des analyses; aucun suivi médical personnalisé n'est prévu; la procédure d'information et de consentement du patient n'est pas claire.

Le CSS rappelle clairement qu'il n'y a pas, pour l'instant, en Belgique, de cadre légal et réglementaire pour ces tests. Le Conseil souligne que ces tests relèvent du domaine de l'exercice de l'art de guérir, tel que décrit dans l'arrêté royal 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. En d'autres mots, selon le CSS, il faut qu'il y ait toujours un médecin qui soit concerné par cette forme de recherche. Il est encore souligné qu'au niveau européen, la directive *In Vitro Diagnostics*, dont relève aussi le *Direct Consumer Genetic Testing*, doit être revue. Les débats, au niveau européen, sur cette régulation, sont suivis de très près et cette législation européenne pourrait finalement constituer la base pour la régulation de DCT en Belgique.

Je vous rejoins sur le fait qu'une information publique est nécessaire. Je souligne que cette information existe déjà. Les informations pour le public sur le DCT se trouvent au CSS, au Conseil national de l'Ordre des médecins et au *European Academies Science Advisory Council*. Il y a aussi une publication récente de la Commission européenne sur les *Genetic Tests for Health Purpose*. Je vous en donnerai l'adresse internet; je vais toutefois demander au CSS et au Collège de génétique humaine de notre SPF Santé publique, de voir comment le public peut être le mieux informé possible.

10.03 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, je vous remercie sincèrement car la sensibilisation et la prise de conscience sont nécessaires. Le travail en ce sens se poursuit.

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

*La réunion publique de commission est levée à 17.28 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.28 uur.*