

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

MERCREDI 5 JUIN 2013

WOENSDAG 5 JUNI 2013

Après-midi

Namiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.26 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Maya Detiège.

Le développement des questions et interpellations commence à 14.26 heures. La réunion est présidée par Mme Maya Detiège.

De **voorzitter**: Vraag nr. 17246 van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu is uitgesteld.

01 Questions jointes de

- M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la surveillance des médicaments au sein de l'Union européenne" (n° 17300)

- 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 tétrazépam" (n° 17728)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de geneesmiddelenbewaking in de Europese Unie" (nr. 17300)

- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "tétrazépam" (nr. 17728)

01.01 Franco Seminara (PS): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC – Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) de l'Agence européenne des médicaments (EMA), mis en place en juillet 2012, vient de recommander la suspension de tout médicament à base de tétrazépam.

En Belgique, trois médicaments contenant cette molécule sont actuellement commercialisés. Destinés à traiter les spasmes musculaires douloureux, ils sont principalement utilisés par les patients atteints de maladies rhumatologiques. Le dossier du tétrazépam doit maintenant être examiné par le Groupe de coordination pour les procédures de reconnaissance mutuelle et décentralisées des médicaments à usage humain (CMDh – Coordination Group for Mutual Recognition and Decentralised Procedures – Human).

Les conclusions de cette instance regroupant des représentants de toutes les agences nationales du médicament des États membres devaient être rendues publiques fin avril 2013. Cette étape est la dernière avant l'avis définitif de la Commission européenne sur le sujet.

Dans ce cadre, monsieur le secrétaire d'État, concernant les médicaments contenant cette molécule, l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) a-t-elle reçu ces dernières années le signalement d'effets indésirables graves?

Cette réévaluation intervient dans le contexte d'une procédure d'arbitrage européenne initiée par la France. En 2012, 2011 et 2010, combien de demandes de réévaluation de la balance bénéfico-risque ont-elles ainsi

été introduites auprès de l'EMA? Combien à l'instigation de la Belgique?

01.02 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, le PRAC a étudié, très récemment, les données de sécurité du tétrazépam. Il a conclu que cette substance était associée à un risque accru de réactions cutanées graves, en comparaison avec d'autres benzodiazépines. Il a recommandé de suspendre les autorisations de mise sur le marché des médicaments contenant du tétrazépam.

L'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé précisait alors que les autorisations de mise sur le marché des médicaments contenant du tétrazépam n'étaient pas suspendues et que la décision finale était en attente, la recommandation devant être étudiée au niveau européen par le CMDh. L'Agence précisait également qu'il n'y avait pas de raison que les patients interrompent brutalement leur traitement.

Le 29 avril, le CMDh a approuvé la recommandation du PRAC. Il confirme que les bénéfices de ces médicaments ne dépassent pas les risques et considère que les autorisations de mise sur le marché doivent être suspendues en Europe.

Monsieur le secrétaire d'État, avez-vous pris connaissance de la position du CMDh? Avez-vous eu des contacts avec l'AFMPS pour déterminer la position de la Belgique à l'égard de ces produits? Comptez-vous prendre des mesures avant l'adoption d'une législation européenne, étant donné qu'il existe actuellement en Belgique trois spécialités à base de tétrazépam qui sont disponibles sur prescription médicale? Dans l'affirmative, pourriez-vous préciser ces mesures?

01.03 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la présidente, monsieur Seminara, madame Schyns, je vais répondre avec plaisir au nom de ma collègue, la ministre de la Santé.

En ce qui concerne l'évaluation au niveau européen, la ministre a été informée de la position du Groupe de coordination pour les procédures de reconnaissance mutuelle et décentralisées dont la majorité des membres a confirmé la recommandation du Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance de suspendre l'autorisation de mise sur le marché des médicaments contenant du tétrazépam.

L'AFMPS suit ce dossier de près et est d'ailleurs rapporteur au niveau du PRAC de l'Agence européenne des médicaments pour cette évaluation.

Dès la publication de la recommandation du PRAC, l'AFMPS a publié sur son site un communiqué informant des mesures de minimisation des risques de réaction cutanée grave à adopter dans l'attente d'une prise de position du CMDh et, en l'absence de consensus au sein de ce groupe, de la décision de la Commission européenne. À la suite de la position du CMDh, l'AFMPS a de nouveau publié sur son site un communiqué relayant cette position.

Dans l'attente d'une décision finale, les mesures de minimisation des risques restent d'application. Il faut néanmoins rappeler que le risque de réaction cutanée grave est très rare.

En Belgique, trente-six notifications d'effets indésirables ont été répertoriées entre 1998 et 2013 pour le tétrazépam. Elles se répartissent comme suit: vingt effets non graves dont douze à caractère cutané, seize effets graves dont cinq à caractère cutané. Aucun décès n'a été rapporté. Le PRAC de l'EMA, qui a été créé en juillet 2012, a été chargé cette même année d'examiner six procédures d'arbitrage visant à la réévaluation de la balance bénéfice/risque d'un médicament ou d'une classe de médicaments. Aucune n'a été initiée par la Belgique.

01.04 Franco Seminara (PS): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, je me réjouis de ces informations rassurantes et vous en remercie.

01.05 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, on peut se dire que les cas graves sont rares. Néanmoins, il faut rester attentif à la décision que prendra la Commission européenne en ce domaine.

Je vous remercie, monsieur le secrétaire d'État.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 17405 van mevrouw Sminate wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

02 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 mise en place de la profession d'hygiéniste dentaire" (n° 17454)

02 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 invoering van het beroep van mondhygiënist" (nr. 17454)

02.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le secrétaire d'État, dans certains pays, dont la Suisse ou le Canada, par exemple, existe la profession d'hygiéniste dentaire qui consiste à permettre à des patients de tous âges de maintenir ou de retrouver leur santé bucco-dentaire. Les hygiénistes dentaires peuvent exercer dans des cabinets dentaires privés, dans des homes, des hôpitaux, etc. Ils sont formés, non pas pour se substituer aux dentistes généralistes et spécialistes, mais pour les décharger de certaines tâches et missions: information au patient pour prévenir les maladies bucco-dentaires, conseils alimentaires en rapport avec la santé buccale, examens cliniques, prises de radiographies, polissage des dents, détartrage, etc.

Monsieur le secrétaire d'État, est-il exact qu'un avant-projet de loi en vue de créer la profession d'hygiéniste dentaire est en préparation? Dans ce cadre, avez-vous reçu l'avis de la Société de Médecine Dentaire? Le cas échéant, que dit-il? Si non, quels autres avis allez-vous solliciter?

Dans l'hypothèse où vous travaillez à la mise en place d'une telle profession, avez-vous contacté les entités fédérées, notamment pour le volet formation?

02.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la présidente, madame la députée, voici la réponse de ma collègue, Mme Onkelinx.

Le 19 mars dernier, le Conseil de l'Art dentaire a émis un avis sur la création d'une nouvelle profession: l'assistant en soins bucco-dentaires. L'avis a été préparé par un groupe de travail du Conseil, qui s'est réuni quatre fois entre juillet 2012 et février 2013. L'avis se trouve en ce moment au service juridique du SPF Santé publique, qui doit analyser l'impact de la création de cette nouvelle profession sur la législation. Le projet n'a pas encore été transmis au cabinet de la ministre Onkelinx.

La Société de Médecine Dentaire est représentée dans le Conseil de l'Art dentaire et a approuvé l'avis. Un membre de la Société faisait également partie du groupe de travail et a collaboré activement à la rédaction de cet avis.

Le Conseil s'est prononcé sur les différents aspects de la nouvelle profession. Il y a en premier lieu une description détaillée des compétences de l'assistant en soins bucco-dentaires et le Conseil s'est aussi prononcé sur la durée de la formation, mais pas sur son contenu. Le Conseil s'est enfin prononcé sur le nombre nécessaire d'assistants en soins bucco-dentaires.

Dès que la ministre aura reçu cet avis et qu'elle aura pu en évaluer la teneur, elle se concertera, le cas échéant, avec les ministres compétents au niveau communautaire.

Enfin, elle tient à signaler que dans le cadre de l'accord dento-mut 2013-2014, la Commission nationale s'est aussi montrée favorable à ce genre d'initiative.

02.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Merci, monsieur le secrétaire d'État, pour ces informations. Vous n'avez pas évoqué de délai éventuel avant la présentation du projet au parlement. Nous attendrons et reposerons la question, le cas échéant, avant la fin de l'année.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 17579 van mevrouw Dierick wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

Vraag nr. 17705 van de heer Clarinval wordt uitgesteld.

03 Questions jointes de

- 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 "la reconnaissance de la fibromyalgie" (n° 17771)

- Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la fibromyalgie" (n° 17809)

- 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 fibromyalgie" (n° 17844)

- Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la fibromyalgie" (n° 17901)

- 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 rencontrées par les patients souffrant de fibromyalgie" (n° 17929)

03 Samengevoegde vragen van

- de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenning van fibromyalgie" (nr. 17771)

- mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "fibromyalgie" (nr. 17809)

- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "fibromyalgie" (nr. 17844)

- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "fibromyalgie" (nr. 17901)

- 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 waarmee fibromyalgiepatiënten worden geconfronteerd" (nr. 17929)

03.01 Damien Thiéry (FDF): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, j'ai déjà interrogé à plusieurs reprises la ministre de la Santé au sujet de la fibromyalgie. Ma dernière question date du mois de janvier dernier. À l'époque, elle m'avait indiqué que de nouvelles dispositions visant à une meilleure organisation de la prise en charge de la douleur chronique résultant notamment de la fibromyalgie étaient en cours de concrétisation et entreraient en vigueur le 1^{er} juillet 2013.

La mise sur pied d'équipes de soutien algologique obligatoires dans tous les hôpitaux et le financement de centres de traitement de la douleur assimilant la deuxième et la troisième lignes devraient voir le jour. Par ailleurs, elle m'avait également signalé avancer vers la création d'un statut de malade chronique qui devrait permettre de cibler les catégories de bénéficiaires auxquels certains droits seront accordés automatiquement, notamment l'application du tiers payant pour toutes les prestations de santé.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous me confirmer l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2013, des mesures proposées par la ministre? Pouvez-vous me dire si, depuis ma dernière intervention du mois de janvier, le statut de malade chronique a pu évoluer? Il faut rencontrer des personnes atteintes de cette pathologie pour se rendre compte à quel point ce statut doit être amélioré.

03.02 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, en avril 2011, la Chambre des représentants approuvait une proposition de résolution dont j'étais l'auteur. L'objectif global de ce texte était de travailler à une meilleure prise en charge des patients souffrant de fibromyalgie.

Si du côté des soins de santé, notamment en matière de prise en charge de la douleur chronique, la ministre de la Santé a œuvré à l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes, d'importantes mesures ont également été prises pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé, notamment via le programme "Priorité aux malades chroniques".

Malgré ces avancées et le focus médiatique mis sur ces patients souffrant jusqu'à présent d'un syndrome fort méconnu, il demeure que certains peinent encore à établir de bonnes relations avec leur médecin-

conseil. En effet, il n'est pas rare que des personnes souffrant de fibromyalgie se plaignent de l'attitude a priori réfractaire des médecins-conseils envers le syndrome même de la fibromyalgie.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous me dire quelle suite a été donnée au point 5 de la proposition de résolution que je viens de citer ayant trait à la sensibilisation à ce syndrome des prestataires de soins et, plus spécifiquement, des médecins-conseils?

La possibilité est donnée au patient d'adresser un recours contre une décision du médecin-conseil auprès du tribunal du travail. Disposez-vous d'informations sur l'usage de cette voie de recours par des patients souffrant de fibromyalgie en comparaison avec les patients souffrant d'autres pathologies, d'une part, et concernant l'issue de ces procédures ainsi engagées, d'autre part?

03.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, comme notre collègue vient de le dire, une résolution a été votée le 28 avril 2011. Elle se déclinait en huit lignes directrices pour atteindre son objectif.

Malheureusement, force est de constater que de nombreux témoignages nous reviennent encore sur la méconnaissance de cette maladie et en particulier sur les attitudes très négatives des médecins-conseils à l'égard de ces patients.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous énumérer les actions que votre collègue a entreprises par rapport à la fibromyalgie? Des actions spécifiques ont-elles été menées à l'égard des médecins-conseils en particulier? Une campagne d'information sur la fibromyalgie auprès des médecins généralistes et spécialistes, des médecins-conseils et de la prévoyance sociale ainsi que de l'ensemble des acteurs de la santé a-t-elle été menée afin de favoriser la précocité des diagnostics et d'améliorer la qualité de prise en charge?

03.04 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, je ne vais pas répéter tout ce qui a déjà été dit. Il est clair qu'on se rend bien compte, sur le terrain, que beaucoup de patients souffrent de difficultés au quotidien: le manque de connaissances et de reconnaissance par le corps médical, les mutuelles, l'INAMI; la difficulté d'être pris en charge par un centre multidisciplinaire de la douleur qui reconnaît la fibromyalgie – les délais de rendez-vous sont parfois de plus d'un an; tout ceci, en plus des difficultés liées à la maladie elle-même.

Monsieur le secrétaire d'État, pourriez-vous faire un état des lieux de ce qui a été réellement mis en place pour faciliter le quotidien des patients souffrant de fibromyalgie, par rapport à la reconnaissance du syndrome et de la réalité vécue par les patients?

Mme Warzée a parlé des médecins-conseils; cela figurait également dans ma question. Il y a aussi la question de la prise en charge au sein de structures multidisciplinaires offrant des soins adaptés et de qualité. Ce qui a été mis en place a-t-il fait l'objet d'une évaluation? Cela sera-t-il poursuivi? Des mesures supplémentaires sont-elles prévues?

03.05 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, voici la réponse de Mme Onkelinx.

Tout d'abord, Mme la ministre peut vous confirmer que la date du 1^{er} juillet reste d'actualité pour les mesures de réforme de l'organisation de la prise en charge de la douleur auxquelles vous faites référence.

Pour rappel, il s'agit ici d'un budget total de 17 millions qui s'inscrit dans la structuration de l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique dans les hôpitaux. Ce budget sera octroyé à la réalisation ou à la prolongation de plusieurs initiatives, comme le financement d'équipes multidisciplinaires de la douleur, les centres multidisciplinaires de douleurs chroniques, la prise en charge de la douleur aiguë chez les enfants et les réseaux de partage de connaissances. Ces initiatives visent à développer une prise en charge plus optimale des patients, non seulement par des soins de meilleure qualité mais également par un désengorgement des centres.

Ensuite, l'objectif est toujours que le statut de malade chronique entre en vigueur en 2013. Le Comité de l'assurance de l'INAMI a souhaité qu'un groupe de travail spécifique soit mis en place afin de préciser les modalités d'application de ce statut. À la demande de la ministre, les bénéficiaires du statut se verront

octroyer, dès le 1^{er} janvier 2013, le maximum à facturer "malade chronique". Cela fera l'objet d'une disposition dans la loi-programme qui fait suite au contrôle budgétaire de mars 2013.

L'application obligatoire du tiers payant en faveur des bénéficiaires du statut est, quant à elle, prévue à partir de 2015. Celle-ci dépend en effet du développement de MyCareNet pour tous les dispensateurs de soins.

Pour répondre aux questions au sujet de la reconnaissance par notamment les médecins-conseils, la ministre tient à vous informer du fait qu'un groupe de travail constitué au sein du Conseil technique médical de l'INAMI a débuté ses travaux dans le courant du mois de mars 2013 afin de proposer des directives et des critères médicaux généraux en vue de résoudre les problèmes d'évaluation de l'incapacité de travail pour certains types de pathologies, comme la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique. Ces critères et directives sont destinés à aider les médecins-conseils dans l'évaluation de l'incapacité de travail des patients atteints de ces pathologies.

Ce groupe de travail devrait terminer ses travaux et formuler des propositions concrètes pour la fin de cette année. Ces propositions seront ensuite soumises, au début de l'année prochaine, au Conseil médical de l'invalidité institué auprès de l'INAMI qui est compétent pour fixer ces directives. Dans un but de transparence et d'amélioration de la prise en charge des patients, ces directives pourraient être mises à la disposition des universités afin d'améliorer la formation des médecins généralistes.

Ni l'INAMI, ni les organismes assureurs ne disposent d'informations au sujet du nombre de recours introduits devant le tribunal de travail, ni sur les suites des procédures ainsi engagées.

En ce qui concerne les actions spécifiques entreprises par rapport à la fibromyalgie, la ministre répète que le plan "Maladies chroniques" ne se réfère pas à une liste de pathologies chroniques mais fixe les conditions qui traduisent la volonté d'octroyer ce forfait aux malades chroniques qui se trouvent dans les situations de dépendance.

Le rôle du médecin-conseil est d'évaluer l'état d'incapacité de travail sur la base du retentissement des lésions et troubles fonctionnels sur la capacité de gains de l'assuré social en fonction des professions que l'assuré social a exercées ou pourrait exercer de par son parcours professionnel, ses études et ses formations.

Il n'évalue donc pas la situation sur base d'une liste de maladies reconnues ou non reconnues. Cela n'implique pas non plus qu'un médecin-conseil ne reconnaisse pas la fibromyalgie ni les souffrances que cette pathologie engendre.

Les patients qui souffrent de fibromyalgie ont droit, comme tous les bénéficiaires de l'assurance maladie-invalidité, à la prise en charge des consultations des médecins spécialistes, des examens effectués dans le cadre de la mise au point diagnostique et du suivi de la maladie. Les traitements peuvent être assurés au sein des centres de référence "douleurs chroniques". Les traitements de kinésithérapie et la prise en charge psychologique y sont assurés et financés par une convention spécifique conclue entre l'INAMI et les centres.

03.06 Damien Thiéry (FDF): Monsieur le secrétaire d'État, pour cette question, il aurait mieux valu que nous ayons la ministre en face de nous car elle nous a déjà annoncé pas mal de choses.

Je prends note qu'à partir du 1^{er} juillet, les nouvelles dispositions viendront compléter l'arsenal. À l'heure actuelle, on constate que, même si les médecins-conseils peuvent reconnaître l'état des personnes sans pour autant reconnaître une pathologie en tant que telle, ces personnes perdent leur travail et s'adressent à l'INAMI; une fois que le médecin-conseil accepte la pathologie, on constate que, six mois après, c'est l'INAMI qui empêche ces personnes de continuer à disposer des ressources nécessaires. Entre ce qu'il se passe sur le terrain et la réalité de la législation actuelle, il y a vraiment un gouffre!

Nous demandons de mieux prendre en considération la problématique de ces patients fibromyalgiques pour être certains qu'ils puissent continuer à avoir accès aux soins de santé et pour qu'ils ne soient pas automatiquement éjectés de leur travail ou éjectés de l'INAMI.

03.07 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour vos réponses claires. Il faut surtout espérer que la sensibilisation des médecins-conseils confrontés à ces patients sera efficace car il y a trop de plaintes au sujet des difficultés que vivent ces derniers.

03.08 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, merci pour vos réponses.

Ainsi que l'ont dit les collègues, les patients sont en attente de résultats concrets. Il est donc temps qu'un geste soit posé du côté de la ministre. En effet, au niveau politique, un geste a déjà été posé en 2011 et vous avez cité un groupe de travail qui a débuté en mars 2013. C'est bien, mais il conviendrait d'avancer dans le concret. Attendre deux années pour mettre en place un groupe de travail me paraît constituer une fameuse perte de temps. Qu'est-ce qui a été fait durant cette période?

Bien sûr, même si l'état est reconnu, c'est particulièrement la prise en charge qu'il convient d'assurer afin que les personnes soient soignées pour une pathologie spécifique, reconnue tant par leur médecin que par leur employeur.

03.09 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la présidente, veuillez excuser mon retard. Je me joins à mes collègues pour demander que, sur le terrain, les choses changent. Les témoignages que nous avons reçus montrent que la reconnaissance de la maladie n'est pas du tout partagée par les praticiens, que faire reconnaître une invalidité au travail est un véritable chemin de croix et que le soulagement attendu par les patients à la suite du vote de notre résolution parlementaire n'est pas satisfaisant. J'entends que la ministre a pris des mesures mais il faut qu'elles se concrétisent.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 17789 van mevrouw Van Moer wordt uitgesteld. Vraag nr. 17833 van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

Ik stel voor dat we punt 15, de samengevoegde vragen van de dames Warzée-Caverenne, De Bont en Schyns, even uitstellen tot mevrouw Schyns terug in de commissie is. Kunnen de commissieleden daarmee akkoord gaan? (*Instemming*)

Vraag nr. 17923 van de heer Schiltz wordt uitgesteld.

04 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 opérations de la cataracte" (n° 17930)

04 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 "cataractoperaties" (nr. 17930)

04.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, les opérations liées au traitement de la cataracte sont aujourd'hui très répandues. Elles se pratiquent généralement sous anesthésie locale et en hospitalisation de jour. En moyenne, 10 % des Belges de plus de 65 ans souffrent de cette pathologie.

Une étude récente publiée par Test-Achats met cependant en lumière une large disparité de pratiques dans la prise en charge de ce traitement. Les coûts d'hospitalisation sont les premiers éléments à relever. Que l'on choisisse une chambre simple ou double, dans un hôpital bruxellois ou plus éloigné, et un médecin conventionné ou non, les prix vont jusqu'à 1 500 euros de suppléments d'honoraires à charge du patient pour cette même opération de la cataracte.

Le second élément identifié comme problématique est celui du délai d'attente. L'enquête révèle des délais d'attente avant l'opération d'en moyenne 61 jours dans les hôpitaux et de 29 jours dans les cabinets privés. Test-Achats et les Mutualités socialistes craignent dès lors que notre système de soins de santé ne devienne un système à deux vitesses.

Le troisième élément relevant est celui du matériel à implanter. Sept hôpitaux ont facturé des suppléments de matériel fort élevés, pour avoir utilisé des cristallins multifocaux sans raison évidente, selon l'étude. Les cristallins monofocaux, les plus souvent utilisés, seraient d'excellente qualité et beaucoup moins chers. Les patients sont-ils consultés à ce sujet et correctement informés?

Monsieur le secrétaire d'État, vous-même ou la ministre avez-vous pu prendre connaissance de cette étude et quelles remarques pouvez-vous y apporter? Quelles mesures comptez-vous prendre pour garantir un accès aux soins plus égalitaire dans les hôpitaux publics et les hôpitaux privés? De quelle façon allez-vous assurer qu'une information complète et fiable soit fournie aux patients?

04.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Chère collègue, voici la réponse de la ministre. L'étude de Test-Achats et des Mutualités socialistes a évidemment retenu son attention sur une série d'enjeux cruciaux. La ministre a pris soin de transmettre dans la semaine suivant la publication de l'étude ces éléments à Test-Achats.

S'agissant des suppléments d'honoraires en hôpital de jour, comme prévu par le nouvel article 150 de la loi sur les hôpitaux, la demande d'avis a été soumise à la Commission nationale médico-mutualiste le 14 mars 2013. Dans sa réponse, la commission a fait part de la bonne avancée des travaux. La ministre a décidé de laisser le temps au secteur de formuler une proposition qui bénéficie de l'accord des partenaires, médecins comme organismes assureurs. Les dispositions réglementaires seront prises afin d'encadrer les suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation de jour dans les chambres communes et à deux lits, comme c'est déjà le cas depuis le 1^{er} janvier 2013 pour les hospitalisations classiques.

S'agissant de l'information disponible pour le patient, une procédure de clarification de la déclaration d'admission a été lancée en ce début d'année afin d'améliorer l'information à destination du patient.

Cette concertation entre les différents acteurs du milieu hospitalier et les administrations (SPF Santé publique, INAMI) proposera des modifications pour la fin de l'année 2013. Parallèlement, un groupe de travail spécifique à la transparence en matière d'honoraires a été institué au sein de l'INAMI. Il rendra ses conclusions dans les semaines à venir. Sur la base de celles-ci, des adaptations réglementaires et/ou légales seront prises afin que l'information à destination du patient soit la plus claire possible.

S'agissant d'un nouveau cadre pour les cliniques privées, la question est actuellement à l'étude au sein de la cellule stratégique de la ministre et des pistes de solution pourront, espère-t-elle, être présentées bientôt. Ils sont donc conscients de la problématique et tentent d'y apporter une réponse efficace concertée et réfléchie le plus rapidement possible.

S'agissant enfin de la pénurie des ophtalmologues conventionnés, les ophtalmologues font partie des spécialités qui, historiquement, n'adhèrent pas à la convention médico-mutualiste. En 2013, plus de 58 % de demandes ont été rejetées. Il revient à la Commission nationale médico-mutualiste, où les mutualités sont représentées, de mieux prendre en compte les demandes des ophtalmologues dans le cadre des négociations en vue d'un accord médico-mutualiste. L'ensemble de cette problématique a donc fait l'objet d'une analyse complète et d'une réponse rapide.

04.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour votre réponse relativement complète, sauf peut-être sur les délais. J'entends bien que vous avez reçu le signal évoqué par Test-Achats. En effet, sur la question des suppléments d'honoraires, il faut certainement encore aller traquer les pratiques inéquitables. Sur la question de l'information du patient, il y a toujours moyen de faire mieux. C'est la raison pour laquelle je soutiens les efforts de la ministre en ce sens.

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

05 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het onderzoek van de in Wetteren na het treinongeval afgenomen bloedstalen" (nr. 17935)

05 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'analyse des échantillons de sang prélevés à la suite de l'accident ferroviaire de Wetteren" (n° 17935)

05.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de voorzitter, mijn vraag ging aanvankelijk over het uitstel van het onderzoek op de 1 700 bloedstalen die in de eerste fase werden genomen in Wetteren. Men wachtte toen op het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Die vraag werd al gedeeltelijk beantwoord in de plenaire vergadering.

Ondertussen zijn er nog een aantal berichten geweest over het al dan niet nemen van nieuwe bloedstalen. De bloedstalen werden opgeëist door het gerecht. De bevolking van Wetteren weet nog altijd niet waar zij aan toe is. Patiënten willen uiteraard zo vlug mogelijk uitsluitel over de mogelijke intoxicatie die eventueel aanleiding zou kunnen geven tot niernecrose of kanker, maar de artsen werden verhinderd hun patiënten correct te informeren.

Ik vroeg mij hierbij af of de fundamentele rechten van de patiënt door deze gang van zaken niet werden geschonden door de overheid. Gaf men met het afraden van het nemen van bloedstalen op een bepaald moment niet het teken dat men bang was voor de waarheid of dat men niet goed wist hoe men de zaak eigenlijk moest aanpakken? Of was men bang voor de financiële gevolgen, zowel van het onderzoek van de bloedstalen als van de ramp op zich?

Deze vraag werd al gedeeltelijk beantwoord, maar ik neem aan dat er bij een dergelijke ramp een breder onderzoek moet gebeuren. Wat gebeurt er eigenlijk met het onderzoek van die eerste bloedstalen? De patiënten kunnen hieraan zien of zij al dan niet werden blootgesteld aan nadelige stoffen? Wat moet er in het bloed precies worden gezocht? In welke hoeveelheid? Wat zou eventueel kunnen wijzen op een gevaar voor de gezondheid bij de inwoners van Wetteren en omgeving? Wat is eigenlijk momenteel de stand van zaken in de verschillende onderzoeken? Zullen de patiënten die inmiddels hun bloedstalen in het buitenland hebben laten onderzoeken, hiervoor ook worden vergoed?

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

05.02 Staatssecretaris **Philippe Courard**: Tijdens de plenaire vergadering van donderdag 16 mei werd de minister uitgebreid ondervraagd over de bloedstalen die werden en worden afgenomen naar aanleiding van het treinongeval in Wetteren. Zij nodigt u dan ook uit om in het verslag van die vergadering kennis te nemen van het antwoord op uw vragen.

De minister wil daar nog het volgende aan toevoegen.

De bedoeling van de bloedafnames die plaatsvonden in de dringende fase, was therapeutisch. Het risico, verbonden aan de toxiciteit van acrylonitril en in het bijzonder cyanide, moest geëvalueerd worden bij patiënten met symptomen, zodat zij indien nodig konden worden behandeld met een antidotum voor cyanide, namelijk cyanokit. Die doelstelling werd bereikt en de enkele patiënten die een behandeling nodig hadden, kregen die. De biologische analyses van bloed en urine die tijdens de tweede fase worden uitgevoerd, hebben als doelstelling om de blootstelling van drie bevolkingsgroepen en ook de reddingswerkers aan acrylonitril te meten en de risico's voor de bevolking op lange termijn te evalueren. Het gaat daarbij dus eerst en vooral om een biomonitoringstudie.

Uiteraard zullen wij, in het licht van de patiëntenrechten, erop toezien dat aan elkeen van de betrokken personen de persoonlijke resultaten zullen worden meegedeeld via de behandelende arts, die de betrokkenen ook zal kunnen helpen de resultaten te begrijpen en deze kan toevoegen aan het medisch dossier.

De analyses die werden georganiseerd door de Staat, zijn ten laste van de Staat. De andere analyses werden gerealiseerd met een therapeutische bedoeling en op aangeven van een arts. Voor de bevolking gebeurde dat in het kader van de volksgezondheid en de sociale zekerheid; voor de reddingswerkers gebeurde dat in het kader van de arbeidsgeneeskunde.

05.03 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de staatssecretaris, in de plenaire vergadering heb ik de vragen en antwoorden uiteraard heel aandachtig gevolgd. Ondertussen is er wel nog een en ander gebeurd. Men vraagt zich af of dat therapeutisch onderzoek bij alle patiënten mogelijk was. Op een gegeven moment werden de bloedstalen immers door het gerecht opgeëist. Gisteren verscheen in *De Standaard* nog het bericht van huisartsen die zeggen dat zij het niet meer kunnen volgen.

Daarom denk ik dat het van belang is dat dit nog eens heel duidelijk, zoals u het nu gezegd hebt, onder de aandacht gebracht wordt, zodat het onderscheid gemaakt wordt tussen het therapeutisch onderzoek en het breed, algemeen onderzoek. Misschien kan daarover nog eens extra gecommuniceerd worden, vooral in Wetteren zelf. Als de huisartsen het al niet kunnen volgen, neem ik aan dat men dat in de brede laag van de

bevolking ook niet kan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. Daniel Bacquelaine 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 dialyse à domicile" (n° 17314)

06 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "thuisdialyse" (nr. 17314)

06.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, l'accord gouvernemental de décembre 2011 stipulait "la prise de mesures adaptées afin d'encourager la dialyse à domicile chaque fois que cela est justifié sur le plan médical", en phase avec les conclusions du rapport du Kenniscentrum.

Comme vous le savez, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale coûte à l'État belge près de 500 millions d'euros par an et cet accord devait permettre de soulager à terme le budget de la santé, même si l'objectif principal est surtout de répondre aux attentes des patients, dont beaucoup souhaitent pouvoir bénéficier d'une dialyse à domicile.

Plusieurs pays d'Europe ont déjà pris des mesures pour favoriser et accroître les traitements par dialyse à domicile, car ces mesures vont dans l'intérêt de nombreux patients et permettent de réaliser des économies.

Votre note de politique générale pour 2013 précisait: "Il sera procédé à une révision globale du financement des soins spécialisés liés à l'insuffisance rénale de façon à générer une économie de 10 millions d'euros en effet annuel". D'où mes questions.

Pouvez-vous nous dire où en est la réforme prévue? Quelles sont les parties autour de la table? Quel est le timing prévu?

La réforme conduira-t-elle, conformément à l'accord du gouvernement, à un changement structurel du système de remboursement permettant le développement des techniques de dialyse alternatives à domicile ou va-t-elle impacter tous les traitements de dialyse de manière indifférenciée?

Envisagez-vous, comme le font beaucoup d'autres pays en Europe, de fixer des objectifs concrets pour la dialyse à domicile afin de traduire les bonnes intentions en véritables actions? À titre d'exemple, la France se fixe comme objectif 40 % de dialyses hors hôpital en 2016, dont 19 % en dialyses péritonéales. En Belgique, la dialyse péritonéale plafonne à 9 % du total des dialyses.

06.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Voici la réponse de Mme Onkelinx. La problématique de l'insuffisance rénale chronique doit être abordée dans sa globalité. Le groupe cible des patients va augmenter et aussi vieillir. En 2003, les plus de 75 ans en représentaient 21 %. En 2011, ils étaient 29 %.

Il faut porter une attention particulière à la prévention et à la détection. Il y a quelques années, au sein même de l'assurance maladie, des trajets de soins ont démarré. Une communication adéquate et une collaboration mutuelle est prévue dans un partenariat entre patient et bénéficiaire, médecin généraliste et médecin spécialiste.

Une fois que le diagnostic de l'insuffisance rénale terminale est posé avec indication d'un traitement de substitution rénal, le patient doit être aidé avec efficacité en tenant compte des circonstances concrètes et de ses préférences éventuelles. Il existe en effet différentes options thérapeutiques: l'hémodialyse dans le contexte hospitalier, l'autodialyse collective, la dialyse péritonéale et la dialyse à domicile.

Les critères tant médicaux que non médicaux, par exemple l'autonomie du patient, doivent entrer en jeu pour définir au mieux et ponctuellement l'approche de la situation. Il est important que le patient puisse opérer un choix en ayant toutes les informations et que les considérations financières n'aient pas d'influence. La réglementation actuelle prévoit déjà différentes possibilités. Il existe différents incitants financiers pour envisager des formes de traitement alternatives. La réglementation d'agréments et le financement actuel nécessitent une importante réforme.

Comme dans les autres domaines de soins, il est souhaitable d'organiser les soins de ces patients conformément au concept des programmes de soins et des réseaux de soins que peuvent offrir les différents circuits de soins et ce, en harmonie avec tous les acteurs concernés.

Conformément au nouveau modèle d'organisation, les modalités de financement devront aussi être revues. Les honoraires des médecins doivent être fixés de telle sorte qu'ils tiennent compte de l'effort des prestations médicales, de l'accompagnement et de la structure des coûts réels des prestations. Dans la situation actuelle, aucun honoraire n'est prévu pour certaines formes de thérapie. Il est souhaitable d'opter pour des honoraires pour le traitement de substitution rénale, quelle que soit la modalité choisie.

Les frais de personnel, d'investissement et de fonctionnement sont remboursés de manière forfaitaire. Ce remboursement doit, contrairement au cas actuel, être le même pour chaque hôpital, puisque seule l'analyse des coûts est pertinente pour un certain groupe cible. Les critères de qualité et de performance, tant pour la réglementation de l'agrément - manuel de qualités et directives, un registre avec des indicateurs de performance et de qualité - que pour le financement, devront recevoir l'attention nécessaire et être utilisés.

Cela vaut notamment pour la dialyse à domicile qui doit être discutée avec le patient comme une des bonnes alternatives. La technique offre des avantages en ce qui concerne l'autonomie: la fréquence de la dialyse et l'appareillage est devenu plus petit et moins complexe, mais la technique présuppose un exercice et une adaptabilité de la part du patient qui, dans la plupart des cas, doit être assisté par un partenaire suffisamment disponible ou un aidant.

Tout le monde est d'accord pour dire qu'une transplantation de rein, si elle est possible, est l'approche la plus aisée et la plus efficace pour le patient. Notre pays a toujours été un précurseur dans la stimulation du don d'organe. L'année passée, la loi sur la transplantation a été actualisée et de nouvelles formes d'agréments pour les centres de transplantation et pour les fonctions de coordination locale des donneurs ont été publiées.

La ministre a demandé au CNEH un avis sur cette problématique et elle a rencontré l'INAMI et des experts en néphrologie. Dès que l'avis du CNEH sera connu, au plus tard le 30 juin, elle entamera les démarches nécessaires pour arriver à un consensus lors de la concertation avec les professionnels et les organisations faitières des hôpitaux et entreprendre ainsi la réforme qui est urgente et nécessaire.

06.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour votre réponse détaillée.

Je voudrais revenir à l'essence même de la question. En fait, il faut inciter la pratique de la dialyse à domicile. Il est vrai que cette dialyse nécessite un accompagnement: il faut du personnel infirmier, un suivi par un médecin traitant. Cependant, il y va du confort du patient. Il faut savoir que des patients âgés ne savent pas se déplacer seuls. Par ailleurs, devoir, par exemple, emprunter, trois fois par semaine, un véhicule médicalisé ou une ambulance pour effectuer sa dialyse représente, en tout cas, un inconfort important. Il faut donc favoriser la dialyse à domicile, mais aussi la dialyse péritonéale. En effet, en Belgique, cette dernière est pratiquée deux fois moins que dans d'autres pays européens où le public cible est le même. Manifestement, il n'y a pas, chez nous, d'incitation à la pratique de ce type de dialyse qui, même s'il nécessite un environnement technique suffisant, est plus facile, notamment quand la dialyse est effectuée à domicile.

La **présidente**: Pouvons-nous savoir ce qu'est la dialyse péritonéale?

06.04 Daniel Bacquelaine (MR): C'est une dialyse qui utilise la voie sous-cutanée, un peu comme l'hydratation percutanée que l'on pratique en péritonéale chez les personnes âgées au lieu de recourir à un Baxter en intraveineuse.

La **présidente**: C'est donc une intervention plus légère.

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

07 Question de M. Daniel Bacquelaine 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 questionnaire d'évaluation du programme de soins en oncologie" (n° 17315)

07 **Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de evaluatievragenlijst voor het zorgprogramma voor oncologie" (nr. 17315)**

07.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, il me revient, par le biais d'un confrère, qu'un questionnaire d'évaluation a été transmis par le SPF Santé publique concernant la réalisation du Plan Cancer dans les institutions hospitalières. Il s'agit, plus précisément, du questionnaire d'évaluation "Programme de soins en oncologie". La lecture de ce questionnaire d'évaluation laisse extrêmement perplexe: il est on ne peut plus abscons. Il présente des fautes d'orthographe à quasi toutes les pages ainsi que des erreurs de traduction. Manifestement, ce document, à l'origine rédigé très certainement en néerlandais, a été mal traduit.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous me dire qui a rédigé ce questionnaire? S'agit-il du SPF Santé publique ou d'une société de consultance extérieure? Combien a coûté la réalisation de ce questionnaire dont la rédaction est manifestement bâclée? Entre-t-il dans vos intentions de faire rectifier ce questionnaire d'évaluation?

Je ne vous remettrai pas un exemplaire de ce questionnaire cousu de fautes. Franchement, il n'est pas présentable!

07.02 **Philippe Courard**, secrétaire d'État: Madame la présidente, cher collègue, je vous lis la réponse de la ministre de la Santé.

"Permettez-moi, tout d'abord, de clarifier que le questionnaire d'évaluation que vous mentionnez n'a pas été transmis par le SPF Santé publique, mais par le Collège d'oncologie. Les collèges des médecins ont été établis dans le but d'assurer un contrôle de qualité externe des soins médicaux dans les hôpitaux. Le Collège d'oncologie existe depuis 2004. Il est financé à travers les budgets du SPF Santé publique. Ce Collège d'oncologie est composé de spécialistes de plusieurs disciplines et fonctionne de manière autonome au sein du SPF Santé publique. Le questionnaire est une initiative du Collège d'oncologie. Il a pour objectif de préparer un état des lieux des programmes de soins en oncologie au sens large. Il ne s'agit pas de mener une évaluation du Plan Cancer. Par conséquent, le SPF Santé publique n'est pas directement lié au contenu du questionnaire, ni à la traduction de celui-ci".

Je ferai part de votre perplexité au président du Collège d'oncologie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 **Question de M. Daniel Bacquelaine 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 du Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)" (n° 17589)**

08 **Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de terugbetaling van de Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI)" (nr. 17589)**

08.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le secrétaire d'État, permettez-moi de revenir à nouveau sur la question. En effet, la situation n'évolue pas favorablement. Cela concerne le remboursement du stent valvulaire transcathéter implantable au niveau aortique, le TAVI.

Lors de ma précédente question parlementaire en février 2012, vous nous indiquiez qu'une procédure visant à développer une proposition aux fins d'inscrire le remboursement dans des conditions très strictes et limitées était à l'agenda du groupe de travail du conseil technique des implants du 28 mars 2012.

Par ailleurs, j'ai pris connaissance d'une décision du Comité de l'assurance de l'INAMI du 12 novembre 2012 qui a inscrit le TAVI dans la liste limitative des prestations médicales innovantes, permettant au collège des médecins directeurs d'accorder une intervention financière dans le cadre de l'article 25^{quater} du Fonds spécial de solidarité en faveur d'un groupe bien défini de patients.

L'inscription de cette procédure au sein du Fonds spécial de solidarité m'indique donc qu'aucun remboursement structuré n'est actuellement prévu dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous faire le point sur les travaux en cours au niveau du conseil technique des implants? S'est-il effectivement réuni en mars 2012? A-t-il pris une décision de principe sur le remboursement du TAVI? Qu'en est-il? Quel est le *timing* prévu pour les remboursements TAVI dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé? Combien de patients ont-ils reçu une intervention du Fonds spécial de solidarité à ce jour?

08.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur Bacquelaine, en réponse à votre question, je peux vous informer que le groupe de travail "cardiologie" du conseil technique des implants s'est réuni le 28 mars 2012. Ce groupe de travail a, durant cette réunion, proposé d'élaborer une déclaration d'accord pour le remboursement du TAVI.

Le groupe de travail s'est encore réuni à plusieurs reprises pour élaborer cette déclaration d'accord, mais il subsiste encore certaines modalités pratiques à définir. À l'heure actuelle, il m'est impossible de communiquer un *timing* exact, compte tenu du fait qu'un certain nombre de ces modalités doivent être réalisées par des partenaires externes.

Comme vous l'avez vous-même indiqué, il est prévu entre-temps une intervention dans le cadre du Fonds spécial de solidarité en application de l'article 25^{quater}. Le collège des médecins directeurs n'a, à ce jour, accordé encore aucun remboursement depuis l'entrée en vigueur des critères d'intervention du Fonds spécial du 12 novembre 2012. Même parmi les demandes qu'il a reçues pour des valves placées avant cette date, aucune d'entre elles ne répondait aux critères d'intervention définis.

08.03 Daniel Bacquelaine (MR): Je vous entends bien, monsieur le ministre, et pour cause! S'il n'y a pas eu d'intervention du Fonds spécial de solidarité, c'est parce que les critères en cours pour la procédure administrative et pour les conditions d'inclusion au niveau du Fonds de solidarité ne correspondent pas à la réalité.

Il ne saurait donc forcément pas y avoir d'intervention ou pratiquement pas. C'est cela qui me pose problème. Actuellement, non seulement la procédure administrative est particulièrement lourde, via le collège des médecins directeurs, médecins de chaque organisme assureur et médecins de l'INAMI.

Les critères cliniques d'acceptation des patients sont extrêmement restrictifs, beaucoup plus qu'aux États-Unis, en France ou en Grande-Bretagne. En fait, le Fonds de solidarité n'intervient que pour des raisons strictement anatomiques, alors qu'aucune étude clinique ne démontre que les raisons anatomiques sont pertinentes. Il faut en plus que cela vienne après deux nouvelles interventions. On se demande pourquoi: aucune étude clinique ne postule cela.

Des critères d'inclusion exigés s'écartent totalement des études randomisées et des registres publiés dans tous les pays développés en la matière. Si nous devons conserver ces critères d'inclusion, uniquement 10 % des patients ayant déjà reçu un TAVI non remboursé seraient concernés.

Je rappelle que le nombre moyen de TAVI en Europe est de 40 par million d'habitants et par an. En Belgique, cela postulerait 400 interventions, alors que nous en sommes, vous le dites vous-même, à zéro. Franchement, cela m'inquiète, parce que tout le monde sait que cela permet d'éviter des hospitalisations très longues et toute une série de complications. Cela permet donc à terme non seulement un confort pour le patient mais aussi une rentabilité "économique".

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Questions jointes 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 nocivité sous-estimée de la chicha" (n° 17835)

- **Mme Rita De Bont** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la fausse cigarette, la cigarette chicha" (n° 18058)

- Mme Marie-Martine Schyns au vice-premier ministre et ministre de l'Économie, des Consommateurs et de la Mer du Nord sur "le tabac" (n° 18284)

09 Samengevoegde vragen 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 onderschatte gezondheidsrisico's van de waterpijp" (nr. 17835)

- 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 nepsigaret, de shisha-pen" (nr. 18058)

- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Economie, Consumenten en Noordzee over "tabak" (nr. 18284)

09.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, la chicha – appelée aussi narguilé ou encore pipe à eau –, traditionnellement utilisée en Afrique, en Asie et au Moyen-Orient, s'est popularisée ces dernières années, notamment avec l'ouverture de bars à chichas en Europe. Au-delà de la tradition et de l'exotisme, elle évoque la convivialité, la fête et le partage entre amis – ce qui explique une certaine attractivité auprès de nos jeunes. Le danger est que ceux-ci sous-estiment les effets nocifs de la chicha. D'ailleurs, selon l'OMS, "le narguilé est non seulement un risque sanitaire, mais constitue aussi une porte d'entrée dans le tabagisme".

S'il n'existe pas de données statistiques récentes probantes sur la consommation de chicha, en particulier par les jeunes, sa popularisation est tout de même préoccupante. Une enquête menée par le Fonds des affections respiratoires (FARES) auprès des jeunes avait mis en évidence leur méconnaissance des effets de la chicha sur la santé. En effet, ils pensent, à tort, qu'elle est moins nocive que la cigarette et qu'elle n'entraîne pas de dépendance.

Trois sortes de tabac peuvent être utilisées. Souvent il s'agit de tabamel, composé pour l'essentiel d'environ 70 % de mélasse et de 30 % de tabac. Certains paquets de tabamel affichent un étiquetage relativement complet, mais d'autres pas. Qui plus est, l'indication de la quantité de goudron peut induire en erreur. Si, en effet, le taux de goudron est de 0 % dans le tabac brut, c'est lors de sa combustion qu'il apparaît. Or la quantité produite est dix à cent fois plus élevée que celle d'une seule cigarette, selon le FARES.

Pour ce qui concerne la nicotine, certaines études montrent que la chicha en produirait davantage que la cigarette. Enfin, parmi les autres composants de la fumée, il ne faut pas oublier le monoxyde de carbone. Le narguilé est le mode de consommation du tabac qui en produit le plus. Si la chicha n'est pas sans risque pour le consommateur, ses effets en termes de tabagisme passif ne sont pas négligeables non plus.

Monsieur le secrétaire d'État, une étude sur la consommation de chicha, en particulier par les jeunes, a-t-elle déjà été commanditée? Dans le cas contraire, l'envisagez-vous? De quelles données dispose-t-on actuellement? Des projets spécifiques ont-ils déjà été mis en place grâce au Fonds de lutte contre les assuétudes? Les informations reprises sur les étiquettes figurant sur les paquets de tabamel ne sont pas toujours complètes et peuvent induire en erreur. Quelle est la réglementation en la matière?

09.02 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik heb het over een nieuwkomer in de shishafamilie, namelijk de shishapen. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie waarschuwt voor het gebruik van de elektronische nepsigaret, de shishapen, die bij onze noorderburen in Nederland al een ware hype is geworden. Die nepsigaret zou nicotine kunnen bevatten. Momenteel zou dat echter niet het geval zijn, waardoor zij in Nederland aan jongeren onder de 16 jaar verkocht zou kunnen worden.

Bovendien inhaleert men met de shishapen niet enkel water, maar ook stoffen zoals propyleenglycol, glycerine en triacetine, stoffen die ook in gewone sigaretten aanwezig zijn. In Nederland noemt men de shishapen een oefensigaret. Het Instituut vreest dat de pen voor jongeren een opstapje is naar de reguliere sigaret. Daarom vraagt het dat de introductie op de jongerenmarkt met de nodige aandacht zou worden gevolgd en dat het gebruik en de verkoop van de shishapen zouden worden geregulariseerd of verboden.

Bent u van plan om beperkingen in te voeren op het gebruik van de shishapen?

09.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, ma question aborde le même sujet, mais était adressée au ministre Vande Lanotte, car elle concerne davantage l'emballage et le paquet du produit. Je suppose que la réponse est concertée.

À nos yeux, il est clair que c'est par l'adoption d'un ensemble de mesures qu'il sera possible d'atteindre l'objectif de réduction de la consommation de tabac dans notre pays.

De plus, nous nous rendons compte que les cigarettiers font preuve de beaucoup de créativité pour attirer les jeunes consommateurs; ma collègue Warzée en a parlé. Il existe notamment le "chicha-stylo", c'est-à-dire une fausse cigarette électronique pour enfants, qui diffuse de la vapeur d'eau aromatisée et existe en diverses couleurs et différents goûts (fraise, coca, etc.); il appartient à ce type de marketing.

Par ailleurs, à l'heure actuelle, la publicité du tabac est toujours autorisée dans les magasins de tabac ou de journaux qui vendent le produit. Les techniques marketing d'affichage visent surtout les jeunes consommateurs. Cette situation est contraire à des textes internationaux que la Belgique a ratifiés, dont la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte anti-tabac.

Monsieur le secrétaire d'État, la mise sur le marché de tels produits qui incitent à la consommation ne pose-t-elle pas problème? Considérez-vous nécessaire de prendre des mesures particulières pour supprimer ou limiter ces produits?

Où en est-on dans la suppression de l'exception d'affichage pour les magasins de tabac ou de journaux qui vendent ces produits? Si je me souviens bien, Mme Onkelinx était intervenue dans la presse à ce sujet.

L'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans est-elle bien respectée? Le système de contrôle est-il efficace?

09.04 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, diverses études nous ont permis de cerner l'ampleur du phénomène de l'utilisation de la chicha.

L'enquête de santé par interviews de 2008 a montré que 1 % des 15-24 ans utilisait la chicha de manière quotidienne. Ce taux est négligeable dans les autres tranches d'âge. L'enquête Eurostat de 2012 complète notre connaissance: 4 % de la population consomme la chicha de manière occasionnelle et 12 % aurait déjà essayé une ou deux fois. La nouvelle enquête de santé, dont nous aurons les résultats au début de 2014, permettra d'actualiser ces chiffres.

Le Fonds de lutte contre les assuétudes a financé, en 2010, un projet de 60 450 euros pour lutter contre la consommation de chicha chez les jeunes. Ce projet visait essentiellement la mobilisation des professionnels de santé et des acteurs sociaux à l'égard de cette problématique pour qu'ils puissent l'aborder de manière la plus adaptée avec les jeunes et améliorer l'accompagnement médical et social.

Différentes activités de mobilisation ont été réalisées: une enquête, une revue, de la littérature, des modules de formation et des outils d'information.

Par ailleurs, l'application de la loi du 22 décembre 2009 interdisant de fumer dans les lieux fermés accessibles au public a entraîné la suppression des bars à chichas.

Je n'ai de cesse de le répéter: c'est en prenant des mesures touchant à l'ensemble des aspects de la lutte contre le tabagisme que nous arriverons à sensibiliser nos jeunes. Je rappelle que je lis ici Mme Onkelinx, mais je pense la même chose.

La réglementation en matière d'étiquetage impose que tous les produits du tabac destinés à être fumés, autres que les cigarettes, portent sur 35 % de la face avant du conditionnement un des deux avertissements généraux "Fumer tue" ou "Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage". Sur 50 % de la face arrière du conditionnement doit apparaître un des quatorze avertissements complémentaires sous forme de texte.

Une proposition de directive européenne sur les produits du tabac est en cours de discussion au niveau européen. Une fois d'application, elle pourrait fortement renforcer ces mesures d'étiquetage. Dans tous les cas, les services d'inspection du SPF Santé publique restent attentifs à la problématique et contrôlent régulièrement l'application de ces mesures.

Pour ce qui concerne la mention de la teneur en goudron, celle-ci est seulement obligatoire pour les paquets de cigarettes et est exprimée en mg/cigarette. Ceci est dû au fait qu'actuellement on n'a pas de méthode

d'analyse pour mesurer la teneur en goudron dans d'autres produits du tabac.

Dès lors, en mentionnant que le tabamel ne contient pas ou peu de goudron, on induit en erreur le consommateur. Il s'agit d'une pratique commerciale trompeuse, ce qui est une infraction à l'article 2, § 2, de l'arrêté royal du 13 août 1990 qui prévoit qu'il est interdit de fabriquer et de mettre dans le commerce des produits du tabac sur l'emballage desquels figurent les mentions suivantes: des textes, dénominations, marques et signes figuratifs ou autres indiquant qu'un produit du tabac est moins nocif que les autres, en particulier ultralight, light, low, ultra légère-léger, super légère-léger, légère-léger, ultralicht, superlicht, licht, medium, mild, doux, zacht, demi-fort et halfzwaar.

Il est exact que lors de la combustion du tabac au moyen de chichas, des produits nocifs apparaissent. Donc, en mentionnant 0 % de goudron, on induit en erreur le consommateur car on donne l'impression que ces produits sont moins nocifs que les autres produits du tabac, ce qui n'est pas le cas. Par conséquent, un produit avec ce type de mention est considéré comme nuisible et peut être saisi par les services d'inspection.

In antwoord op de vragen van mevrouw De Bont en mevrouw Schyns, lijkt het de minister eerst en vooral belangrijk om te herinneren aan een aantal regels. Een product dat nicotine bevat en/of een therapeutische indicatie zoals hulp bij rookstop vermeldt, wordt als een geneesmiddel beschouwd. Geen enkele shishapen is momenteel bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten als geneesmiddel erkend.

Een product dat tabaksextracten bevat, wordt in België als een tabaksproduct beschouwd. Dat wil zeggen dat het moet worden genotificeerd, dat er geen reclame voor mag worden gemaakt en dat er gezondheidswaarschuwingen op de verpakking moeten staan. Geen enkele shishapen is momenteel genotificeerd als tabaksproduct bij de FOD Volksgezondheid. Concreet betekent dat dus dat de shishapen op dit moment niet kan worden verkocht als tabaksproduct of als geneesmiddel.

Gelet op het risico dat producten zoals de shishapen en de e-sigaret in ons land zouden worden verkocht – er lijkt een tendens in die zin te bestaan –, is minister Onkelinx ervan overtuigd dat wij het voortouw moeten nemen. Zij heeft dan ook beslist om bij hoogdringendheid een advies te vragen aan de Hoge Gezondheidsraad over het schadelijk karakter van dat soort van producten voor de gezondheid. Indien dat advies inderdaad het schadelijk karakter van die producten bevestigt, laat artikel 6bis van de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten toe om dat soort van producten te verbieden.

De minister wil er ook nog aan herinneren dat het rookverbod in publieke ruimtes nu al van toepassing is op die producten. Aangezien die producten uiterlijk vergelijkbaar zijn met tabaksproducten en als dusdanig kunnen aanzetten tot roken, mogen zij sowieso vandaag niet worden gebruikt in publieke ruimtes.

En ce qui concerne la suppression de l'exception d'affichage pour les magasins de tabac ou de journaux, les experts du SPF Santé publique ont transmis un rapport sur la question de la publicité du tabac. Force est de constater que, depuis plusieurs années, l'industrie du tabac développe des techniques de marketing et d'affichage de plus en plus agressives.

Les services de la ministre en sont parfaitement conscients. Ils sont particulièrement vigilants pour éviter que les buralistes n'abusent de cette possibilité de publicité. Leur travail sur le terrain est d'ailleurs de plus en plus compliqué au niveau de l'appréciation de la limite entre l'affichage, qui reste autorisé, et la publicité, qui est interdite.

Le débat relatif aux points de vente et à la vente derrière le comptoir est actuellement mené à l'échelon européen dans le cadre de la procédure de révision de la directive en matière de produits de tabac. Certains pays, notamment l'Irlande, le Royaume-Uni, l'Islande et la Norvège ont déjà adopté des mesures dont la finalité est d'interdire l'offre de cigarettes dans les points de vente.

La ministre est favorable à une levée de cette exception d'affichage et à généraliser définitivement le régime d'interdiction de la publicité. On étudie actuellement cette possibilité et la ministre fera une proposition à ses collègues du gouvernement dans le cadre de la prochaine loi Santé.

Enfin, en ce qui concerne les contrôles sur l'interdiction de vente aux jeunes de moins de 16 ans, les

services du SPF effectuent des contrôles ciblés aux environs des écoles, par exemple. Vous comprendrez aisément que ce type de contrôles est très difficile à réaliser car, une fois que le contrôleur se manifeste, notamment pour vérifier l'âge du jeune, il est "grillé" et le contrôle s'arrête *de facto*. La ministre a demandé à son administration de fournir des chiffres concernant ces contrôles. Elle vous les transférera dès réception.

09.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Merci, monsieur le secrétaire d'État. Vous avez commencé par citer les chiffres des consommateurs quotidiens qui ont entre 15 et 24 ans. Je pense qu'il y a là matière à travailler.

J'ai bien entendu qu'il existe un projet au niveau de la sensibilisation, principalement pour les personnes qui travaillent avec les jeunes, assistants sociaux et autres. Il faudrait sans doute aller plus loin et directement s'adresser aux jeunes. En effet, il s'agit plutôt d'un effet de mode: ils se retrouvent lors d'une soirée pour laquelle une chicha a été préparée et il n'y a plus qu'à consommer. Je suis persuadée qu'ils ne sont pas conscients du risque pour leur santé, en tout cas en consommant du tabac de cette façon.

J'ai également noté qu'une enquête était toujours en cours et qu'on en recevra les résultats au début de l'année 2014. Grâce à celle-ci, nous pourrons dégager les pistes qui nous permettront de travailler par des biais spécifiques, plus porteurs, pour essayer d'éviter la consommation, la surconsommation ou encore la consommation sans être conscient du risque pris.

09.06 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw antwoord, onder meer over de shishapen. Ik ben blij dat de minister hierover advies heeft ingewonnen. Het is inderdaad geen tabaksproduct noch een medicijn, met als gevolg dat het gewoon vrij kan worden verkocht, zagezegd zonder enig nadeel.

Men moet echter voorkomen dat dit tot roken aanzet. Men moet mensen ontraden om de shishapijp te gebruiken. Hier moet men kordaat optreden en ervoor zorgen dat dit overbodig gedoe niet op de markt komt. Voorkomen is beter dan genezen.

09.07 Marie-Martine Schyns (cdH): Monsieur le secrétaire d'État, tout d'abord, en effet, ce n'est pas un produit de tabac. Ensuite, le fait que la ministre a demandé un avis montre qu'elle prend ce problème très à cœur.

Il faudra prendre des mesures très claires pour éviter que des jeunes ne fument la chicha et pour empêcher la diffusion de stylos contenant des arômes que pourraient respirer les enfants. Cela me paraît très dangereux.

Je note aussi qu'elle nous transmettra les chiffres relatifs aux contrôles.

Enfin, nous sommes très favorables à la levée de l'exception de l'affichage. Après avoir déposé ma question, j'avais lu dans la presse que la ministre allait la soutenir. Je suppose qu'elle défendra cette position auprès de l'Europe. De la sorte, plus de mesures contraignantes portant sur la consommation de tabac pourront être prises.

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

10 Vraag van de heer Jan Van Esbroeck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenningsnormen van de dienst radiotherapie" (nr. 17987)

10 Question de M. Jan Van Esbroeck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les normes d'agrément du service de radiothérapie" (n° 17987)

10.01 Jan Van Esbroeck (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, de evolutie binnen de radiotherapie is de voorbije jaren enorm geëvolueerd.

Nu blijkt evenwel dat de erkenningsnormen voor de radiotherapiediensten sinds 1991 niet langer aan de realiteit zijn aangepast. Zo wordt er onder meer niet verwezen naar de aanwezigheid van een specialist in dosimetrie, die nochtans een wezenlijk onderdeel is in de toepassing van de moderne

radiotherapietechnieken.

Uit contacten met de betrokken oncologen blijkt dat zij al in 2008 bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid een voorstel tot wijziging van de erkenningsnormen hebben gedaan. De bespreking van deze nieuwe normen blijkt echter niet te vlotten. Een gevolg hiervan is dat de werkelijkheid op het terrein steeds verder van de wetgeving afwijkt.

Om ter zake meer duidelijkheid te krijgen, had ik u de volgende vragen willen stellen.

Klopt het dat een voorstel tot wijziging van de erkenningsnormen voor de dienst radiotherapie bij de FOD Volksgezondheid voorligt?

Wat is de stand van zaken van de bespreking in kwestie?

Welke problemen kunnen het aannemen van de nieuwe normen vertragen?

Ik hoor graag uw antwoord.

10.02 Staatssecretaris **Philippe Courard**: Mijnheer Van Esbroeck, ik kan u in naam van mijn collega, de minister van Volksgezondheid, het volgende antwoord mededelen.

Het wijzigen van erkenningsnormen vergt steeds een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Aangezien de snelle evolutie van de technologie een factor is waarmee rekening moet worden gehouden, overweegt de minister inderdaad een adviesaanvraag aan de sector te formuleren, op basis van het voorstel dat het College voor Oncologie heeft gedaan.

Na ontvangst van het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen zal de minister desgevallend een wijziging van de betreffende erkenningsnormen voorbereiden.

Ik dank u voor uw aandacht.

10.03 **Jan Van Esbroeck** (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij te horen dat de minister nu werk van de kwestie zal maken.

Ik vraag mij alleen af wat tussen 2008 en nu is gebeurd. Er is blijkbaar niets gebeurd.

Het is evenwel goed nieuws. Ik blijf het dossier opvolgen. Ik hoop dat een en ander snel kan gebeuren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 18016 de M. Renaat Landuyt ainsi que les questions jointes n° 18047 de Mme Nathalie Muylle et n° 18140 de Mme Reinilde Van Moer sont transformées en questions écrites.

11 **Question de 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 "les nuisances sonores provoquées par la présence d'éoliennes" (n° 18054)**

11 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de door windmolens veroorzaakte geluidsoverlast" (nr. 18054)**

11.01 **Damien Thiéry** (FDF): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, ma question a un objet général de santé publique. Le nouveau cadre de référence éolien wallon fait passer la norme de bruit à 45 dB au lieu de 40 dB. En Wallonie, les parcs éoliens sont autorisés à partir de 350 mètres des premières habitations pour le moyen éolien, et l'effet stroboscopique ne doit pas être supérieur à 30 heures par an et à 30 minutes par jour.

L'Académie française de médecine recommande une distance d'au moins 1 500 mètres des premières

habitations pour éviter les nuisances sonores. Notons ici que l'exemple wallon a été pris uniquement pour servir de référence. Mais il y a lieu de s'organiser de manière générale sur la totalité du territoire national.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous me dire si une étude a récemment été menée au niveau belge pour mesurer l'impact acoustique du fonctionnement du parc éolien existant sur notre territoire? Dans la négative, une pareille étude est-elle envisageable en termes de santé publique? Existe-t-il des recommandations, par exemple, du Conseil supérieur de la Santé en la matière?

11.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la présidente, cher collègue, en règle générale, le bruit des éoliennes concerne essentiellement des compétences régionales, ce qui signifie notamment une concertation avec les riverains, l'imposition de conditions spécifiques d'exploitation via le permis d'environnement et le choix de la meilleure localisation possible. C'est pour cette raison que Mme la ministre vous renvoie à ses collègues des Régions chargés de l'Environnement pour ce qui concerne vos deux premières questions.

Cependant, la ministre de la Santé a reçu récemment l'avis du Conseil supérieur de la Santé sur l'impact des éoliennes sur la santé. L'avis du Conseil intitulé *Public health effects of siting and operating onshore wind turbines* établit clairement la balance à faire entre la nécessité de produire de l'énergie propre, les nuisances occasionnées par les différents modes de production de cette énergie et les impératifs de santé, plus spécifiquement, d'acceptation sociale de cette nouvelle technologie.

L'avis contient plusieurs recommandations dont la plupart porte sur des compétences régionales. En revanche, la première recommandation peut être mise en relation avec des compétences fédérales, à savoir la recommandation sur une analyse de cycles de vie des diverses possibilités en matière de production d'électricité en Belgique. Cette recommandation concerne mon collègue en charge de l'Énergie, le secrétaire d'État, M. Wathelet, à qui Mme la ministre de la Santé a, bien évidemment, déjà transmis l'avis.

Par ailleurs, la recommandation suivant laquelle les niveaux sonores diurnes et nocturnes atteints aux façades des habitations des riverains, suite au fonctionnement des éoliennes et des parcs éoliens, devraient être conformes aux directives de l'Organisation mondiale de la Santé, porte sur des compétences régionales, raison pour laquelle la ministre a également transmis l'avis aux ministres régionaux compétents.

Effectivement, c'est aux Régions et communes de vérifier en donnant le permis d'environnement que le nouveau bruit ne sera pas excessif, en considérant qu'il s'ajouterait à d'autres bruits ambiants, ou que l'accumulation d'éoliennes ne porterait pas le bruit à un niveau inacceptable pour les riverains. C'est pourquoi, à ce stade, la ministre ne compte pas prendre de mesure spécifique dans le cadre de ses compétences.

11.03 Damien Thiéry (FDF): Monsieur le secrétaire d'État, je ne suis évidemment pas de l'avis de la ministre. Soyons quand même clairs: c'est facile de refiler la patate chaude aux entités fédérées, aux Régions.

Bien entendu, dans le cadre des compétences, on peut toujours discuter par rapport aux différentes mesures à prendre. Je pense simplement qu'il s'agit avant tout d'une question de santé publique, qui doit être gérée sur l'entièreté du territoire.

Entre-temps, puisque voilà quelque temps que ma question a été posée, j'ai eu accès aux huit recommandations du Conseil supérieur de la Santé. Même si certaines sont de compétence régionale, je voudrais signaler, par exemple, la septième recommandation selon laquelle "il convient de surveiller le statut sanitaire des riverains des projets éoliens en utilisant la méthode appropriée". Organiser un monitoring, pour moi, est une compétence fédérale. Il ne s'agit pas de prévention, mais envisager ce que l'éolien peut avoir comme nuisance au niveau de la santé publique, d'ordre général, pour l'entièreté de la population.

J'encourage vraiment la ministre, plutôt que de refiler la patate chaude aux Régions, d'essayer d'avoir une concertation appuyée de manière à ce qu'une fois de plus, il puisse y avoir sur tout le territoire les mêmes directives, les mêmes contrôles, plutôt que d'avoir une différence Nord-Sud, ce qui est à craindre dans la solution proposée par la ministre.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 18055 van mevrouw Rita De Bont is ingetrokken.

12 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de bevoegdheid van tandartsen op het vlak van esthetische heelkunde en niet-heelkundige esthetisch-geneeskundige ingrepen" (nr. 18056)**

12 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la compétence des dentistes en matière de chirurgie esthétique et d'actes de médecine esthétique non chirurgicale" (n° 18056)**

12.01 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de voorzitter, in het wetsontwerp tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, worden in artikel 14 de houders van één van de in artikel 3 van het KB van 25 november 1991 bedoelde bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de houders van een wettelijk diploma van licentiaat in de tandheelkunde – hiermee bedoelt men tandartsen – gemachtigd om "alle esthetisch-heelkundige of niet-heelkundige esthetisch- geneeskundige ingrepen in de intra-orale regio" uit te voeren.

Worden de lippen, waar door cosmetische tandartsen vaak dentale fillers of fillers die worden aangebracht in de mondstreek, hierbij beschouwd als horende tot de "intra-orale regio"?

In Groot-Brittannië wil men de praktijken met deze fillers aan banden leggen nadat bij tientallen patiënten de esthetische behandeling met fillers op een catastrofe is uitgedraaid en men in een door de overheid opgesteld rapport stelt dat een grote gezondheids crisis door dentale fillers er op heel korte termijn aankomt. Men is van mening dat een cosmetische tandarts deze inspuitingen misschien wel op regelmatige basis kan toedienen, maar dat dit nog geen garantie is dat dit ook veilig gebeurt. De EU heeft plannen om dit te reglementeren, maar dat zou pas vanaf 2018 zijn en daarop wil de Britse overheid niet wachten.

Zijn er ook bij ons al klachten of studies bekend in verband met het toedienen van fillers in de mondstreek?

Door wie werden deze fillers toegediend of zouden deze fillers moeten toegediend worden?

Zou het niet aangewezen zijn om ook bij ons in de wet duidelijk te omschrijven welke ervaring en opleiding noodzakelijk zijn om deze behandelingen veilig te kunnen uitvoeren en wat juist onder esthetisch-heelkundige en niet-heelkundige esthetische ingrepen in de intra-orale regio wordt verstaan?

In dat verband vragen de tandartsen zich af of orthodontische behandelingen onder de noemer esthetische ingrepen vallen en of die dan ook onder de toepassing van de nieuwe wet vallen?

12.02 **Staatssecretaris Philippe Courard**: Mevrouw De Bont, in naam van mijn collega, de vice-eersteminister en minister van Volksgezondheid, kan ik u het volgende antwoord geven.

De diensten van de FOD Volksgezondheid werden in België nog niet met die praktijk geconfronteerd. Tot op heden moest die praktijk dus nog niet worden onderzocht. Indien de techniek waarover u mij inlicht de intra-orale regio overstijgt, is die voorbehouden aan de geneesheren-specialisten, de niet-heelkundige esthetische geneeskundigen, aan de NKO-artsen en aan de chirurgen.

Dat bepaalt de wet tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, die heel binnenkort in werking zou moeten treden. Indien het in voorkomend geval nodig zou zijn de definities of bekwaamheden te verduidelijken, zal de minister de raad voor esthetische geneeskunde, waarin die wet voorziet en die zal worden opgericht zodra de wet in werking treedt, daarover bevragen.

De wet voorziet in strafrechtelijke straffen voor de professionelen uit de gezondheidszorg en voor elke persoon die de ingestelde machtigingen niet zou naleven. Zoals u weet, heeft de minister de strijd tegen oneerlijke gezondheidswerkers en de bescherming van de patiënten tot een van haar prioriteiten voor 2013 gemaakt.

In dat verband vervolgen de diensten van de FOD Volksgezondheid via de provinciale geneeskundige

commissies systematisch elke strafbare handeling door gezondheidswerkers of door personen die zich als dusdanig voorstellen, en klagen zij die bij het gerecht en bij de tuchtrechtelijke instanties aan. Dat zal uiteraard het geval zijn indien de wettelijke voorschriften niet worden nageleefd. De minister zal haar administratie vragen aan de door u aangehaalde praktijk bijzondere aandacht te besteden.

12.03 Rita De Bont (VB): Voor men over strafbare handelingen kan spreken, moet de wet wel duidelijk stellen wat bepaalde beroepsgroepen mogen doen en niet mogen doen. Lippen kunnen immers zowel langs binnen als langs buiten worden ingespoten. Het is dus wel belangrijk voor de tandartsen om dit te weten. Ik ken tandartsen die dit doen, en voor hen is het belangrijk te weten of dit als intra-oraal wordt beschouwd of niet. In het KB moet duidelijk worden omschreven welke behandelingen al dan niet tot dat gebied behoren.

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

13 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het correcte gebruik van medicatie" (nr. 18059)

13 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la consommation correcte de médicaments" (n° 18059)

13.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, het budget dat aan gezondheid en welzijn kan worden besteed, staat in toenemende mate onder druk. Een groot deel daarvan gaat naar farmaceutische producten, niet enkel als gevolg van de hoge prijs die voor sommige medicatie wordt gevraagd, maar ook als gevolg van een steeds toenemend gebruik. Het is hierbij van uiterst belang dat de juiste medicatie op een correcte manier wordt gebruikt. Dat is vaak niet het geval.

Eerst en vooral moet worden voorkomen dat men gemakkelijheidshalve naar medicatie grijpt, terwijl een echt duurzame oplossing veeleer te vinden is in een aanpassing van de omgevingsfactoren of de levensstijl.

Als men dan toch een medicamenteuze behandeling opstart, moet ervoor worden gezorgd dat deze behandeling strikt wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven qua dosis, vaste tijdstippen, regelmaat en duur; anders heeft ze vaak geen effect.

De meest gebruikte geneesmiddelen in België zijn bloeddrukverlagers. Een kwart van de patiënten, zeshonderdduizend Belgen, neemt de medicatie niet regelmatig, waardoor zij het risico op ernstige hart- en vaatproblemen vergroten.

Wat zal de minister ondernemen om een rationeler en efficiënter gebruik van medicatie te bewerkstelligen? Is er financiële ruimte voor sensibilisatiecampagnes, voor het stimuleren van beschikbare hulpmiddelen of alternatieven, of voor een integraal geneesmiddelenplan?

13.02 Staatssecretaris Philippe Courard: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Bont, de minister stelt alles in het werk om zowel de bevolking, de patiënten als de artsen en de medische wereld te informeren omtrent het correct gebruik van geneesmiddelen.

Eerst en vooral wordt door het RIZIV om de drie maanden een actueel onderwerp rond geneesmiddelen toegelicht op basis van de Pharametgegevens. Het gaat hier om de verschillende infospots die worden gepubliceerd op de website van het RIZIV.

Daarnaast heeft het Comité Evaluatie medische praktijk inzake geneesmiddelen binnen het RIZIV de opdracht om regelmatig — minstens twee keer per jaar — consensusvergaderingen te organiseren die bedoeld zijn om de medische praktijk inzake geneesmiddelen in een bepaalde sector te evalueren en om aanbevelingen te formuleren aan alle voorschrijvende artsen.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten van zijn kant heeft overigens verschillende sensibilisatiecampagnes gevoerd in de media over het goed gebruik van geneesmiddelen. De laatste die werd gelanceerd op 26 april 2013 ging over het rationeel gebruik van geneesmiddelen bij kinderen.

In het kader van de mediacampagne "Een geneesmiddel is geen snoepje", die in 2011 werd gestart, werd via de website eengeneesmiddelisgeensnoepje.be een referentietool met twaalf tips voor een goed gebruik van geneesmiddelen ter beschikking van het publiek gesteld. De eerste van deze tips is dat iemand die een geneesmiddel neemt, het voorschrift van de arts, de raad van de apotheker of de aanbevelingen van de bijsluiter strikt moet volgen.

Bovendien brengt het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium, de Folia Pharmacotherapeutica en de Transparantiefiches uit, die gratis aan alle artsen en apothekers worden toegestuurd. De bedoeling is het rationeel gebruik van geneesmiddelen te bevorderen.

Rationeel gebruik betekent dat enkel geneesmiddelen worden aangewend waarvan gevalideerde studies bestaan, dat de betrokkenen de geneesmiddelen adequaat gebruiken qua indicaties, contra-indicaties, posologie en interactie alsook dat met de kostprijs rekening wordt gehouden.

Uiteindelijk hebben de apothekers in het kader van de farmaceutische zorg ook hun rol te spelen, door een persoonlijke behandeling van de patiënt te garanderen. Een dergelijke opvolging is trouwens een vereiste uit de goede officinale farmaceutische praktijken, opgenomen in het koninklijk besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers.

De minister meent dat, alle voornoemde maatregelen in acht genomen, er voldoende mechanismen beschikbaar worden gesteld om ervoor te zorgen dat geneesmiddelen correct zouden worden gebruikt en dat er voldoende informatie naar de patiënt en naar de medische sector zou doorstromen.

13.03 Rita De Bont (VB): Er wordt blijkbaar toch heel wat aandacht aan besteed. Dit is natuurlijk een probleem dat multidisciplinair moet worden aangepakt. Het loont de moeite om dat probleem ook aan te pakken, zowel voor de patiënten als voor de staatskas. Misschien kan nog een beetje meer worden geïnvesteerd in het bekendmaken van de beschikbare hulpmiddelen die er vandaag zijn om de geneeskunde consequent te gebruiken. Ik denk dan vooral aan oudere mensen, die vaak een geheugensteuntje nodig hebben. In de nieuwe technologie zijn daar hulpmiddelen voor. Dat kan misschien nog beter onder de aandacht worden gebracht.

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

14 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 "les méthodes alternatives aux expérimentations animales" (n° 18071)

14 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 "alternatieven voor dierproeven" (nr. 18071)

14.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le ministre, Mme la ministre a été interpellée l'année dernière concernant les expérimentations animales et les alternatives que notre pays pouvait développer pour en atténuer les dommages.

Elle répondait alors que les experts chargés du bien-être et de la santé des animaux dans les laboratoires ont dans leurs attributions la vérification de la bonne utilisation des animaux, en application de la nouvelle directive 2010/63, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Il était alors prévu de renforcer le lien entre les acteurs sur le terrain, dans les laboratoires, et la commission d'éthique. Le service "bien-être animal" de son département devait finaliser un projet d'arrêté pour la mise en place et le fonctionnement d'un centre de méthodes alternatives à l'expérimentation animale. Pouvons-nous savoir ce qu'il en est?

L'Allemagne prévoit annuellement un budget de 4 millions d'euros pour le fonctionnement d'un centre équivalent, les Pays-Bas, 3,7 millions et la Finlande 1 million. Pour la Belgique, il était question, pour 2013, de réserver dans le budget fédéral un montant de 500 000 euros pour le fonctionnement d'un tel centre. Qu'en est-il exactement?

Dans le contexte budgétaire difficile que nous connaissons depuis quelques mois, cela risque évidemment de poser quelques difficultés, mais elle évoquait à l'époque la possibilité de compenser le surcoût par des recettes particulières liées à la problématique de l'expérimentation. Pouvez-vous nous dire si des pistes concrètes ont déjà pu être élaborées par votre département en ce sens?

14.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame Warzée, voici la réponse de la ministre. "Un projet d'arrêté royal, relatif à la création d'un centre de méthodes alternatives à l'expérimentation animale, a déjà été préparé antérieurement par mes services. Il est bien entendu totalement dépendant des moyens budgétaires qui, comme vous pouvez l'imaginer, sont plus difficiles à dégager en particulier lorsqu'il s'agit d'une nouvelle initiative.

À ce sujet, nous avons réalisé une étude qui a notamment examiné plus en détail le fonctionnement et le financement de centres comparables dans l'Union européenne. Nous avons estimé qu'un budget de 500 000 euros serait suffisant pour la création d'un centre belge. Je ne peux malheureusement pas donner plus de détails sur un possible financement de ce centre au vu du contexte budgétaire et économique dans lequel nous nous trouvons actuellement.

À ceci s'ajoute la question du transfert de compétences aux entités fédérées, qui concerne directement le bien-être animal et qui rend plus compliquée encore la création de nouvelles structures, qui ne dépendront plus du niveau fédéral dans un avenir proche.

En ce qui concerne les sources de financement alternatives, une taxation des animaux utilisés à l'expérience en vue de financer la recherche sur les méthodes alternatives est une idée sur laquelle mon département se penche actuellement en se basant notamment sur une étude réalisée aux Pays-Bas".

14.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour cette réponse. Nous attendrons la suite, puisque nous sommes entre deux eaux. En effet, cette question va être transférée aux entités fédérées. De plus, comme je l'avais évoqué, les problèmes budgétaires sont également présents dans ce cadre-ci.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

15 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 "l'insuffisance cardiaque" (n° 18072)

15 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 "hartfalen" (nr. 18072)

15.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, voilà quelque temps, 25 hôpitaux se sont mobilisés autour de l'insuffisance cardiaque dans le cadre d'une campagne de sensibilisation à l'échelle européenne.

L'insuffisance cardiaque affecte 200 000 Belges. Près d'une quarantaine de nouveaux cas sont détectés chaque jour (15 000 par an). Cette maladie est quatre fois plus fréquente que le nombre de nouveaux cas de cancers du sein, de l'utérus ou du colon. Si toute personne adulte peut être touchée, cette maladie affecte principalement les personnes du troisième âge: 20 % des 65 ans et plus en souffrent. C'est la première cause d'hospitalisation pour cette tranche d'âge.

Dans dix ans, l'insuffisance cardiaque sera la première cause de mortalité parmi les maladies cardiovasculaires.

L'insuffisance cardiaque est principalement traitée par médicaments. Dans certains cas, elle nécessite l'implantation d'un pacemaker ou d'un défibrillateur interne. Mais le meilleur traitement reste la prévention: pratiquer une activité physique régulière, manger équilibré, pas trop salé, surveiller son poids, limiter sa consommation de tabac et d'alcool.

Sachant que cette thématique couvre un large domaine tant sur l'aspect préventif que curatif, j'aurais aimé vous demander l'état de la situation en Belgique.

Plus précisément, votre département a-t-il déjà mené des concertations avec les entités fédérées en vue d'établir une politique coordonnée en la matière?

Dans l'affirmative, pouvez-vous nous en dire plus? Dans la négative, pensez-vous mettre ce point à l'agenda d'une prochaine Conférence interministérielle?

En Belgique, plusieurs des recommandations européennes ne sont toujours pas d'application, ni financées, en particulier l'éducation des patients, l'approche pluridisciplinaire et le dosage du BNP, un biomarqueur consistant en peptides, molécules constituées d'acides aminés et de protéines. Il peut se doser très facilement et son taux est augmenté en cas d'insuffisance cardiaque.

En effet, contrairement à la plupart des pays de l'Europe, en Belgique il n'existe encore aucun financement prévu par les pouvoirs publics pour soutenir la prise en charge pluridisciplinaire et l'éducation des patients.

L'insuffisance cardiaque est en effet responsable d'un nombre important d'hospitalisations, avec un impact significatif sur les coûts des soins de santé. En Belgique, le coût direct des hospitalisations pour insuffisance cardiaque par an est ainsi estimé à 94 millions d'euros. On estime un coût de près de 20 000 euros par an et par patient dans les formes les plus sévères. Sachant les difficultés financières dans lesquelles le gouvernement se trouve, on peut comprendre aisément qu'il est difficile de dégager de nouvelles marges pour un nouveau financement; néanmoins, il me semble intéressant de faire l'exercice.

C'est la raison pour laquelle j'aurais aimé savoir si votre département a déjà effectué l'exercice du calcul d'économies possibles en termes d'hospitalisation si on investissait par ailleurs dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients et dans le subventionnement de la fonction d'infirmier(e) d'insuffisance cardiaque?

Dans l'affirmative, quels en sont les résultats? Dans la négative, ne trouvez-vous pas utile de faire cette étude?

Par ailleurs, il semble que, depuis sept ans, le groupe de travail belge sur l'insuffisance cardiaque se bat pour cela et espère que ces recommandations seront entendues par les pouvoirs publics pour assurer une meilleure qualité de vie et une meilleure prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque en Belgique.

15.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la présidente, chère collègue, l'augmentation de la fréquence des insuffisances cardiaques se présente dans la plupart des pays occidentaux. Le vieillissement de la population joue un rôle important ainsi que les progrès médicaux qui permettent de sauver des personnes plus jeunes, qui n'auraient pu l'être voici quelques années, par exemple grâce au traitement d'infarctus graves.

Mais ces situations avec des personnes plus âgées ayant survécu à des problèmes de santé graves posent de nouveaux défis. Heureusement, il existe une nouvelle possibilité de diagnostic et de thérapie pour les insuffisances cardiaques; il y a suffisamment de prise de conscience de l'importance de la prévention et d'un suivi très précis.

L'adaptation en juin 2012 des normes d'agrément pour les programmes de soins de pathologies cardiaques offre un cadre législatif pour une approche multidisciplinaire de qualité. Pas seulement en ce qui concerne les interventions technologiques comme l'électrophysiologie, mais aussi – et peut-être surtout – en raison de l'extension de la mission des programmes de soins A. Ces programmes de soins sont proches du patient et portent un intérêt spécifique à la situation fonctionnelle et à la revalidation du patient.

Dans les nouveaux arrêtés, le développement de réseaux est ainsi prévu. Plusieurs hôpitaux, plusieurs programmes de soins et disciplines y collaborent intensément. La prise en charge urgente des infarctus, mais aussi la pathologie fréquente et très grave de l'insuffisance cardiaque peuvent être pris en considération dans le réseau.

Les hôpitaux peuvent échanger au travers d'un réseau leurs expériences sur le plan de la prévention du diagnostic à temps, de la reconnaissance des symptômes d'alarme, du traitement et du suivi adéquats. Ces réseaux utilisent des directives éventuellement en interaction avec le collège des médecins en pathologie

cardiaque.

Les aspects concernant la prévention dans le cadre d'une approche cohérente seront en effet débattus à la Conférence interministérielle avec les Communautés, tout comme la problématique sur les arrêts cardiaques soudains chez les jeunes sportifs, comme cela s'est produit.

En ce qui concerne votre dernière question, la ministre tient à vous préciser que cela pourrait faire l'objet d'une étude complexe sur le rapport économie et santé. Elle introduira une procédure d'avis auprès du collège de pathologie cardiaque.

15.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour cette réponse. Nous attendrons l'avis selon la dernière étude demandée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de 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 "les centres de fertilité en Belgique" (n° 18073)

16 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de vruchtbaarheidscentra in België" (nr. 18073)

16.01 Damien Thiéry (FDF): Ce samedi 18 mai, dans le cadre de la Belgian Lesbian & Gay Pride, les associations lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) ont rapporté des difficultés que peuvent rencontrer des couples lesbiens pour être acceptés dans un centre de fertilité. Certains de ces centres, sous couvert de la liberté thérapeutique, refuseraient systématiquement l'accès aux couples de femmes.

Êtes-vous au courant des pratiques discriminatoires dans le chef des centres de fertilité? Quelles mesures avez-vous ou comptez-vous prendre pour lutter contre ces pratiques? Prévoyez-vous un *screening* des pratiques des hôpitaux en termes d'accès à la procréation médicalement assistée pour les couples lesbiens, ainsi que le souhaitent les associations LGBT?

16.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: En vertu de la loi belge du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, les centres de fécondation se doivent de faire preuve de la plus grande transparence quant à leurs options en ce qui concerne l'accessibilité au traitement.

Vous devez cependant savoir que les centres de fécondation ont la liberté d'invoquer la clause de conscience à l'égard des demandes qui leur sont adressées. Ils doivent avertir le(s) demandeur(s) de leur refus de donner suite à la demande et ce, dans le mois qui suit la décision du médecin consulté. Ce refus est formulé par écrit et indique obligatoirement soit les raisons médicales du refus, soit l'invocation de la clause de conscience et, dans le cas où le(s) demandeur(s) en a (ont) exprimé le souhait, les coordonnées d'un autre centre de fécondation auquel ils peuvent s'adresser.

Dès lors, si certains centres invoquent la liberté thérapeutique et la clause de conscience pour refuser systématiquement l'accès à la procréation médicalement assistée à certains couples de femmes, la législation actuelle ne permet pas de vérifier ni de remédier à ces situations, que la ministre déplore totalement.

Une réflexion d'ensemble doit être menée dans ce cadre et plus particulièrement sur la question de la discrimination que pourrait engendrer l'utilisation de la clause de conscience non motivée par certains centres. La ministre est totalement disposée à en discuter avec l'assemblée.

16.03 Damien Thiéry (FDF): Merci, monsieur le secrétaire d'État, pour cette réponse. Si j'ai bien compris, il n'y a pas d'évaluation organisée à ce sujet. Cela vaudrait la peine de le faire pour éviter des discriminations supplémentaires.

J'entends que la ministre est disposée à en discuter en commission. Je pense qu'il serait également intéressant de prendre contact avec les associations LGBT pour voir quelle est leur position et s'il y a moyen

de trouver un consensus.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de 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 "l'interdiction du don de sang par les homosexuels" (n° 18074)

17 Vraag van 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 verbod op het geven van bloed door homoseksuelen" (nr. 18074)

17.01 Damien Thiéry (FDF): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, le samedi 18 mai 2013, Bruxelles s'est parée des couleurs de l'arc-en-ciel pour la 18^e édition de la Belgian Lesbian & Gay Pride. Cet événement fut l'occasion, pour de nombreuses associations de défense des droits des homosexuels, de mettre en avant certains manquements au niveau législatif.

Je reconnais que la Belgique reste un pays très avancé en termes d'ouverture par rapport à l'homosexualité, d'autant plus si on fait référence à nos voisins français. Néanmoins, des discriminations injustes et datant d'une autre époque persistent, telles que l'exclusion par la Croix-Rouge de Belgique du don de sang des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les personnes visées ont des difficultés à comprendre cette restriction qui se base non pas sur un comportement à risque, mais sur une orientation sexuelle particulière. Or, un arrêté royal de février 2005 indique très clairement que les critères d'exclusion des donneurs de sang total et de composants sanguins sont les individus dont seul le comportement sexuel expose au risque de contracter des maladies infectieuses graves transmissibles par le sang. On ne parle pas ici d'une orientation sexuelle particulière.

Il est important de souligner que les questions du questionnaire de la Croix-Rouge sont suffisantes pour écarter les donneurs ayant des comportements dits à risque, de façon à garantir la qualité du sang donné. En effet, si le donneur répond "oui" à l'une des questions suivantes, il est écarté du don de sang:

- Avez-vous plus d'un partenaire sexuel? Cette question est surprenante au 21^e siècle, encore que nous ne soyons pas tous obligés d'aller à l'encontre de certaines habitudes; cependant, je pense qu'il faut tenir compte du fait que certaines personnes peuvent avoir plusieurs partenaires sexuels.
- Votre partenaire est-il séropositif?
- Avez-vous des raisons de penser que votre partenaire a des comportements à risque? Comme si le partenaire allait le dire! C'est surréaliste!
- Avez-vous eu un nouveau partenaire? Comme si la personne allait le confirmer!

Si ces questions sont valables pour les homosexuels, je ne vois pas pourquoi elles ne le sont pas pour les hétérosexuels! La question ciblant "les hommes ayant eu des relations avec d'autres hommes" est donc stigmatisante et discriminatoire.

Le 17 février 2012, vous aviez mis sur pied un groupe d'experts chargé d'étudier cette question. Celui-ci avait décidé de suspendre ses travaux en attendant les résultats d'un autre groupe de travail institué au niveau européen.

Monsieur le secrétaire d'État, où en est ce groupe de travail? A-t-il repris ses travaux? Doit-il attendre les résultats d'un autre groupe de travail pour avancer? Le sujet est toujours relativement complexe. Le questionnaire discriminatoire de la Croix-Rouge à l'égard des homosexuels sera-t-il rapidement revu?

17.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur Thiéry, Mme la ministre a eu l'occasion de répondre le 8 mai dernier à une question identique de votre collègue, Mme Genot. Elle vous invite donc à prendre connaissance des réponses à vos questions dans le rapport de la séance de commission de ce jour-là.

Maintenant que la résolution relative aux comportements sexuels chez les donneurs de sang ayant un impact sur la sécurité transfusionnelle a enfin été adoptée par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe, ce 27 mars dernier, ce groupe d'experts belge va pouvoir se réunir très prochainement à nouveau dans le but de faire des propositions concrètes au regard des conclusions européennes.

17.03 Damien Thiéry (FDF): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour votre réponse. J'irai

m'enquérir de la réponse fournie à ma collègue. J'espère que le rapport me donnera une réponse claire par rapport au questionnaire discriminatoire de la Croix-Rouge, qui est, pour moi, à l'heure actuelle, un des points fondamentaux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Willem-Frederik Schiltz aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de Slowaakse export van puppy's en kittens naar België" (nr. 18075)

- mevrouw Meyrem Almaci aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de invoer van puppy's" (nr. 18107)

- de heer Willem-Frederik Schiltz aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "fraude met puppy's" (nr. 18114)

- 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 "hondenmafia"" (nr. 18162)

- mevrouw Leen Dierick aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de handel van honden en katten in ons land" (nr. 18197)

- mevrouw Cathy Coudyser aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de lijst zoals bedoeld in artikel 19/5 van het koninklijk besluit van 27 april 2007" (nr. 18245)

18 **Questions jointes de**

- M. Willem-Frederik Schiltz 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'exportation slovaque de chiots et de chatons vers la Belgique" (n° 18075)

- Mme Meyrem Almaci 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'importation de chiots" (n° 18107)

- M. Willem-Frederik Schiltz 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 fraudes liées à l'importation de chiots" (n° 18114)

- Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le trafic de chiens" (n° 18162)

- Mme Leen Dierick 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 commerce des chiens et des chats dans notre pays" (n° 18197)

- Mme Cathy Coudyser 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 liste telle que visée à l'article 19/5 de l'arrêté royal du 27 avril 2007" (n° 18245)

De **voorzitter**: De heer Schiltz is afwezig.

18.01 **Meyrem Almaci** (Ecolo-Groen): Het illegaal verhandelen van puppy's in België is geen nieuw fenomeen; het is al herhaaldelijk in allerhande programma's aangekaart. In 2012 bracht een groot verkeersongeval in Duitsland met een transport van puppy's vanuit Slowakije naar ons land de schaalgrootte van het probleem onder de aandacht. België telt meer dan 1,2 miljoen honden, 155 000 daarvan zijn afkomstig uit het buitenland. Er werden 26 000 pups ingevoerd. De voorbije jaren worden we alsmaar vaker gewezen op illegale transporten van zulke gezelschapsdieren na melding van burgers, dierenartsen en dierenrechtenorganisaties.

Dat geeft de indruk dat er een georganiseerde hondenmafia voor puppy's actief is, die alleen geïnteresseerd is in geldgewin en niet in chippen, socialisatie, registratie, verzorging en inenting tegen rabiës, wat dan weer de volksgezondheid in gevaar brengt. Ik heb de volgende vragen, onder andere naar aanleiding van de bijeenkomst vorige week in het Parlement over de puppyzwendel.

Hebt u de betreffende Telefactsuitzending met verborgen camera gezien? Wat is uw reactie?

Hoe wordt de smokkel, die al enkele jaren bekend is, proactief aangepakt?

Hoe verklaart u dat Slowaakse bedrijven zoals Puppy Export niet-gevaccineerde puppy's kunnen binnenbrengen vanuit zogenaamde *collection centers*, centra om dieren bijeen te brengen, terwijl expliciet in onze wetgeving staat dat zulks niet toegelaten is? Gebeurt daar iets aan?

Uw diensthoofd Dierenwelzijn, Eric Van Tilburgh, verklaarde: "Onze inspecteurs hebben al meer dan genoeg werk met de huidige dierenwelzijnsproblemen, laat staan dat ze in de struiken gaan liggen om illegale transporten te gaan opwachten." Wat vindt u van die uitspraak? Op welke manier gaan ze dan wel om met die problematiek? Hoeveel klachten hebben ze de voorbije vijf jaar dienaangaande al gekregen?

Hoeveel controles werden er de voorbije vijf jaar proactief uitgevoerd? Hoeveel inbreuken werden er bij die controles vastgesteld, in de verkoopcentra, bij transporteurs, waar ook in de keten?

Ten slotte, hoe werd gereageerd op de geregistreerde inbreuken en klachten? Via welke concrete actie? Is er daarin een evolutie? Bijvoorbeeld, als er meer inbreuken zijn, is dan ook de controle of de aanpak verstrengd of de sanctie harder geworden?

Ik zou dat graag willen weten. Ik begrijp dat de vijfde, zesde en zevende vraag misschien nogal gedetailleerd zijn. Ik zou dan ook graag een algemeen antwoord krijgen, en dan de details schriftelijk. Het is alleszins dringend tijd om klaarheid te scheppen over de aanpak van het probleem door de overheid.

18.02 Rita De Bont (VB): Collega Almaci heeft reeds verwezen naar de uitzending van *Telefacts* op VTM en naar de bijeenkomst vorige week hier in het federaal Parlement.

Daar heeft men gesteld dat, hoewel onze wetgeving rond dierenwelzijn en handel in gezelschapsdieren streng is, er nog steeds op grote schaal pups illegaal worden verhandeld. Elke hond die het land binnenkomt, moet een paspoort hebben en moet gechipt zijn, maar in de praktijk wordt daarmee gesjoemeld dat het een lieve lust is. Ik kan hierover zelf meespreken.

In de reportage werd zelfs geïnsinueerd dat de FOD Dierenwelzijn op de hoogte zou zijn van de wantoestanden en ze eigenlijk oogluikend zou toelaten. Dat is natuurlijk een zware beschuldiging.

Wat is de reactie van de minister op de insinuatie?

Waarom heeft het Slowaakse bedrijf Puppy Export, dat al ettelijke malen in opspraak kwam en waarvan kan aangetoond worden dat zijn werking niet conform onze wetgeving is, nog altijd een onbeperkte erkenning als erkend kweker uit een erkend land, die voldoet aan de voorwaarden uit bijlage III van het KB van 27 april 2007?

Hoe verklaart u het lakse optreden van de overheid, onder andere van het FAVV en van de dienst Dierenwelzijn, tegenover broedfokkers uit Duffel en Kontich-Waarloos, die helemaal geen onbekenden zijn voor de inspectiedienst Dierenwelzijn, maar die toch steeds onder een of andere naam een erkenningsnummer verkrijgen en altijd maar weer opnieuw pups kunnen invoeren en verkopen?

18.03 Staatssecretaris **Philippe Courard**: Ik deel u het antwoord mee van de minister.

De minister was allerm minst opgezet met het eenzijdig beeld dat het VTM-programma *Telefacts* schetst van het toezicht van haar diensten op de handel in pups. De minister zal dan ook aan de hand van cijfers aantonen dat de dierenartsen van de inspectiedienst Dierenwelzijn wel degelijk toezien op het welzijn van gezelschapsdieren in ons land en dat die bevoegdheid veel verder reikt dan uitsluitend de invoer van honden.

De dertien inspecteurs-dierenartsen van de inspectiedienst Dierenwelzijn behandelden 1 488 klachten in 2012, naast 433 aanvragen voor erkenning van kwekerijen en handelszaken. Er werden onder meer dertien circussen, twaalf dierentuinen en vierenzestig proefdierlaboratoria gecontroleerd.

Vastgestelde overtredingen maken naargelang van de ernst het voorwerp uit van waarschuwingen of processen-verbaal. Steeds gaan die gepaard met opgelegde maatregelen om de situatie te corrigeren. In

totaal werden er 357 processen-verbaal en 555 waarschuwingen opgesteld. Voorts werden 2 548 dieren in beslag genomen, waarvan 360 hoevedieren. Er werd een bedrag van bijna 25 000 euro aan boetes geïnd.

Het aantal controles die de voorbije vijf jaar werden uitgevoerd naar de invoer versus kweek van Belgische of buitenlandse honden, werd niet afzonderlijk bijgehouden. De minister is er zich van bewust dat er nog een zwarte handel bestaat in gezelschapsdieren. De ontwikkeling van de wetgeving is er sedert het verbod op de verkoop van honden en katten op markten steeds op gericht geweest om het welzijn van die dieren te verzekeren en de handel beter onder controle te krijgen. Met de invoering van de verplichte erkenning voor kwekerijen en handelszaken in 1997 en vooral met de verplichte identificatie en registratie van honden in 1998 hebben wij een sterke controle gekregen op de sector.

Minister Onkelinx wil ook onderstrepen dat op het vlak van de wetgeving een proactief en consistent beleid wordt gevoerd. Zo heeft ons land een van de strengste wetgevingen van de Europese Unie inzake hondenhandel, wat ook werd vermeld tijdens de reportage. Bovendien moeten sinds 1 februari 2011 buitenlandse kwekerijen die honden in ons land willen invoeren, voldoen aan dezelfde regels op het vlak van dierenwelzijn als Belgische kwekers.

De wetgeving van het land van herkomst moet dus even streng zijn of de lokale overheid moet erop toezien dat de kwekerijen de strengere Belgische normen respecteren. De dienst Dierenwelzijn houdt het overzicht bij van de kwekerijen die in België mogen invoeren en dit op basis van officiële rapporten van de bevoegde autoriteiten van de landen van herkomst.

Door deze strenge wetgeving is de lijst van potentiële invoerders van honden eerder beperkt. Er is dus altijd een zeker risico dat Belgische kwekerijen, om aan de grote vraag naar dieren te kunnen voldoen, zich op een minder legale manier trachten te bevoorraden.

Het spreekt voor zich dat illegale transporten heel moeilijk te controleren zijn, niet het minst omdat er binnen Europa geen grenscontroles meer zijn. Dergelijke transporten worden uiteraard niet aangemeld via het regulier systeem. Bijgevolg zijn vaststellingen langs de openbare weg eerder toevalstreffers.

Wel worden alle ernstige tips nagetrokken en, voor zover ze voldoende gegevens over het tijdstip en de locatie bevatten, ook gecontroleerd. In heel wat gevallen is de info gebaseerd op geruchten en vermoedens zonder duidelijke aanwijzingen.

De inspectiedienst kon al kwekers op heterdaad betrappen tijdens een routinecontrole van hun bedrijf. Eenmaal de dieren een paar dagen ter plaatse zijn, wordt het heel moeilijk om hun herkomst te traceren omdat ze meteen als Belgische pups worden geïdentificeerd.

Van een illegaal transport met een omvang van driehonderd honden, waarvan sprake in de uitzending, is evenwel nog nooit gewag gemaakt in bevindingen of klachten in binnen- of buitenland.

Wat de vaccinatie betreft, kunnen honden jonger dan drie maanden onder welbepaalde voorwaarden en vanuit een beperkt aantal lidstaten, zonder vaccinatie tegen rabiës ingevoerd worden. Zo kunnen volgens de huidige Europese regels voor het verkeer van gezelschapsdieren, de lidstaten voor dieren jonger dan drie maanden en niet-gevaccineerd tegen rabiës, toestemming geven voor het intracommunautair verkeer indien het dier vergezeld gaat van een paspoort en vanaf zijn geboorte op zijn geboorteplaats geleefd heeft, zonder in contact te komen met wilde dieren die eventueel blootgesteld werden aan de infectie, dan wel zijn moeder vergezelt, waarvan het nog afhankelijk is. België staat dit toe onder de voorwaarden vastgesteld in het koninklijk besluit van 1 mei 2006.

Het is aan het land van verzending om de nodige documenten aan te leveren die aantonen dat aan alle voorwaarden voldaan wordt. De controles door de ontvangende lidstaten mogen slechts steekproefsgewijs georganiseerd worden.

Het geval in Duitsland waaraan u refereert is daarvan een illustratie. Duitsland doet een controle op de pups en op de begeleidende Slowaakse documenten stelt men enkele onregelmatigheden vast, die daarop door de Slowaakse overheid weerlegd worden. België heeft als derde land nota genomen van het dispuut en de bevoegde diensten hebben een proces-verbaal opgesteld voor de overtreding van onze identificatie- en registratiewetgeving.

De minister is niet op de hoogte van een vervolg dat aan deze zaak in Duitsland zou worden gegeven.

Indien de Slowaakse uitvoerder op basis van de Duitse vaststellingen zou worden veroordeeld, zal de minister die zonder meer van de lijst schrappen.

Het is hoe dan ook de bedoeling een inspectiebezoek te brengen aan enkele landen van waar pups worden ingevoerd. Zodoende kan een beeld worden verkregen van de omstandigheden waarin de honden worden gehouden en gekweekt, en van de wijze waarop wordt toegekeken op de naleving van de door ons land opgelegde regels.

Het spreekt voor zich dat de minister op basis van het verslag van dit inspectiebezoek zal nagaan of het beleid ter zake moet worden gewijzigd, en meer in het bijzonder of de betrokken uitvoerder van de lijst van toegelaten exporteurs moet worden geschrapt.

Met betrekking tot de risico's voor de volksgezondheid heeft de ervaring aangetoond dat de grootste dreiging uitgaat van jonge dieren die illegaal worden binnengebracht vanuit landen buiten de EU, waaronder een aantal populaire reisbestemmingen, door reizigers die de regelgeving niet respecteren. In de lidstaten van de EU bestaat een surveillanceprogramma voor rabiës, met waar nodig vaccinatie van huisdieren en wilde dieren.

België stelt bovendien als bijkomende voorwaarde voor het binnenbrengen van niet-gevaccineerde pups dat de landen vrij dienen te zijn van rabiës volgens de definitie van de Wereldgezondheidsdienst voor Dieren. Minister Onkelinx vernam van minister Laruelle, bevoegd voor dierengezondheid, dat Slowakije zal worden geschrapt van de lijst van landen van waaruit het binnenbrengen van niet-gevaccineerde pups is toegestaan, omdat het land niet langer voldoet aan de voorwaarden. Een ministerieel besluit hieromtrent verschijnt eerstdaags in het *Belgisch Staatsblad*.

Wat de uitspraak van dokter Van Tilburgh betreft, heeft de minister weinig op te merken. Zij kan alleen maar bevestigen dat de controledienst Dierenwelzijn bergen werk verzet, waarvan onvermijdelijk een deel buiten de kantooruren en in de weekends. De minister kan ook onderschrijven dat het schaduwen of observeren van potentiële verdachten een bevoegdheid is die meer toekomt aan de reguliere politie. Haar diensten werken goed samen met de politie en stellen hun expertise graag ter beschikking van politie en parket. Dat gebeurde ook in de zaken die in *Telefacts* werden aangeklaagd.

Om de werking van de inspectiedienst te versterken, heeft minister Onkelinx ervoor gezorgd dat er nog dit jaar twaalf mensen extra worden aangeworven. Ook het budget bedoeld voor de opvang van in beslag genomen dieren werd verhoogd met 75 000 euro. Dat levert nogmaals het bewijs dat de regering en minister Onkelinx in het bijzonder veel belang hechten aan dierenwelzijn en aan de controles van de wetgeving ter zake.

Om te illustreren dat de hondenhandel wel degelijk een van haar belangrijkste aandachtspunten is in het hele dierenwelzijnsdossier, kan ik vermelden dat minister Onkelinx vorig jaar, dus lang vóór de Telefactsuitzending, de Raad voor Dierenwelzijn heeft gevraagd de wetgeving ter zake door te lichten en haar desgevallend voorstellen ter verbetering voor te stellen. Er werd een werkgroep opgericht en uit de verslagen die de minister van haar diensten ontvangt, weet ze dat de werkzaamheden opschieten en dat geen enkel onderwerp uit de weg wordt gegaan.

De minister acht het dan ook niet opportuun om nu commentaar te geven op de werkzaamheden van deze werkgroep en dus ook op de voorstellen, geformuleerd door Ani-zoo, een organisatie die ook in deze werkgroep is opgenomen en voorstellen doet die daar eerst besproken moeten worden, zowel met betrekking tot de registratie van oudere dieren als met betrekking tot hun voorstel van charter.

Ik dank u voor uw geduld.

18.04 **Meyrem Almaci** (Ecolo-Groen): Mijnheer de staatssecretaris, ik heb liever een lang antwoord waarbij men ingaat op alle vragen dan een kort antwoord waarbij men daar niet op ingaat. Ik zou dit antwoord ook graag schriftelijk ontvangen.

Als de minister zegt dat het een eenzijdige uitzending is, is dat te begrijpen. Ze neemt ook de verdediging van haar diensthoofd Dierenwelzijn op, maar dat neemt niet weg dat u ook, in het antwoord dat u geeft,

erkent dat er een probleem is en dat er nog altijd een illegale handel is met zorgwekkende aspecten, zowel op het vlak van de socialisatie van de dieren als op het vlak van de verdere gevolgen voor het dierenwelzijn.

Slecht gesocialiseerde dieren die stress hebben, kunnen ook zeer gevaarlijke dieren zijn. In dit geval gaat het om pups.

Ik ben blij te horen dat er een ministerieel besluit over Slowakije komt. Ik hoop dat wij dat ook mogen ontvangen. Wij kregen dat in principe niet snel te zien, dus ik vraag expliciet of wij dat ook mogen zien.

Ik stel meteen ook de vraag om attent te zijn ten aanzien van verschuivingsgedrag, eerst en vooral met betrekking tot de inspectiebezoeken. Ik ga ervan uit dat die onverwacht en dus niet aangekondigd zullen zijn. De enige die daarvan op de hoogte moeten zijn, zijn de overheden ter plekke en zeker niet degenen die de dieren kweken.

Hetzelfde met betrekking tot het ministerieel besluit over Slowakije. Men moet beducht zijn voor alternatieve routes vanuit Slowakije naar een ander land, van waaruit de handel wordt voortgezet.

Een verhoogde waakzaamheid is nodig. Het gaat om tienduizenden pups. Wij moeten met Duitsland en andere doorvoerlanden proactiever werken. Uiteraard moeten de inspecteurs van Dierenwelzijn niet zelf in de struiken gaan liggen. Het ware alleszins logischer geweest, mocht de inspecteur van Dierenwelzijn dit willen aanklagen bij het parket en de politie om hun waakzaamheid te verhogen.

De samenwerking in een multidisciplinair team, met de minister van Dierenwelzijn, met minister Laruelle voor economische zaken en met de minister van Binnenlandse Zaken, bevoegd voor de politie, is ongelooflijk belangrijk. Ik hoop dat we daarvan snel de resultaten kunnen zien.

18.05 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het uitvoerig voorlezen van het antwoord van minister Onkelinx. Ik betreur dat de minister zelf niet aanwezig is. Verscheidene elementen hadden tot een debat kunnen leiden.

Ik ben blij met het ministerieel besluit over Slowakije. Ik had het ook graag gelezen. UNIZO stelde voor om vanuit die landen geen pups jonger dan drie maanden in te voeren. Het is ook absoluut niet aangewezen om pups van ouder dan drie maanden in te voeren en te verkopen zolang er geen strengere wetgeving is op de noodzakelijke socialisering van pups tussen acht en twaalf weken voor verkoop.

U verwijst ook naar de controle en naar de samenwerking met de politie. Die controleurs van Volksgezondheid kunnen inderdaad niet zelf in de struiken gaan liggen, maar het probleem zit misschien bij de wetgeving zelf. Dat is ook reeds onder de aandacht gebracht van de minister. In de wet van 14 augustus 1986, zoals aangepast op 27 december 2012, heeft zij voorzieningen gemaakt voor een administratieve inbeslagname, terwijl dat veel beter voor een gerechtelijke inbeslagname zou zijn. Als gevolg van die administratieve inbeslagname blokkeert men immers andere acties die kunnen gevoerd worden om de kwekers in kwestie te straffen; ze zijn dan al eens gestraft. Er zou dringend een aanpassing moeten komen aan dat wetsvoorstel.

Ik hoop dat de minister ook dat punt meeneemt naar de besprekingen die hierover blijkbaar aan de gang zijn. Wij zullen alleszins onderzoeken of wij daaromtrent een initiatief kunnen nemen. Ik hoop dat dit de nodige aandacht zal krijgen.

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

18.06 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, er is tegelijk een vergadering van de commissie voor de Buitenlandse Betrekkingen, waar het stabiliteitsverdrag wordt bediscussieerd. Ik ben daar ontsnapt naar hier, maar ik moet daar eigenlijk het woord nemen. Ik heb hier nog één vraag op de agenda staan, namelijk vraag nr. 18132. Ik vroeg mij af of ik deze vraag eerst mocht stellen.

(...): (...)

18.07 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): Kan ik het antwoord schriftelijk krijgen? Dan is het voor mij ook in orde.

19 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de vernietiging van het verbod op reclame voor plastische chirurgie" (nr. 18101)

- mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de reclame voor esthetische ingrepen" (nr. 18374)

19 **Questions jointes de**

- Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'annulation de l'interdiction de la publicité en matière de chirurgie plastique" (n° 18101)

- 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 "la publicité pour les interventions de chirurgie esthétique" (n° 18374)

19.01 **Ine Somers** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, de volgende vraag had ik aan de minister van Volksgezondheid, mevrouw Onkelinx, gesteld.

Reclame voor schoonheidsingrepen mag binnenkort opnieuw. Het Grondwettelijk Hof heeft namelijk de wet van 6 juli 2011 vernietigd die reclame verbiedt voor ingrepen om het lichaam te verfraaien. Volgens het Hof is de wet discriminerend, omdat die reclame wordt verboden voor artsen, maar niet voor schoonheidsspecialisten die met lasertechnologie epilaties uitvoeren.

Hetzelfde lot kan het recent goedgekeurde wetsontwerp tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren te wachten staan. Minister Onkelinx heeft steeds volgehouden dat er een fundamenteel verschil bestaat tussen ingrepen en laserbehandelingen, die onder de wet op de tatoeages zouden vallen.

Ik heb daarover de volgende vragen.

Kunt u voor alle duidelijkheid herhalen waar de grens ligt tussen ingrepen en laserbehandelingen? Vallen laserbehandelingen onder de wet op de tatoeages?

Wat bent u van plan met het wetsontwerp tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, inzonderheid artikel 14, dat tot doel heeft de schoonheidsspecialisten, die dus geen artsen zijn, toe te staan gebruik te maken van bepaalde invasieve epilatietechnieken, alsook de Koning ertoe te machtigen de daartoe vereiste opleiding te bepalen?

Aangezien reclame voor schoonheidsingrepen niet gewenst is en die ingrepen inderdaad door geschoolde artsen uitgevoerd dienen te worden, is dringend een nieuw wetgevend ingrijpen nodig. Hebt u daaromtrent reeds plannen?

19.02 Staatssecretaris **Philippe Courard**: Ik kan u, in naam van de minister, het volgende antwoord meedelen.

Minister Onkelinx heeft kennisgenomen van het vernietigingsarrest van 22 mei laatstleden van de wet van 6 juli 2011 door het Grondwettelijk Hof. Zoals u weet, geeft minister Onkelinx de absolute voorrang aan de veiligheid van de patiënten. Zij kan dan ook niet aanvaarden dat goedgebouwde of slecht ingelichte personen worden misleid. De minister denkt dat er een wet nodig is die de reclame voor heelkundige of esthetische medische ingrepen beperkt.

Aangezien de vernietigde wet een parlementair initiatief betrof, is het aan de Senaat om dat dossier in handen te nemen. De diensten van de FOD Volksgezondheid onderzoeken momenteel wel de mogelijkheden om de wet te herstellen, rekening houdend met het arrest van het Grondwettelijk Hof.

Wat de gevolgen van de vernietiging aangaat, vervalt alleen de aanduiding van de ambtenaar belast met de administratieve boetes evenals natuurlijk de verschillende processen-verbaal die op basis van de wet werden opgemaakt en in het bijzonder in het kader van het aanbod van groepsaankopen voor ingrepen met

een esthetische draagwijdte.

Tot slot wil de minister verduidelijken dat de vernietiging van de wet van 6 juli 2011 geen enkele weerslag zal hebben op de wet tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, die weldra in het *Belgisch Staatsblad* zal verschijnen.

Er zal echter over moeten worden gewaakt dat de wet die de vernietigde wet van 6 juli 2011 zal vervangen, correct overeenstemt met de wet die de kwalificaties regelt.

Specifiek in onderhavig geval en in antwoord op de vragen van mevrouw Somers zijn een aantal rechtzettingen aan de orde.

De minister heeft nooit verklaard dat de lasertechnieken onder de toepassing van de regelgeving op de tatoeages en piercings vallen. Tijdens de debatten over het wetsvoorstel van senator Tilmans en de amendementen op haar voorstel, is de problematiek van de permanente make-up ter sprake gekomen. De minister heeft alleen in verband met dergelijke make-up bevestigd dat ze via een koninklijk besluit onder de toepassing van de regelgeving op de tatoeages en piercings zou kunnen vallen.

Wat de lasertechnieken van klasse 4 en pulslichttechnieken betreft, is de wet tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, die heel binnenkort in het *Belgisch Staatsblad* zal verschijnen, heel duidelijk. Die wet behoudt de techniek voor aan de geneesheren-specialisten in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde, aan de geneesheren-specialisten elk op hun anatomisch gebied en aan de heelkundigen.

In dat kader valt het gebruik van die technieken onder de noemer "medische ingreep". De wet voorziet echter in een heel beperkte uitzondering voor het epilieren via laser- of pulslichttechnieken. Deze zeer beperkte uitzondering is verantwoord omdat de schoonheidsspecialisten de epilatietechniek in kwestie al heel lang uitoefenen.

Deze uitzondering is overigens zeer strak geregeld omdat de schoonheidsspecialisten een specifieke opleiding zullen moeten volgen. De schoonheidsspecialisten mogen dan al bij wijze van uitzondering die techniek beoefenen, zij zijn daarom nog geen gezondheidszorgbeoefenaars en blijven handelaars in de zin van de regelgeving op de handelspraktijken.

19.03 Ine Somers (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, het is goed dat er rond de reclame opnieuw een initiatief wordt genomen. Ik hoor dat het bij de Senaat ligt, maar dat het voorbereidend werk is gebeurd door de FOD Volksgezondheid.

Wij mogen echter ook niet ontkennen dat in het wetsontwerp betreffende de niet-heelkundige esthetische ingrepen, dat recent is goedgekeurd, ook kleine uitzonderingen vermeld staan. Het kan er dus wel toe leiden dat bij klachten het Grondwettelijk Hof zal oordelen dat er een discriminatie in vervat zit, waarop een nieuw wetgevend initiatief zal moeten plaatsvinden.

Wat de wet op de tatoeages betreft, begrijp ik duidelijk dat enkel de permanente make-up onder die wetgeving kan vallen en de rest niet.

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

20 Vraag van mevrouw Carina Van Cauter aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenningscriteria voor gerechtspychiateren" (nr. 18112)

20 Question de Mme Carina Van Cauter 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 critères d'agrément pour les psychiatres judiciaires" (n° 18112)

20.01 Carina Van Cauter (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik hoefde minister Onkelinx niet te overtuigen van het belang van de wet op de geïnterneerden uit 2007. Die wet is trouwens tot stand gekomen onder haar toenmalig beleid als minister van Justitie. Het probleem van de inwerkingtreding van die wet bevat verschillende facetten en is echt prangend.

Tijdens de plenaire vergadering van 28 maart 2013 heb ik minister Onkelinx dan ook gevraagd naar de stand van het koninklijk besluit dat de procedure en de erkenningsvoorwaarden voor gerechtspychiaters moet regelen. Inzake dat aspect wacht de wet nog op uitvoering en minister Onkelinx is daarvoor bevoegd. De minister heeft mij toen geantwoord dat haar administratie al een eerste visietekst had opgesteld, die in de loop van de maand april voorgelegd zou worden aan de deskundigen van de erkenningscommissie voor psychiaters. Zij hoopte om in de komende maanden een statuut te kunnen opstellen voor gerechtelijk deskundige psychiaters die in het raam van de interneringswet, meer bepaald de juridische fase, onderzoeken kunnen uitvoeren.

Mijnheer de staatssecretaris, kunt u aangaande die visietekst misschien al een tipje van de sluier lichten? Zullen onder meer de forensische wetenschappen deel uitmaken van de erkenningscriteria voor gerechtspychiaters?

Wij weten allemaal dat deskundigen het meestal eens zijn over de pathologie, maar dat zij het meestal niet eens zijn over de juridische implementatie. De forensische wetenschappen zijn zeer belangrijk. Zullen zij deel uitmaken van de erkenningscriteria? Kunt u uw visietekst wat meer toelichten? Hoe ver staat het met het koninklijk besluit dat de voorwaarden en de erkenningsprocedure voor gerechtspychiaters zal bepalen? Ik dank u alvast voor uw antwoord.

20.02 Staatssecretaris **Philippe Courard**: Mevrouw de voorzitter, ik zal u het antwoord van de minister van Volksgezondheid geven.

Artikel 5, § 2 van de wet van 21 april 2007 over de internering van personen met een geestesstoornis bepaalt dat het psychiatrisch deskundig onderzoek wordt uitgevoerd onder de leiding en de verantwoordelijkheid van een deskundige die voldoet aan de voorwaarden, gesteld in artikel 2, § 1 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967.

Daarenboven moet de deskundige vooraf erkend zijn door de minister bevoegd voor Volksgezondheid. Zowel de Franstalige als de Nederlandstalige kamer van de erkenningscommissie Psychiatrie heeft zich vorige maand gebogen over de erkenningsvoorwaarden voor forensische psychiaters. Deze voorwaarden zijn beschreven in een visienota, die werd opgesteld door psychiaters met heel wat ervaring met forensische wetenschappen. De discussies in de erkenningscommissie waren heel nuttig en brachten waardevolle aanvullingen op de nota voort.

Op basis van deze opmerkingen is de administratie op dit moment een ministerieel besluit aangaande de erkenningsvoorwaarden aan het opstellen. Dit besluit zal dan in een gezamenlijke vergadering met beide erkenningscommissies en de experts worden besproken. Indien nodig zullen verdere aanpassingen worden gedaan.

Het is duidelijk dat kandidaat-forensische psychiaters een opleiding dienen te volgen aangaande de specifieke eigenheid van de forensische psychiatrie. De visienota voorziet op dit gebied in een theoretische opleiding, een stage en een voortgezette theoretische vorming.

Op dit moment bestaat zo'n opleiding echter niet. In Vlaanderen bestaat er wel een interuniversitaire postgraduaatopleiding forensische psychiatrie en psychologie, die momenteel wordt omgevormd tot een permanente academische vorming. In Wallonië bestaat een vergelijkbare twee jaar durende postacademische universitaire opleiding in de criminalistiek, alsook een master in de gerechtspychologie.

20.03 **Carina Van Cauter** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw antwoord.

Ik ben blij dat er vooruitgang wordt geboekt met betrekking tot de uitvoering van het koninklijk besluit inzake de erkenning van gerechtspychiaters.

Ik neem aan dat het nog te vroeg is om de stukken voor te leggen, aangezien ze nog in het beleidsvoorbereidend stadium verkeren. Ik zal het dossier van nabij opvolgen.

Het knelpunt van het gebrek aan een academische opleiding is pertinent, maar het zal niet aan de minister van Volksgezondheid zijn om daarvoor een oplossing te bieden. De vraagstelling zal zich dus op een ander niveau voortzetten.

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

La **présidente**: La question n° 18118 de Mme Sarah Smeyers est supprimée. Mme Meyrem Almaci a reçu la réponse à sa question n° 18132. Les autres questions sont reportées.

21 Question de Mme Jeanne Nyanga-Lumbala 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 drépanocytose" (n° 18310)

21 Vraag van mevrouw Jeanne Nyanga-Lumbala aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "sikkelcelziekte" (nr. 18310)

21.01 Jeanne Nyanga-Lumbala (cdH): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, ma question s'articule autour de la drépanocytose, une maladie génétique qui affecte l'hémoglobine contenue dans les globules rouges et réduit leur capacité à circuler dans les vaisseaux sanguins. Cette maladie conduit à des complications multiples, tant aiguës que chroniques, telles que l'anémie, les douleurs, les infections, la jaunisse et des calculs biliaires, la destruction des articulations, la destruction des vaisseaux des yeux et une diminution des performances du cœur.

Il s'agit d'une maladie que l'on ne peut pas guérir, mais dont on sait prévenir et soigner certains symptômes. Une bonne prise en charge et un accompagnement médical attentif peuvent soulager le drépanocytaire et prévenir les complications de la maladie.

Monsieur le secrétaire d'État, pourriez-vous m'informer de l'étendue de cette maladie en Belgique? Quelle prise en charge existe-t-elle actuellement pour ces patients? Étant donné l'importance de la prévention dans le cadre de cette maladie et de l'accompagnement des patients qui en souffrent, avez-vous eu des contacts avec vos collègues au sein de la Conférence interministérielle Santé publique en vue d'assurer une gestion adéquate de cette maladie?

21.02 Philippe Courard, secrétaire d'État: Madame la présidente, chère collègue, la prévalence exacte de la drépanocytose en Belgique n'est pas connue actuellement. Les chiffres disponibles montrent une incidence d'environ un sur mille nouveau-nés à Bruxelles et en région liégeoise. Il en découle qu'il s'agit de la maladie génétique la plus fréquente dans la capitale. Selon les données fournies par les spécialistes, environ 700 à 750 personnes seraient atteintes en Belgique par la maladie, avec des prévalences plus fortes dans les régions comportant des populations issues de pays méditerranéens et d'Afrique subsaharienne – la maladie étant plus fréquente dans ces régions avec une prévalence de 15 à 25 %.

Le dépistage des nouveau-nés est organisé en Région bruxelloise par une convention entre l'INAMI et le laboratoire de chimie hématologique de l'hôpital Erasme, qui a pour objet de poursuivre une étude sur la drépanocytose. L'objectif de cette étude consiste à présenter une stratégie efficace en vue de prévenir certaines manifestations de la maladie. Une analyse sera effectuée à cet effet sur la base d'un dépistage systématique chez tous les nouveau-nés dans la Région de Bruxelles-Capitale – soit, entre 15 et 20 000 enfants. Les propositions stratégiques devront être formulées en s'appuyant sur les résultats de ce dépistage et sur une étude de la littérature.

Tous les soins nécessaires à ces patients sont financés par l'assurance soins de santé obligatoire. Autrement dit, les tests de biologie clinique indispensables à la formation du diagnostic et au suivi de ces patients sont repris par la nomenclature des soins de santé "biologie clinique". Les consultations médicales – médecins spécialistes et généralistes –, les examens et traitements en cas de problème articulaire et les antibiotiques nécessaires au traitement des infections bactériennes sont remboursés. Le traitement de l'anémie, y compris la transfusion, est couvert. Les traitements de la douleur peuvent être assurés dans la plupart des hôpitaux en fonction algologique et dans les centres conventionnés en douleur chronique. Les examens et traitements en cas de complication vaso-occlusive, la transplantation de moelle, le conseil génétique et le diagnostic prénatal sont assurés au sein des huit centres génétiques. Certains hôpitaux ont spontanément organisé la prise en charge multidisciplinaire de ces patients. Une demande de convention de reconnaissance de centre de référence a été introduite auprès de l'INAMI.

Vu la prévalence de la maladie en Belgique, elle est considérée comme une pathologie rare. Elle pourra

bénéficiaire de mesures prises dans le cadre du futur Plan maladies rares. Cette information est reprise sur orpha.net.

La demande de convention avec des centres de référence fera l'objet d'un examen au sein du groupe de travail "maladies rares" de l'Observatoire des maladies chroniques, chargé d'effectuer un relevé des besoins des patients atteints de maladies rares et de remettre des propositions visant à améliorer la prise en charge, la qualité des soins et leur accessibilité pour ces patients.

En fonction de l'analyse des besoins, des priorités seront établies par ce groupe de travail. En fonction des budgets disponibles, de nouvelles initiatives spécifiques à cette maladie pourraient être financées.

21.03 **Jeanne Nyanga-Lumbala** (cdH): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. Je souhaite qu'on puisse organiser une campagne de sensibilisation pour faire connaître cette maladie au sein de notre population.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17.01 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.01 uur.