

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 9 OCTOBRE 2013

WOENSDAG 9 OKTOBER 2013

Après-midi

Namiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.30 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Maya Detiège.

Le développement des questions et interpellations commence à 14.30 heures. La réunion est présidée par Mme Maya Detiège.

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

01 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de aanpak van slokdarm- en maagkanker" (nr. 18662)

- mevrouw Nadia Sminate aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het beleid met betrekking tot de behandeling van slokdarm- en maagkanker en een initiatief van een verzekeringsinstelling dat daarmee verband houdt" (nr. 18665)

- mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de ranking van ziekenhuizen" (nr. 18790)

01 **Questions jointes de**

- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le traitement du cancer de l'oesophage et de l'estomac" (n° 18662)

- Mme Nadia Sminate à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la politique relative au traitement du cancer de l'oesophage et de l'estomac et une initiative d'un organisme assureur y afférente" (n° 18665)

- Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le classement des hôpitaux" (n° 18790)

01.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik verwijs nogmaals naar het KCE-rapport over de kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker.

De behandeling van die kanker vergt een heel grote specialisatie. De overlevingskansen binnen dertig dagen na de chirurgische ingreep en na vijf jaar zijn duidelijk groter wanneer een patiënt wordt behandeld in een ervaren of een hoogvolumeziekenhuis. Een hoogvolumeziekenhuis is een ziekenhuis dat minstens twintig gelijkaardige operatieve ingrepen uitvoert.

Reeds in 2012 bevelen richtlijnen de centralisatie van die zorg aan. Vandaag stellen onderzoekers vast dat de ingrepen nog in bijna alle ziekenhuizen worden uitgevoerd en de wettelijke normen daar niet worden gehaald.

Wij hebben het debat al gevoerd. De Christelijke Mutualiteiten heeft een ranking gemaakt, waarbij verschillende ziekenhuizen de scores niet haalden.

Mevrouw de minister, ook de behandeling van prostaat- en baarmoederhalskanker en andere kankers is nog te verspreid over heel wat ziekenhuizen. De studie over de behandeling van slokdarm- en maagkanker is ook van toepassing op de behandeling van andere kankers. Cijfers tonen aan dat ingrepen in dat verband nog in te veel ziekenhuizen worden uitgevoerd.

Er is een vraag naar centralisatie. Dat hangt ook samen met het nieuwe financieringsmechanisme en de organisatie voortaan van onze gezondheidszorg.

Mevrouw de minister, ik verneem graag hoe u omgaat met de problematiek. Globaler, is er een visie om behandelingen van kankers meer te centraliseren? Aangezien in heel wat ziekenhuizen de kritieke normen niet worden behaald, is het belangrijk voor de toekomst van onze gezondheidszorg dat wij daaraan blijven werken.

De **voorzitter**: Mevrouw Sminate is niet aanwezig.

01.02 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, les mutualités chrétiennes ont décidé d'établir et de rendre public un classement des hôpitaux du Nord du pays où peuvent être soignés les patients atteints d'un cancer de l'œsophage. En extrapolant les dossiers de leurs membres, l'aile flamande des mutualités chrétiennes a identifié les hôpitaux universitaires de Louvain et de Gand comme les deux seuls hôpitaux flamands sur vingt-quatre qui répondent à la norme du *Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*, selon laquelle il est nécessaire de soigner annuellement au minimum vingt patients pour que soient garanties les meilleures chances de survie à ce type de cancer.

Ce classement et sa publicité font aujourd'hui débat. Comment interprétez-vous cette initiative? Si l'extrapolation de données et la publicité de données non scientifiques établies peuvent interpellent, demeure la question du suivi par les autorités compétentes de la qualité des soins prodigués dans les établissements. Comment et par qui cette qualité est-elle aujourd'hui contrôlée? Dans quelle mesure le nouveau plan pluriannuel "Coordination, qualité et sécurité des patients" peut-il répondre aux attentes exprimées par les mutualités chrétiennes?

01.03 Minister Laurette Onkelinx: Ik heb een aantal opmerkingen bij het initiatief van de Christelijke Mutualiteiten. De cijfers van de Christelijke Mutualiteiten zijn geëxtrapoléerd uit gegevens over patiënten die verzekerd zijn bij de Christelijke Mutualiteiten. Uit contacten met de betrokken ziekenhuizen blijkt dat de cijfers de werkelijke activiteit inzake behandelingen van slokdarmkanker onderschatten.

De kwaliteit van een behandeling en de kans op overleving na behandeling van bijvoorbeeld slokdarmkanker worden niet alleen bepaald door het aantal gevallen dat in een centrum worden behandeld. Dat is een simplistische vereenvoudiging. Men moet ook rekening houden met andere kwaliteitsindicatoren, zoals het aantal ingrepen per chirurg, het aantal en de aard van de complicaties, de duur van de hospitalisatie, de heropnames na de behandeling en uiteraard ook met de gemiddelde overlevingskansen zelf.

We zijn het erover eens dat transparantie enorm belangrijk is. Zo kan de patiënt een geïnformeerde keuze maken. Maar de patiënt moet genuanceerde informatie krijgen. Informatie over de kwaliteit van de zorg is daarbij essentieel en die kan dus niet beperkt worden tot het aantal ingrepen, dat een bepaald centrum jaarlijks uitvoert.

De ontwikkeling en registratie van kwaliteitsindicatoren zijn minstens even belangrijk. Dus indien op systematische wijze informatie openbaar wordt gemaakt over de zorgverstrekking in de ziekenhuizen, dan moet dat op een genuanceerde wijze gebeuren met bijzondere aandacht voor de kwaliteit.

Zo kan eraan worden gedacht om zorgverstrekkers te verplichten bekend te maken of zij beschikken over een positieve externe kwaliteitsbeoordeling. In dat verband bereiden mijn diensten een wetgevend initiatief voor dat een kader biedt aan dergelijke externe accreditering, zowel voor gezondheidsbeoefenaars in de erkende ziekenhuizen als private klinieken.

Bovendien zal het niet voldoende zijn om al die informatie publiek beschikbaar te maken. De patiënten zullen ook begeleid moeten worden in de interpretatie van de informatie. Hier kan de huisarts een belangrijke

ondersteunende rol spelen.

Ik herinner eraan dat de naleving van de erkenningsnormen met betrekking tot de kwaliteit van zorg een bevoegdheid is van de Gemeenschappen en Gewesten. Die overheden hebben ter zake elk hun eigen beleid uitgewerkt.

En outre, le plan pluriannuel "Coordination, qualité et sécurité du patient" vise une approche systématique et structurée de la qualité de la sécurité du patient. Aujourd'hui, 95 % des hôpitaux participent au plan pluriannuel qu'ils soutiennent dans le développement d'un système de qualité et où les initiatives de qualité peuvent être prises, mesurées et suivies selon un processus.

Il ressort de la littérature que les initiatives de qualité doivent être insérées dans un système de qualité et que la communication publique des indicateurs n'a finalement qu'un effet limité. Une approche multimodale est opportune quand on travaille tant sur les structures, sur les processus de soins que sur les résultats. Ce qui est neuf dans le deuxième plan pluriannuel, c'est que le patient et la famille sont une des priorités sur lesquelles les hôpitaux devront travailler les cinq prochaines années. De ce fait, les hôpitaux devront fournir des efforts sur la communication des soins et les patients devront être impliqués dans le processus de soins.

Enfin, je tiens à rappeler que pour les traitements complexes de maladies comme le cancer de l'estomac mais aussi d'autres pathologies, je partage totalement la conclusion du KCE spécifiant que ces soins doivent être au maximum centralisés et concentrés. J'ai demandé un avis en la matière au Conseil national des établissements hospitaliers.

01.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik ben tevreden met uw antwoord, dat heel wat terechte elementen bevat.

Ik wil er niet voor pleiten om enkel het aantal ingrepen te bekijken en ik ben blij dat u een en ander evenmin zo eng bekijkt. Het gaat inderdaad om veel meer dan dat. U hebt terecht een groot deel van de Vlaamse kwaliteitsindicatoren aangehaald, onder andere het aantal heropnames.

Volgens mij is het ook belangrijk dat we daaromtrent communicatie voeren. Er zijn goede voorbeelden. Een dienst cardiochirurgie in Brugge publiceert al jaren na elkaar alle cijfers.

Ik ben het wel met u eens dat dat vraagt om interpretatie. Bij de interpretatie van cijfers moeten we patiënten begeleiden. Ik heb het geluk dat ik lid ben van de raad van bestuur van een ziekenhuis. Ik zit in een stakeholdersoverleg, waarvan er door Vlaanderen één per provincie opgericht is, om met patiënten na te gaan hoe informatie van ziekenhuizen geïnterpreteerd kan worden. Op die begeleiding moeten we echt inzetten. Dat is een gemeenschappelijk doel.

Ik ben blij dat u pleit voor transparantie inzake communicatie. In heel veel ziekenhuizen en ook in raden van bestuur verloopt de communicatie vaak nog heel moeilijk. Het is een besloten wereld en men heeft angst om veel dingen openbaar te maken, omdat men zich dan ook kwetsbaar opstelt. Toch denk ik dat communicatie en openstelling de goede elementen zijn, als wij de patiënten daarin begeleiden.

Mogelijk blijkt na die openstelling dat een bepaald ziekenhuis niet goed scoort. Aangezien kwaliteit belangrijk is, zou in de toekomst de financiering misschien aan de kwaliteit gekoppeld kunnen worden, zoals ik uit uw antwoord begrepen heb. Dat is ook immens belangrijk.

Wanneer ziekenhuizen op bepaalde punten slechter scoren, dan ben ik ervan overtuigd dat wij voor een stuk moeten centraliseren. Dat zien we momenteel ook in onze buurlanden gebeuren. Trouwens, de financiering zal ons wel in die richting wijzen in de komende jaren.

De elementen die in uw antwoord zaten, zijn de belangrijke en noodzakelijke elementen om een dergelijke problematiek genuanceerd aan te pakken.

01.05 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse très complète.

J'ai bien entendu que vous alliez prendre une initiative législative proposant un cadre. C'est très important, car il ne faut pas que cela aille dans tous les sens.

Je partage votre avis en ce qui concerne l'avis du KCE prônant la centralisation des données, ce dans l'intérêt du patient. C'est ce qui importe le plus. Je crois que cette initiative législative nous sera très utile.

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

02 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 "une surveillance sanitaire des ondes électromagnétiques" (n° 19107)

02 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 "een gezondheidsmonitoring met betrekking tot elektromagnetische straling" (nr. 19107)

02.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question date du 3 juillet! À ce moment-là, tout récemment chez nos voisins français, les associations Collectif des électrosensibles de France et Priartern ont obtenu de leur gouvernement qu'il mette en place une surveillance sanitaire du phénomène de l'électrosensibilité.

Même si le projet n'en est encore qu'à son commencement, le cabinet de la ministre de la Santé s'est engagé à nommer un référent à la Direction générale de la Santé ou à la Direction générale de l'offre de soins, pour travailler sur la prise en charge médicale de l'hypersensibilité magnétique.

Le gouvernement français devrait également saisir l'Institut de veille sanitaire, organisme public chargé de surveiller la santé de la population, pour réaliser, je cite: "une étude de la prévalence et de l'incidence et mettre en place une surveillance sanitaire, notamment par les réseaux de médecins".

Les initiatives prises par la France ne peuvent que nous encourager à nous réinterroger sur la façon dont nous appréhendons ce problème de santé publique. Mes collègues ont rejeté récemment une proposition de résolution visant à la reconnaissance des patients atteints d'hyper électrosensibilité, mais il y avait consensus sur un point: développer des recherches sur l'existence de syndrome. Voici que l'exemple français nous montre clairement qu'il est possible d'agir.

À l'instar de ce qui se fait en France, et vu l'insuffisance des recherches menées jusqu'ici en Belgique, ne pourrions-nous pas charger notre Institut scientifique de Santé publique de collecter et traiter les données relatives à l'hypersensibilité électromagnétique? Et, par là même, recenser les cas existants, de les prendre en considération et de les orienter vers des lieux et des professionnels de la santé qui pourraient les soulager?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Snoy, vous serez heureuse – en tout cas je l'espère – d'apprendre que j'ai demandé un avis sur l'opportunité de réaliser une telle étude et de mettre en place un tel système de surveillance sanitaire auprès de l'Institut scientifique de Santé publique. Je l'attends à court terme. Je vous tiendrai évidemment au courant.

02.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Un avis sur l'opportunité?

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, c'est pour être directement opérationnel. Cela permettra de cadrer le système. L'Institut scientifique ne va pas simplement me dire que c'est intéressant; il va peut-être esquisser les contours d'une étude éventuelle.

02.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Vous l'attendez dans quel délai?

02.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je savais que vous me poseriez cette question. On me dit à court terme mais j'essaierai d'avoir une date.

02.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Pourrait-on rêver que ce soit mis en place durant cette législature?

02.08 Laurette Onkelinx, ministre: Cela dépendra de l'avis.

02.09 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): J'espère que vous me préviendrez lorsque cet avis sera connu.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de M. Josy Arens 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 concurrence déloyale subie par les pharmaciens belges frontaliers du Grand-Duché de Luxembourg" (n° 19127)

03 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de oneerlijke concurrentie waaronder Belgische apothekers in het grensgebied met het Groothertogdom Luxemburg te lijden hebben" (nr. 19127)

03.01 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, j'ai été interpellé par des pharmaciens belges, dont les officines se situent dans des villes et villages frontaliers du Grand-Duché de Luxembourg. Ceux-ci se plaignent de subir une concurrence déloyale, vu la fuite des patients belges travaillant dans ce pays vers les pharmacies grand-ducales. Lorsque ces derniers sont munis d'une prescription délivrée par un médecin belge - frontalier ou non -, ils bénéficient immédiatement du remboursement grand-ducal alors que la situation inverse ne s'applique pas: aucun remboursement n'est accordé en Belgique pour une ordonnance délivrée par un médecin étranger, le formulaire de prescription belge n'étant pas respecté.

Les pharmaciens de notre pays sont aussi pénalisés par le fait que les prescripteurs belges encouragent cette patientèle à traverser la frontière, étant donné l'avantage économique certain qu'elle en retire - la sécurité sociale luxembourgeoise étant bien plus favorable que la nôtre. Que pouvez-vous entreprendre pour aider ces pharmaciens à stopper l'hémorragie? La convention belgo-luxembourgeoise est-elle bien respectée? Les pharmaciens belges ne pourraient-ils pas également appliquer le remboursement en cas de réception d'une ordonnance grand-ducale? Voilà donc mes questions, qui sont propres à la zone frontière belgo-luxembourgeoise. Je sais qu'il n'est pas toujours évident de trouver des solutions à ces problèmes.

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Arens, vous connaissez la situation: un assuré, employé et assuré au Grand-Duché du Luxembourg et résidant en Belgique a, conformément aux dispositions du règlement européen, le droit aux soins de santé tant en Belgique qu'au Grand-Duché du Luxembourg. Les soins médicaux sont dispensés en application de la législation du pays de traitement (prix, taux, conditions de remboursement, etc.), mais à charge du Grand-Duché du Luxembourg. Ce droit couvre également l'achat de médicaments. Cela signifie que les assurés luxembourgeois résidant en Belgique ont le droit de se procurer des médicaments au Grand-Duché du Luxembourg sur base d'une prescription belge ou luxembourgeoise. La convention belgo-luxembourgeoise sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers ne s'y oppose pas.

Par le passé, il n'y avait pas de cadre réglementaire précis - en tout cas, au niveau européen - concernant la reconnaissance d'une prescription de médicaments délivrée par un médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine dans un des États membres de l'Union. Tenant compte de ce vide juridique et en attendant le résultat des discussions au niveau européen, l'INAMI a choisi de ne pas adopter une position officielle, mais a toujours considéré que la non-reconnaissance d'une prescription de médicaments, au seul motif que celle-ci ne provient pas d'un médecin établi en Belgique, pourrait être considérée comme un obstacle à la libre prestation des services au sein de l'Union européenne visée par l'article 56 du traité relatif au fonctionnement de l'Union.

Depuis l'année 2011, le cadre juridique a donc évolué suite à l'entrée en vigueur de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers. Cette directive s'applique, entre autres, à la prescription, la fourniture et la délivrance de médicaments dans le cadre de la dispense de soins de santé transfrontaliers. Cela concerne, entre autres, la situation dans laquelle un bénéficiaire achète des médicaments dans un État membre, sur base d'une prescription délivrée par un médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine dans un autre État membre de l'Union européenne.

Des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre État

membre ont été fixées dans une directive; une directive d'exécution établit que les États membres doivent la transposer dans leur réglementation nationale. Le travail est donc réalisé sur l'ensemble du puzzle.

Bien que cette directive d'exécution ne soit pas encore transposée dans notre pays et compte tenu de la position de l'INAMI, que je vous ai citée, rien ne s'oppose à ce que les pharmaciens belges délivrent des médicaments sur base d'une prescription délivrée par un médecin autorisé légalement à pratiquer la médecine dans un autre État membre de l'Union, comme le Luxembourg. Inversement, le fait que le prescripteur étranger ne dispose pas d'un numéro INAMI ne pose ainsi aucun problème.

Sur le plan pratique, je rappellerai que, pour de telles situations, les instructions de facturation prévoient l'utilisation d'un pseudo-identifiant.

03.03 Josy Arens (cdH): Madame la présidente, je remercie la ministre pour cette réponse très complète. Je la ferai connaître auprès des pharmaciens qui m'ont contacté: si j'ai bien compris, ils peuvent donc agir sans aucun problème.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 19215 van mevrouw Fonck en vraag nr. 19247 van de heer Seminara worden omgezet in een schriftelijke vraag.

04 Questions jointes de

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les voies d'absorption du bisphénol A" (n° 19287)**

- **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 nouvel avis émis par l'Europe concernant l'exposition permise au bisphénol A" (n° 19578)**

04 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de manieren waarop bisfenol A in het lichaam opgenomen wordt" (nr. 19287)**

- **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 nieuwe advies van Europa in verband met de toegelaten blootstelling aan bisfenol A" (nr. 19578)**

04.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, ma question a été déposée le 11 juillet. À cette période, des chercheurs de l'unité de toxicologie alimentaire de l'INRA en France, en association avec l'école nationale vétérinaire de Toulouse, ont dévoilé les résultats d'une nouvelle étude relative au bisphénol A. Cette étude menée chez le chien révèle que le bisphénol A peut entrer dans l'organisme par une voie encore méconnue, celle de la muqueuse de la langue et de la bouche. L'étude met ainsi en évidence une absorption directe du bisphénol dans la cavité buccale, conduisant à des concentrations plasmatiques près de cent fois supérieures à celles attendues lorsque la même quantité est absorbée au niveau intestinal.

Si cette perméabilité était confirmée chez l'homme, et selon le temps de résidence du bisphénol A dans la cavité buccale, on pourrait imaginer que cette substance peut gagner le sang sans le filtrage du foie. C'est là que réside le problème. Cela pourrait remettre en question les normes européennes en la matière. Même si ces normes sont respectées en grande mesure, elles ne seraient plus aussi significatives si ceci était vrai.

Cette nouvelle étude relance la question de la dangerosité et révèle que la plupart des études menées jusqu'à présent, et qui se basent sur des analyses de toxicité du BPA par voie alimentaire, pourraient être biaisées. Cela pourrait expliquer pourquoi les très jeunes enfants qui portent continuellement leur doigt à la bouche ont généralement un taux d'imprégnation au BPA supérieur à celui des adultes.

Je voulais savoir où en étaient toute une série d'avis demandés. Quelques jours après le dépôt de ma question, l'EFSA a publié son avis et a lancé une consultation publique jusqu'au 15 septembre.

Par ailleurs, l'étude DEMOCOPHES, sorte de biomonitoring de la contamination du sang, révèle que le mercure et le bisphénol A sévissent davantage en Belgique qu'ailleurs en Europe. Il s'agit là d'une donnée dont il faut tenir compte. En effet, pour des raisons que l'on ne connaît pas, les teneurs belges en bisphénol A sont près de 50 % supérieures à la valeur moyenne.

Madame la ministre, je souhaitais attirer l'attention sur ces évolutions. L'important est maintenant de savoir ce qui ressort de la consultation publique de l'EFSA qui s'est terminée le 15 septembre dernier.

Pourriez-vous, madame la ministre, nous donner un aperçu de ce qui va se passer dans les prochains mois et nous faire part de la position de la Belgique en ce qui concerne la limitation dont doit faire l'objet cette substance? Je pense ici aux récipients alimentaires et à la contamination par voie orale, mais aussi, comme l'EFSA le mentionne, à une contamination par voie cutanée puisque le papier utilisé pour les tickets de caisse s'avère être également une voie très probable d'exposition.

04.02 Rita De Bont (VB): Voor het reces hadden we het al uitvoerig over de gevaren van bisfenol A, vooral voor kinderen en zwangere vrouwen.

Europa heeft de aanvaardbare dagelijkse inname van bisfenol A vastgelegd op 50 milligram per kilogram lichaamsgewicht. Een recente Franse studie stelde vast dat doses tot tienmaal lager het glazuur van de tanden van de proefdieren – het ging om ratten – aanzienlijk aantastte. De tand- en glazuurstructuur van de ratten was dezelfde als van mensen met een hypomineralisatie.

Frankrijk breidt vanaf 1 januari 2015 het verbod op bisfenol A uit naar alle voedingsverpakkingen. Sommige tandmaterialen bevatten bisfenol A.

Europa zou dit jaar een nieuw advies uitbrengen.

Is er al een nieuw Europees advies? Hoe luidt dat advies? Ik had daar graag wat meer toelichting over gekregen.

Beperkt het advies zich tot bisfenol A in voedingsverpakkingen of is het ruimer?

Is het ook niet aan te raden om bisfenol A in tandmaterialen aan banden te leggen?

Overweegt men hier in België eventueel verdere beperkingen?

04.03 Laurette Onkelinx, ministre: Chères collègues, vous connaissez la situation aussi bien que moi. Le bisphénol A est en cours de réévaluation par l'autorité européenne de sécurité des aliments dans le cadre de son utilisation dans les matériaux et objets destinés au contact alimentaire et tout ce que vous avez cité.

Mais au vu de la quantité énorme de données qui doivent être réévaluées et de la complexité de la tâche, l'autorité européenne a dû postposer la publication de son nouvel avis de plusieurs mois.

Dans le cadre de cette réévaluation, l'EFSA a créé deux groupes de travail.

Un premier groupe est chargé d'évaluer la partie exposition du consommateur au BPA. Les résultats de ces travaux ont été soumis à une consultation publique qui s'est terminée le 15 septembre dernier.

Un second groupe de travail est chargé de réaliser l'évaluation du risque pour la santé. Les travaux de ce groupe sont encore en cours et feront l'objet d'une consultation publique prévue début de l'année 2014.

Het definitieve advies van de twee werkgroepen samen zou beschikbaar moeten zijn in de tweede helft van 2014. In dat advies zal men zich enkel uitspreken over voedingstoepassingen.

Andere materialen en toepassingen maken het voorwerp uit van de discussies in andere instanties zoals ECHA, het Europees Chemicaliënagentschap, in het kader van REACH.

Het nieuwe advies van EFSA zal de wetgever toelaten om adequate maatregelen te nemen op Europees niveau.

Le processus est entamé, mais je dois attendre le travail de l'EFSA avant de pouvoir changer nos dispositions internes.

04.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous avez dû entendre parler ces derniers jours de la force des lobbies. Ce que je constate, c'est que les avis sont indéfiniment reportés, même si je reconnais que la matière est complexe. Mais des initiatives peuvent être prises sur la base du principe de précaution. C'est ce qu'a fait la France. Aussi devrions-nous suivre l'exemple français et avancer avec prudence. Néanmoins, nous avons déjà une loi. Il suffit de la modifier pour élargir l'interdiction à l'ensemble des récipients alimentaires. Ce serait un acte politique courageux avant la fin de la législature.

04.05 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Snoy, j'ai vraiment énormément de respect pour mon homologue Marisol Touraine. Il faut reconnaître qu'elle a pris une série d'initiatives seule et qu'elle s'est fait en quelque sorte, comme pour la pilule Dyane récemment, "recaler" au niveau européen par l'ensemble des experts des pays membres. C'est ainsi que nous stagnons. En la matière, nous pouvons, certes, avancer, mais pouvoir disposer de l'autorité des experts européens est un plus avant d'entreprendre quoi que ce soit. Grâce au Parlement, des décisions ont déjà pu être prises concernant le bisphénol A. C'est en 2014 qu'il faudra tenir compte de ces avis. Y a-t-il des lobbies au niveau européen? Probablement!

04.06 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): La directive Tabac a failli être reportée...

04.07 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, we zullen samen met u een beetje geduld oefenen. Dat neemt niet weg dat we de problematiek nu en dan op de agenda zullen plaatsen, alleen om wat druk uit oefenen. Het gevaar bestaat immers dat een regeling door lobbywerk op de lange baan wordt geschoven.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 19384 van mevrouw Lahaye-Battheu wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 19404 van mevrouw Fonck wordt eveneens omgezet in een schriftelijke vraag.

04.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, pour gagner du temps, je propose de transformer aussi ma question n° 19406 en question écrite.

05 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la répartition des tâches entre professionnels de l'aide et professionnels de la santé" (n° 19405)

05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de verdeling van de taken over welzijns- en gezondheidswerkers" (nr. 19405)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, la répartition des tâches entre les professionnels de l'aide – je vise notamment les professionnels qui travaillent en institution pour personnes handicapées ou de l'aide à la jeunesse – et les professionnels de la santé ainsi que la coordination des prestations réalisées par ceux-ci ne sont pas aisées.

Afin d'offrir une prise en charge de qualité, il est essentiel de se baser prioritairement sur le bénéficiaire de soins et d'aide, sur ses besoins et sur les possibilités qui existent pour y répondre. Une vision d'ensemble des besoins et des ressources me paraît importante. Une coordination entre les actes réalisés par les différents prestataires est essentielle, ainsi qu'une réévaluation régulière de la situation.

À ma connaissance, un groupe de travail 'Aide et Soins' a été mis sur pied au sein de la Conférence interministérielle de la Santé publique. Je m'en réjouis. On me dit que ce groupe de travail a récemment élaboré une synthèse de diverses situations problématiques en termes d'aide et de soins, de solutions potentielles pour ces situations, ainsi que des contraintes, impacts et risques liés à chacune d'elles.

Pour illustrer les situations problématiques, citons l'éducateur qui administre un traitement à une personne handicapée incapable de décider elle-même et qui vit dans une institution, l'aide-soignante qui réalise une injection d'insuline à une personne âgée qui vit au sein d'une maison de repos ou encore l'assistant social qui administre des traitements oraux à des patients chroniques au sein d'un centre d'hébergement pour

personne sans domicile fixe.

On dispose de comparaisons avec des situations existantes dans d'autres domaines où des dérogations – si je puis utiliser ce terme – sont acceptées.

Quand un accompagnant familial, un aidant proche pose des actes infirmiers ou, pour ne pas les appeler ainsi, des activités de soins, aucun problème ne se pose.

Quand un enseignant pose certaines activités de soins, je suis interpellée.

Comme vous le savez, dans une structure d'accueil et d'hébergement – par exemple de l'AWIPH – il n'y a évidemment pas d'infirmier 24h/24; par contre, des nécessités se présentent en cas d'épilepsie, en cas d'injection de Valium en intra-rectal, en cas d'oxygénothérapie, en cas d'alimentation par sonde, de colostomie, autant d'exemples très concrets qui se pratiquent aujourd'hui, qui sont indispensables à la qualité de vie au sein de ces structures pour que ces personnes puissent rester dans ces structures plutôt que de devoir être prises en charge en milieu hospitalier; c'est en effet la situation qui risque de se poser.

Madame la ministre, pouvez-vous m'informer de l'état d'avancement des travaux de ce groupe de travail?

Avez-vous pu – vous-même ou les autres ministres en charge au sein de cette conférence interministérielle – contacter le secteur: les infirmiers, les aides-soignants, les aides-familiales, les éducateurs, les assistants sociaux, etc. pour savoir comment, ensemble, trouver des solutions positives pour chacun?

Pouvez-vous m'informer de l'impact des pistes de ce groupe de travail sur la formation des professionnels concernés et en termes d'assurance de ces professionnels?

Enfin, en cas de modification de la réglementation, une information claire sera-t-elle faite vers le patient, vers les familles et vers les professionnels? J'en reviens aux patients et aux familles: ils éprouvent parfois des difficultés de savoir à qui ils doivent s'adresser en fonction de leur situation. Ils risquent alors de rencontrer de nouvelles difficultés suite à ces changements. Je vous remercie.

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, le groupe de travail 'Aide et Soins' de la Conférence interministérielle de la Santé publique se réunit depuis 2009. Par ailleurs, le protocole d'accord signé en décembre 2009 se fondait très précisément sur les besoins de la personne aidée ou de la personne soignée.

Ce protocole concernait les professionnels des services agréés d'aide aux personnes, actifs au domicile des bénéficiaires. Cependant, les membres du groupe de travail étaient conscients que des problèmes se posaient également dans d'autres situations et circonstances. Certaines situations sont effectivement très problématiques, compte tenu des risques qui sont pris par des personnes insuffisamment formées qui pratiquent des actes réservés, à juste titre, à des professionnels de la santé. Quand je parle de risques, je pense aux personnes concernées, mais aussi aux patients.

La situation des maisons de repos et de maisons de repos et de soins n'est pas envisagée dans la mesure où la présence d'infirmiers et d'aides-soignants permet d'organiser la continuité des soins dans le respect de la législation. Ainsi, par exemple, l'administration d'insuline par un aide-soignant est illégal et le restera.

Cela dit, les travaux se sont poursuivis dans le cadre de l'évaluation de l'application du protocole et par l'examen des autres situations problématiques. Chaque situation a été analysée sous différents aspects: les bénéficiaires, les actes problématiques, les professionnels ou l'entourage concerné, le moment où se pose le problème et les solutions potentielles avec les contraintes et les conséquences qui y sont liées. On peut donc dire qu'ils ont vraiment bien travaillé.

Ils ont également déposé toute une série de solutions sur la table avec pour objectif principal d'assurer la sécurité du bénéficiaire des soins. Parler de tâches ne s'entend évidemment qu'en termes de conséquences et risques potentiels dans le cadre de leur exécution.

Lors de sa réunion du 7 octobre dernier, le groupe de travail a examiné les projets de trois protocoles: une adaptation du protocole de 2009, un projet relatif aux institutions pour les personnes handicapées et un

autre relatif au secteur de la petite enfance. Les textes seront adaptés compte tenu des remarques apportées. En fait, ces projets sont basés sur les situations concrètes rapportées par toutes les catégories de professionnels, essentiellement les non-professionnels de la santé ainsi que sur les solutions proposées par ces personnes.

Je vais consulter dans les prochaines semaines des organes d'avis officiels compétents en matière de soins de santé, notamment la Commission technique de l'art infirmier dont vous savez que les avis sont contraignants.

La plupart des solutions ne réclament pas ou peu d'adaptation des formations. En fonction des avis qui seront rendus, une concertation avec les Communautés sera alors organisée. Il n'est pas envisagé de transformer les éducateurs par exemple en professionnels de la santé.

Il faudra bien entendu, en concertation avec les Communautés, organiser une information claire des différents bénéficiaires et de leur entourage ainsi que des groupes professionnels concernés par les changements. Il faudra dans le même temps rappeler largement ce qui relève de la responsabilité des professionnels de la santé et ce qui relève des actes de la vie quotidienne.

Je pense qu'ils ont bien travaillé. Maintenant, on consulte les organes officiels et puis on négocie avec les Communautés pour obtenir un accord global.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. On est bien d'accord qu'en ce qui concerne les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, les questions ne se posent pas: les infirmiers étant présents, les actes sont réalisés par eux.

On a parlé des institutions hébergeant des personnes handicapées, de même que des enfants. Je pense qu'il faut aussi envisager les secteurs de l'aide à la jeunesse, où l'on retrouve des adolescents et des jeunes majeurs.

Tant mieux si vous consultez le secteur. Puis-je me permettre d'insister pour qu'on puisse consulter l'ensemble des secteurs? Je ne doute pas que ce soit prévu après vous avoir écoutée. Mais il faut qu'on puisse également consulter les secteurs en charge des différentes compétences que je viens de cibler. Je me rends compte que la compétence est aujourd'hui exercée, par rapport à tous ces actes-là, par tous ceux qui dépendent du niveau fédéral. Je voudrais qu'il y ait bien une interaction entre ceux-ci et les professionnels, non-professionnels de soins, dans ces trois grands secteurs.

Si les actes de la vie quotidienne ne peuvent pas être assumés, même si c'est dans un cadre défini par un professionnel de soins, alors demain nous serons vraiment devant des réalités très difficiles. On ne pourra pas engager des infirmiers dans toutes les institutions pour personnes handicapées 24h/24, dans toutes les crèches et dans toutes les institutions d'aide à la jeunesse.

Voilà qui est mission impossible!

Il s'agira donc de mettre au point un cadre, défini par le professionnel, qui puisse constituer un relais pour la continuité des soins en situation d'activité quotidienne, tant dans l'intérêt global que dans l'intérêt du patient concerné.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 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 'fish pedicure' ou ichtyothérapie" (n° 18974)

06 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 vispedicure of ichtyotherapie" (nr. 18974)

06.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'avis que le Conseil supérieur de la Santé (CSS) vient de remettre concernant la pratique de la *fish pedicure* a retenu mon

attention. Cet avis est tranché puisqu'il préconise l'interdiction de l'ichtyothérapie, pratique consistant en l'immersion des pieds dans un bassin d'eau dans lequel des poissons de l'espèce *Garra rufa* se nourrissent des squames de la peau.

Le risque d'infection, s'il est vraisemblablement faible, ne peut cependant être exclu. Ce risque s'accroît lorsque les jambes ont été rasées, également chez des personnes immunodéficientes ou atteintes de diabète, eczéma, ulcères de la jambe, psoriasis, etc. Tant l'eau que les poissons eux-mêmes peuvent favoriser une contamination.

En outre, le CSS estime qu'il n'existe aucun motif scientifique raisonnable justifiant cette pratique: l'effet thérapeutique n'est en effet pas prouvé.

À défaut d'une interdiction, le CSS estime nécessaire de mettre en place des mesures contraignantes à l'égard des exploitants de *fish spas*, bien sûr concernant les mesures d'hygiène, mais également en matière de formation et notamment sur l'information à destination des clients. Ces mesures devraient être assorties de sanctions en cas de non-respect. Le CSS estime enfin qu'à l'heure actuelle, prendre de telles dispositions n'est pas économiquement justifié et réaliste ou réalisable.

Madame la ministre, connaît-on précisément l'ampleur de cette pratique en Belgique? Des clients se sont-ils déjà plaints d'une infection qu'ils auraient pu contracter à la suite d'une séance de *fish pedicure*? Avez-vous déjà décidé de la suite à apporter à cet avis du CSS? Penchez-vous plutôt pour une interdiction ou pour un encadrement strict?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, l'activité de la *fish pedicure* s'est effectivement développée ces dernières années. Comme il s'agit d'une activité non réglementée, le Conseil supérieur de la Santé n'a pu qu'apporter une estimation de l'étendue de la pratique en Belgique.

Le Conseil estime qu'une centaine de centres sont en activité dans notre pays. En France, l'Agence nationale de sécurité sanitaire mentionne un nombre estimé à plusieurs centaines. La probabilité d'infection resterait faible mais certaines infections peuvent néanmoins impliquer des risques majeurs. De plus, certaines procédures de désinfection sont rendues plus difficiles parce qu'il faut prendre en compte la survie des poissons. Enfin, certaines maladies, par exemple l'eczéma, le psoriasis, le diabète, l'infection du pied, le déficit immunitaire, peuvent augmenter les risques pour le client lui-même ou pour les clients suivants.

Le Conseil supérieur émet un avis défavorable au sujet de la création ou du maintien de tels centres en Belgique. Si la pratique ne devait pas être interdite, une réglementation très stricte s'impose. Le Conseil supérieur de la Santé belge énumère des mesures à prendre au cas où la pratique ne serait pas interdite.

Le choix entre interdiction totale et réglementation stricte se pose également à l'étranger. Plusieurs États des États-Unis et du Canada en ont interdit la pratique, d'autres pas. En France, on plaide pour un encadrement par une réglementation et un suivi adaptés. On surveille l'information aux utilisateurs et leur consentement, la publicité et le risque d'exercice illégal de la médecine dans les centres qui prétendent faire le tri des clients en portant un diagnostic.

Étant donné les risques de la *fish pedicure*, l'absence de but thérapeutique et les effets cosmétiques limités – le Conseil supérieur mentionne la recherche de sensations particulières –, il est clair qu'on ne peut pas exclure d'avance une interdiction du procédé. De toute façon, une réglementation stricte s'imposera.

J'ai suivi les recommandations du Conseil supérieur de la Santé. En outre, j'ai demandé l'avis du Conseil du bien-être des animaux. J'attends cet avis.

06.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Si je vous entends bien, vous pencheriez davantage pour une réglementation stricte en fonction des avis que vous allez recevoir.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Une réglementation stricte alliant la protection, d'une part, du client/patient et, d'autre part, des poissons.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'état d'avancement des programmes d'éducation canine" (n° 19089)

07 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de stand van zaken met betrekking tot de programma's voor de opvoeding van honden" (nr. 19089)

07.01 **Kattrin Jadin** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, des chiffres inquiétants relatifs aux accidents impliquant des chiens m'ont conduit à introduire, le 5 octobre 2010, avec deux de mes collègues, une proposition de résolution relative à l'éducation canine et à l'agrément des centres de dressage, en vue de limiter le nombre de ces accidents. Pour ne citer que quelques chiffres, le nombre de morsures annuelles déclarées s'élevait à 40 000 à ce moment-là, ce qui permet de supposer que le nombre est encore beaucoup plus important en réalité. De plus, dans 93,8 % des cas, la victime connaissait le chien.

Puisque cet enjeu me semble toujours aussi important, je saluerais des initiatives relatives à un programme d'éducation pour chiens ainsi qu'à une campagne d'information autour du sujet.

Madame la ministre, comment ont évolué le nombre d'accidents et les données y afférentes? Y a-t-il des différences significatives entre les chiffres pris en compte à ce moment-là et ceux d'aujourd'hui?

Avez-vous des informations quant à des programmes d'éducation canine potentiels? Comment recevez-vous cette proposition? Existe-t-il actuellement une campagne d'information sur ce sujet?

07.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, madame Jadin, les accidents par morsure de chien ne sont pas enregistrés en tant que tels. Je ne peux donc pas vous fournir les données demandées.

Il est néanmoins utile de rappeler qu'une partie très limitée des cas de morsures est susceptible d'être déclarée. Environ 65 % des accidents par morsure ont lieu dans le milieu familial et les médecins ne sont pas systématiquement consultés. L'agression est souvent inconsciemment provoquée par les enfants; de tels cas ne sont pas assimilés à un véritable comportement agressif du chien et les personnes concernées ne voient dès lors pas la nécessité de déclarer ces incidents.

Je ne dispose pas d'information quant à des programmes d'éducation canine potentiels. Quant aux actions suggérées dans la proposition de résolution, certaines d'entre elles ont déjà été concrétisées. En effet, les éleveurs de chiens sont tenus de conseiller le candidat acquéreur dans le choix d'un chien en examinant avec lui la liste des questions indispensables à se poser avant l'acquisition d'un chien et en remettant à l'acheteur les directives écrites et approuvées par mes services concernant l'éducation du chien.

En outre, de 2005 à 2007, chaque nouveau propriétaire d'un chien en Belgique, c'est-à-dire 450 000 personnes, a reçu une brochure spécifique à la prévention des morsures. Il n'existe actuellement pas de campagne d'information active émanant du gouvernement concernant l'éducation canine. Cependant, il est toujours possible de consulter et d'imprimer le guide de prévention des morsures canines via le site www.bienetreanimal.be du SPF Santé publique et le site www.abiec-bvirh.be. Par ailleurs, il existe des initiatives privées, dont la mieux connue est sans aucun doute *Le chien bleu*, un cd-rom interactif qui sensibilise le jeune public à la problématique des morsures canines.

Le Conseil du bien-être des animaux s'est déjà penché sur cette problématique et a formulé un avis.

C'était aussi l'intention du Conseil de recomposer un groupe afin de discuter de la possibilité de développer un système d'agrément des écoles canines. Cependant, avec la prochaine régionalisation du bien-être animal, ce n'est plus vraiment réalisable. Néanmoins, cette régionalisation peut être une opportunité de développer des campagnes d'information sur mesure dans les écoles maternelles.

07.03 **Kattrin Jadin** (MR): Merci, madame la ministre, pour cette réponse très explicite et très riche en informations. La question de la préparation, de la réglementation et de la conscientisation d'un futur propriétaire canin me paraît mériter de l'intérêt. J'entends les actions qui ont été menées. Je compte prendre

des renseignements sur la campagne du chien bleu. Peut-être serait-il intéressant de mettre en place des campagnes similaires en Communauté germanophone?

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 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 "les initiatives en matière de santé publique concernant la consommation d'huile de palme" (n° 19457)**

- **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'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur la consommation d'huile de palme" (n° 19690)**

08 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 volksgezondheidsinitiatieven inzake het gebruik van palmolie" (nr. 19457)**

- **mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad betreffende de consumptie van palmolie" (nr. 19690)**

08.01 Damien Thiéry (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée quant à cette question tout aussi originale que délicate, en décembre 2012. Vous m'aviez répondu à l'époque qu'un avis du Conseil supérieur de la Santé publique sur l'huile de palme était en cours de préparation et qu'il viserait à donner des informations complémentaires, afin d'évaluer si l'usage de l'huile de palme pouvait entraîner des risques pour la santé des consommateurs.

Vous aviez pris, vous-même, des initiatives auprès du gestionnaire du Plan National Nutrition Santé. Au cours de l'été, la presse s'est faite l'écho de la consommation impressionnante d'huile de palme au niveau mondial, produite essentiellement par l'Indonésie et la Malaise (50 millions de tonnes produites chaque année), dont plus de trois quarts de la production est présente dans de très nombreux produits agroalimentaires. L'Europe constitue, à ce niveau, un importateur de premier plan, au même titre que la Chine ou l'Inde.

Vous m'aviez affirmé à l'époque qu'aucun dossier de santé publique concernant l'huile de palme n'était en cours au niveau de la Commission européenne. Sans exagération, on pourrait penser que des intérêts économiques importants – et je pense notamment à une marque de pâte à tartiner que l'on trouve sur les tables des petits déjeuners tous les matins – pourraient occulter (j'utilise bien le conditionnel) les exigences de prévention en matière de santé publique.

Des études sérieuses sur le plan scientifique ont mis en évidence la corrélation entre la consommation d'huile de palme et un risque accru de maladies cardio-vasculaires.

Madame la ministre, le Conseil supérieur de la Santé a-t-il finalement rendu l'avis dont j'ai parlé en début d'intervention? Dans l'affirmative, quelle en est la teneur? Justifie-t-il des mesures particulières en matière de santé publique édictées par votre département? Enfin, le dossier a-t-il évolué au niveau européen ou un dossier a-t-il seulement été officiellement rentré? Dans ce cas-là, quelle en est la teneur?

08.02 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai pris connaissance de l'avis du Conseil supérieur de la Santé sur la problématique des acides gras saturés athérogènes et de l'huile de palme.

L'huile de palme contient plus de 40 % d'acides gras saturés athérogènes qui, lorsqu'ils sont consommés de façon excessive, sont néfastes pour la santé. Ils augmentent notamment le risque d'accidents cardio-vasculaires. La difficulté vient essentiellement du fait que l'huile de palme est contenue dans un certain nombre d'aliments. Malheureusement, cette huile est référencée sur l'étiquette des produits comme "huile végétale" sans autre précision. Ce faisant le consommateur ne peut savoir s'il s'agit d'huile de colza, de maïs ou de palme. Cependant, cette question sera réglée avec l'entrée en vigueur, en décembre 2014, de la nouvelle législation européenne sur l'étiquetage des produits alimentaires.

Il est vrai que, conformément au Plan National Nutrition Santé, une information correcte et complète sur la composition des produits alimentaires ainsi que l'adoption par le consommateur d'habitudes alimentaires saines sont essentielles. Mais que préconisez-vous, madame la ministre, suite à la publication de cet avis du Conseil supérieur de la Santé qui était attendu par beaucoup? Avez-vous déjà eu un contact avec votre collègue, le ministre des Consommateurs et vos collègues des entités fédérées sur cette question précisément?

Au-delà de la réglementation européenne et de l'aspect prévention, d'autres actions concrètes sont-elles envisageables dans notre pays? Je pense, par exemple, à une limitation de la teneur en acides gras saturés des produits alimentaires? Bien que cela ne relève pas directement de vos compétences, peut-on imaginer aussi une concertation avec les fabricants belges?

Cela dit, le rôle de la publicité est parfois aussi évoqué, en particulier le message trompeur que donnent certaines publicités pour ce type d'aliments. Le Conseil supérieur de la Santé recommande notamment que des recherches approfondies puissent être menées en Belgique afin de déterminer les contributions respectives des différentes denrées alimentaires aux apports en acides gras saturés, en particulier en acides gras saturés athérogènes des adultes et des enfants. Une telle étude a-t-elle ou sera-t-elle réalisée?

08.03 Laurette Onkelinx, ministre: (...) mais de la présence dans sa composition d'un certain pourcentage d'acides gras saturés à potentiel athérogène. Savez-vous ce qu'athérogène signifie? J'ai la définition ici. C'est un "régime qui induit une maladie dans un animal par exemple. Le régime occidental, riche en graisses saturées et en gras trans est un régime athérogène. L'athérosclérose est causée par un dépôt de cholestérol dans l'intima des artères. Il y a alors formation des plaques d'athérome. Ces plaques formées de cholestérol, de protéines et de diverses cellules, peuvent progressivement réduire la lumière de l'artère et provoquer un accident vasculaire".

Ceux qui liront le rapport penseront que je suis spécialiste en la matière.

Ces acides gras sont également présents dans le beurre, la crème fraîche et, pour une moindre mesure, dans les autres huiles. Le Conseil recommande un apport de ces acides gras inférieur à 8 % de l'apport énergétique global.

Le Conseil recommande donc de limiter la consommation de produits riches en huile de palme mais aussi la consommation de matières grasses laitières. Dans ce cadre, il est important de mettre l'accent sur la nécessité d'avoir une alimentation variée, équilibrée et saine comme le propose bien entendu le Plan National Nutrition Santé depuis de nombreuses années.

Il est également nécessaire de mieux informer le consommateur sur l'origine des huiles dans l'alimentation. Ce sera chose faite en 2014 avec l'entrée en vigueur du nouveau règlement européen sur l'étiquetage, qui imposera la mention de l'origine des huiles.

En parallèle, je suis en discussion depuis quelques mois avec le secteur agroalimentaire afin de limiter la teneur en acides gras saturés et celle des sucres dans les produits alimentaires à l'instar de la stratégie mise en place pour la diminution de la teneur en sel. Je vous rappelle d'ailleurs que j'ai eu le plaisir de présenter, il y a deux ou trois semaines, les résultats de la stratégie "sel". Je l'ai fait avec l'aide de l'industrie. Les résultats sont plus que satisfaisants en la matière. Nous allons faire la même chose pour l'huile, le sucre, etc.

En conclusion, il ressort du rapport du Conseil supérieur que l'huile de palme n'est pas plus nocive que le beurre ou la crème fraîche, mais mon administration étudiera encore cet avis de manière approfondie.

Par ailleurs, je vous informe que le dossier de l'huile de palme n'a pas évolué davantage au niveau européen.

08.04 Damien Thiéry (FDF): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'entends bien le Conseil supérieur de la Santé dire que, selon le rapport, il convient de limiter mais non de supprimer. Jusque-là, je suis d'accord. Mais cela vient en contradiction avec un certain nombre d'études scientifiques qui prouvent clairement l'existence d'une corrélation entre la consommation d'huile de palme et les accidents cardio-vasculaires. Vous avez dit que votre service reverrait en profondeur...

08.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: (...) Ce n'est pas l'huile de palme! Évidemment, la surconsommation de cette huile est dangereuse!

08.06 **Damien Thiéry** (FDF): Je comprends, mais en définitive, les maladies cardio-vasculaires peuvent être augmentées en cas de surconsommation de ce genre de produits. Cela signifie qu'il y a lieu de donner l'information suffisante et nécessaire à la population pour être certains que chacun comprenne la même chose.

Je vous dis au passage – et c'est du vécu – que dans les équipes nationales sportives de haut niveau, la consommation de pâtes à tartiner est formellement interdite à cause des effets néfastes sur l'organisme et certainement dans le cadre de la pratique sportive.

J'espère que vous aurez à cœur de tenir la population informée de tous les soucis que l'on peut rencontrer en raison de l'utilisation trop importante de ce genre de produit. Comme vous l'avez dit, c'est tellement bon mais cela peut être tellement dangereux. Je crois qu'il faut informer les enfants aussi.

08.07 **Valérie Warzée-Caverenne** (MR): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse.

Pour rebondir sur ce que mon collègue vient de dire, certes, l'information est importante mais je pense que ce que vous faites avec le secteur alimentaire est intéressant également concernant la teneur en acides gras saturés des aliments. Il est vrai que chaque petit point a son rôle à jouer, notamment la publicité. Il faut intervenir à tous les niveaux. Il faut que le consommateur sache réellement les risques qu'il prend quand il s'alimente avec de telles pâtes à tartiner.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

09 **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 "la reconnaissance de la fibromyalgie" (n° 19459)**

09 **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 erkenning van fibromyalgie" (nr. 19459)**

09.01 **Damien Thiéry** (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai interrogée déjà à plusieurs reprises à ce sujet. Lors de ma dernière question datant du 5 juin dernier, c'est votre collègue M. Courard qui a répondu en votre nom, car vous ne pouviez malheureusement pas être présente.

Je tiens à rappeler une fois encore que bon nombre de personnes souffrant de fibromyalgie se plaignent de l'attitude souvent négative de médecins-conseils envers le syndrome même de la fibromyalgie. De fait, il n'est pas toujours reconnu. Certes, la possibilité est donnée au patient d'adresser un recours contre une décision du médecin-conseil auprès du tribunal du travail, mais ceci ne devrait pas constituer une habitude: les patients n'attendent pas de telles réactions.

Par ailleurs, il a été fait état de décisions négatives de l'INAMI qui empêchent des personnes souffrant de cette pathologie de continuer à disposer des ressources nécessaires. Lors des interventions parlementaires du 5 juin dernier, vous avez précisé qu'un budget de 17 millions d'euros, s'inscrivant dans la structuration de l'organisation de la prise en charge de la douleur chronique dans les hôpitaux, serait ainsi octroyé, avec entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2013 pour les mesures de réforme.

Je ne doute pas que ces initiatives, telles que le financement d'équipes multidisciplinaires de douleurs chroniques, la prise en charge de douleur aiguë chez les enfants et les réseaux de partage de connaissances, soient excellentes. Toutefois, il est patent que l'entrée en vigueur du statut de malade chronique serait vraiment en mesure de garantir à ces patients une vraie reconnaissance de leur pathologie, avec la sécurité médicale et financière quant à la prise en charge de soins que cela implique.

En conséquence, madame la ministre, les mesures entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2013 ont-elles bien été

implémentées?

Quel est l'état du dossier du statut de malade chronique qui fait l'objet d'un groupe de travail spécifique au sein duquel l'INAMI collabore?

Les patients atteints de fibromyalgie pourront-ils un jour être traités au même titre que n'importe quel autre patient, bien que cette pathologie soit particulièrement compliquée à définir et à reconnaître?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, on a beaucoup avancé en la matière.

09.03 Damien Thiéry (FDF): Je ne dis pas le contraire!

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: Bien que quelques hôpitaux n'aient pas encore réglé certains problèmes administratifs, notamment en termes de signature des contrats, je vous confirme que les mesures organisant la prise en charge de la douleur sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet dernier.

Le projet d'arrêté royal relatif au statut des personnes atteintes d'une affection chronique a été approuvé par le Conseil des ministres le 13 septembre. Il est actuellement examiné par le Conseil d'État. J'espère qu'il pourra être publié assez rapidement.

Par ailleurs, comme vous le savez, le statut a été instauré par la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé. Un groupe de travail composé d'associations de patients, du SPF Sécurité sociale, du SPF Santé publique, des différents services de l'INAMI et des organismes assureurs a été mis sur pied pour émettre des propositions. Après l'examen de plusieurs pistes, celui-ci a élaboré un modèle basé principalement sur les dépenses en soins de santé répétées. Le groupe de travail 'Assurabilité' est en train de l'examiner.

Dans l'état actuel du projet, le statut sera ouvert:

- soit, de manière automatique par la mutualité auprès de laquelle est affilié le bénéficiaire sur la base d'un critère financier, à savoir des dépenses de santé de minimum 300 euros par trimestre civil pendant au moins huit trimestres consécutifs. Dans ce cas, le statut sera prolongé si ces dépenses atteignent un minimum de 1 200 euros par année civile;
- soit, de manière automatique également, en se fondant sur le bénéfice du forfait de soins "maladie chronique";
- soit, sur la base d'une attestation rédigée par un médecin spécialiste certifiant que le bénéficiaire souffre d'une maladie rare ou orpheline. Des conditions financières devront également être remplies. Dans ce cas, le statut et la prolongation sont accordés pour cinq années civiles.

Le projet d'arrêté royal détermine les conditions d'ouverture, de maintien et de retrait du statut et entre en vigueur avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013.

Le statut améliorera l'accessibilité aux soins des ménages - dont un membre en est bénéficiaire -, car ils pourront bénéficier de droits qui y sont liés: le maximum à facturer pour malade chronique, mesure promulguée par la loi-programme du 2 juillet 2013, qui entrera aussi en vigueur le 1^{er} janvier dernier, le tiers payant obligatoire pour les prestations qui seront déterminées par arrêté royal, mesure promulguée par la loi du 27 décembre 2010 qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015.

Telles sont les informations que je peux vous communiquer.

09.05 Damien Thiéry (FDF): Madame la ministre, je pense que vous avez effectué un excellent travail en règle générale dans le domaine des maladies chroniques et ce, depuis plusieurs années.

Le cas spécifique de la fibromyalgie est quelque chose que je comparais personnellement à la vraie migraine qui, il y a quelques années, n'était pas reconnue comme pathologie à part entière, ce qui ne permettait pas toujours un remboursement adapté aux conséquences que pouvait causer ce type de pathologie.

Ici, il s'avère qu'un certain nombre de patients atteints de fibromyalgie se voient refuser des soins par l'intermédiaire du médecin-conseil parce que le diagnostic est très compliqué à poser. Or ils sont malgré tout

malades.

09.06 Laurette Onkelinx, ministre: Vous savez que maintenant, s'ils vont dans un centre de la douleur chronique, il n'y a plus de problème. En revanche, les patients connaissent peut-être mal ce qui existe. C'est toujours compliqué mais c'est le rôle des mutualités de les aider.

09.07 Damien Thiéry (FDF): Dans ce cas, il sera nécessaire de donner une information conséquente aux patients qu'on croit atteints de fibromyalgie car certains patients ne sont toujours pas traités comme il le faut. Si tel était le cas, je ne vous reposerais pas systématiquement la question. Améliorons l'information!

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 19504 van mevrouw Galant wordt uitgesteld omdat ze niet aanwezig is en haar vraag voor de eerste keer op de agenda staat.

10 Questions jointes de

- Mme Jacqueline Galant 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 sécurité des médecins généralistes de garde" (n° 19537)

- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la nouvelle agression d'un médecin généraliste lors d'une visite à domicile" (n° 19538)

- 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'organisation des services de garde" (n° 19581)

- M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les gardes médicales" (n° 19647)

- 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'organisation des postes de garde pour les médecins généralistes" (n° 19904)

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Jacqueline Galant aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de veiligheid van huisartsen met wachtdienst" (nr. 19537)

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "een nieuw geval van agressie tegen een huisarts op huisbezoek" (nr. 19538)

- 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 organisatie van de wachtdiensten" (nr. 19581)

- 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 medische wachtdiensten" (nr. 19647)

- 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 organisatie van de wachtdiensten voor huisartsen" (nr. 19904)

Door de afwezigheid van mevrouw Galant vervalt haar vraag.

10.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, le 23 août dernier, un médecin généraliste de Péruwelz a été sauvagement agressé et séquestré lors d'une visite à domicile d'un patient. Ce n'est pas le premier. Plusieurs agressions extrêmement violentes ont déjà eu lieu à l'égard de médecins généralistes, singulièrement lors des visites à domicile. Cette nouvelle agression sauvage a entraîné des mouvements de grève et des réactions de la part des médecins généralistes

Plusieurs mouvements se sont déclarés dans le Tournaisis, dans la région de Péruwelz, mais aussi plus largement dans la région de Mons ainsi que dans la région de Namur. Ces mouvements de grève sont

compréhensibles au regard de l'insécurité à laquelle doivent faire face les médecins généralistes, surtout lors des visites en soirée et lors des nuits noires.

Madame la ministre, cette nouvelle agression est inadmissible – j'espère que tous en conviendront – et demande d'adopter des mesures concrètes fortes.

Plusieurs dispositifs existent pour renforcer la sécurité des médecins généralistes: accompagnement du généraliste par un chauffeur lors d'un déplacement au domicile du patient pendant la nuit, postes de garde sécurisés permettant d'éviter le maximum de visites à domicile, surtout pour les visites qui ne sont pas pertinentes, protocole entre la commune et la police locale pour accompagner le médecin par un policier lors de la visite à domicile d'un patient à risque. Là où ces dispositifs existent, ils sont efficaces. Mais ces dispositifs ne sont pas généralisés. Certaines régions ne disposent d'aucun de ces différents systèmes. Madame la ministre, il me semble capital de les généraliser de manière urgente. À défaut, c'est tout le système de garde de médecine générale qui pourrait être remis en question.

J'en viens au deuxième enjeu qui doit être mis sur la table. Dans certaines régions, le nombre de visites à domicile pendant la nuit noire est particulièrement faible, à se demander s'il ne faudrait pas envisager dans ces régions une toute autre manière d'assurer la garde de première ligne pendant la nuit noire. Je ne parle ici évidemment que de la nuit noire.

Enfin, il n'existe pas de données récentes concernant le nombre d'agressions contre les médecins. La police, auprès de laquelle je me suis renseignée, donne des chiffres globaux de violences contre toutes les professions d'intérêt général. Il n'y a pas moyen de faire le tri. Des chiffres concernant les agressions contre les médecins généralistes existent au SPF Santé publique, mais ils ne sont disponibles que pour les années 2007 à 2009.

Disposez-vous de statistiques plus récentes pour les médecins, ainsi que pour les autres professions de la santé? En effet, ces dernières peuvent également être touchées et subir des agressions. À défaut, ne serait-il pas temps d'avoir un suivi précis des agressions contre les médecins, mais également contre les autres professions de la santé, afin de prendre des dispositions en fonction de l'évolution de ces agressions?

10.02 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, sinds 1 september is de regeling van de huisartsenwachtdiensten versoepeld. Vroeger was er verplicht één huisarts van wacht per 30 000 inwoners. Tijdens de periode van de huisartsenwachtdienst en vanaf 1 september hoeft er overdag maar één arts per 100 000 inwoners meer beschikbaar te zijn en na 23.00 uur zelfs maar één arts per 300 000 inwoners.

U hebt dat zo beslist. Het koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van opdrachten verleend aan huisartsenkringen, werd gepubliceerd op 22 augustus in het *Belgisch Staatsblad*.

Die cijfers vormen een norm. Men mag uiteraard nog steeds in meer huisartsen voorzien. De impact van de maatregel zal dus mogelijk beperkt blijven.

Mevrouw de minister, toch had ik graag een antwoord op de volgende vragen.

Hoe rijmt u die maatregel met het centralisme van de eerstelijns, waarbij de huisarts normaal gezien op de eerste plaats zou moeten verschijnen?

Vreest u door die maatregel geen extra druk op de spoeddiensten?

De **voorzitter**: De heer Seminara, zelf arts, was daarnet nog aanwezig, maar moet op dit moment verontschuldigd worden. Zijn vraag nr. 19647 vervalt.

10.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, ma question fait suite à un échange que nous avons eu, il y a plusieurs mois en commission, et qui concernait la norme minimale de médecins de garde.

Si le nombre de médecins de garde conseillés reposait sur une étude réalisée par le KCE, nous nous accordions sur le fait que chaque cercle était finalement le mieux placé pour organiser la garde selon les spécificités de son territoire, qu'il s'agisse de la création de postes médicaux ou de garde ou encore du

nombre de médecins de garde.

Madame la ministre, je souhaite revenir plus spécifiquement sur l'organisation des postes de garde. Ainsi, des démarches ont-elles été entreprises afin d'en augmenter le nombre? Vous m'aviez indiqué qu'une table ronde consacrée à la médecine générale et réunissant l'ensemble des Régions était organisée et qu'elle étudierait les besoins et la façon de répondre à cette question. Vous m'aviez également fait savoir qu'elle se pencherait sur le 1733. Les postes de garde devaient aussi être abordés. Quels sont les constats et propositions qui en découlent?

Cela dit, pour terminer, je dois dire que, depuis le dépôt de ma question, j'ai entendu dire que vous aviez débloqué un budget d'un million d'euros pour le numéro d'appel unique, à savoir le 1733.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il s'agit évidemment d'une agression inacceptable, comme toutes les agressions, que celle commise sur le médecin généraliste de Péruwelz à qui j'ai transmis toute ma sympathie.

Mes experts sont allés sur place pour rencontrer les médecins du conseil d'administration de l'Association des médecins généralistes de Tournai. Ils restent en contact avec le président. L'INAMI a également pris contact avec le cercle pour avoir une discussion sur cette situation particulière mais aussi pour donner des explications supplémentaires sur les modes de financement des postes de garde de médecine générale et d'autres modalités de réorganisation de la garde. Manifestement, il y avait un déficit d'information et ils auraient pu notamment obtenir des moyens pour des projets qu'ils auraient pu développer. Mais le dialogue s'est noué correctement et cela se fera.

Cela étant dit, vous posez à travers le problème de la sécurité, celui de la garde en médecine générale. C'est un problème important et aigu. Pour le moment, tous les médecins généralistes sont en réflexion sur ce sujet. J'ai lancé, dès le printemps 2013, des tables rondes en Wallonie, à Bruxelles et en Flandre sur la question des gardes. Le 21 septembre dernier a eu lieu à Bruxelles une table ronde nationale présentant la synthèse de ces tables rondes régionales. C'était intéressant. Il y a des demandes de lignes de force générales mais aussi des demandes pour conserver des autonomies, une région n'étant pas une autre. Les situations sont différentes selon que l'on soit dans centre urbain ou un centre rural.

C'était très, très intéressant sur la demande au départ et sur les spécificités et donc sur les lignes de force qui ne doivent, malgré tout, pas empêcher des particularités.

J'ai obtenu un petit budget dans le cadre de l'exercice budgétaire qui se termine. Je voudrais présenter, dans le courant probablement du mois de novembre, après concertation avec les associations et les syndicats de médecins généralistes, un plan de réforme de la garde, qui concernera le projet-pilote du numéro d'appel unique 1733 que j'ai lancé à Mons et à Bruges. Cela venait aussi d'initiatives de terrain. Je l'ai encadré et lancé au début de mon mandat précédent. Depuis lors, nous avons eu le temps de l'évaluer et d'en discuter avec les acteurs. Lors de la fameuse table ronde dont je viens de vous parler, ce fut positivement mis en évidence par l'ensemble des acteurs.

Il y aura aussi le transfert de la responsabilité du tri réalisé par le numéro 1733. Si ce ne sont plus les cercles qui organisent le dispatching à travers un numéro d'appel unique, mais l'État, il y aura inévitablement un transfert de responsabilités.

Des demandes ont surgi en ce qui concerne l'encouragement à la fusion des cercles et à la mutualisation des gardes au sein du cercle fusionné.

Un autre point à considérer est celui de la prise de mesures destinées à augmenter la sécurité des généralistes assurant la garde mobile comme le déplacement du médecin dans une voiture avec chauffeur.

En ce qui concerne cette dernière mesure, aujourd'hui déjà, l'INAMI peut octroyer des subsides aux cercles de médecins généralistes qui en font la demande, visant à couvrir les dépenses faites pour l'appel aux services d'un chauffeur. Je me permets de le souligner car, manifestement, cela n'est pas connu par l'ensemble des cercles.

La réforme du plan concernera aussi les spécificités de la nuit noire. Lors de la table ronde, les avis étaient divergents. C'était assez intéressant. On peut travailler soit dans le cadre d'une autonomie des cercles, soit

dans des projets-pilotes. Nous en discutons actuellement avec les organisations syndicales.

La continuité des soins doit être assurée éventuellement pour un groupe spécifique de patients (les patients MRS, soins palliatifs, etc.) par un généraliste mobile.

Het koninklijk besluit van 30 juli 2013 vermindert het minimum aantal – dus niet het maximum – van de artsen met wachtdienst. Dat aantal gaat van één per 30 000 inwoners naar één per 100 000 inwoners tijdens de dag en de avond en naar één per 300 000 tijdens de nachtdienst. Het koninklijk besluit beantwoordt aan de vraag van de samengevoegde kringen om het aantal huisartsen met wachtdienst in hun uitgebreide wachtdienstzone te kunnen verminderen. De kringen die dat willen, kunnen het aantal huisartsen met wachtdienst natuurlijk naar boven aanpassen.

On discutera aussi des postes de garde dans le cadre de ce plan et de cette réforme.

Je n'irai pas plus loin puisque nous sommes en train de discuter avec les organisations toute une série d'idées que j'ai proposées. J'espère pouvoir en sortir une réforme qui permettra en même temps de garder la qualité de la médecine, quand elle s'adresse aux patients qui sont en attente durant le soir, la nuit ou le week-end d'un acte de médecine générale de qualité et en même temps qui permettra de soulager les médecins généralistes. C'est un appel au secours que j'ai entendu lors des tables rondes.

Je n'ai pas le nombre d'agressions contre les médecins généralistes. Les chiffres pour les dernières années ne sont pas disponibles. Madame Fonck a raison. Le SPF Santé publique ne dispose pas non plus de statistiques pour les autres professions de la santé.

Je me propose de prendre contact avec la ministre de l'Intérieur pour essayer d'obtenir ces chiffres. Cela peut être utile pour la politique en matière de santé publique. Cela a un intérêt immédiat comme, par exemple, dans le cadre de la réforme de la garde.

10.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. La réorganisation des gardes de médecins généralistes est un dossier crucial. Cette discussion ne date pas d'hier et nous sommes désireux de faire aboutir ce dossier avant la fin de la législature sous peine de repartir pour des mois de discussions sans aucune réalisation concrète.

J'adhère totalement au principe selon lequel il convient de tenir compte des spécificités locales en fonction des personnes actives, des médecins généralistes, des postes de garde, des services d'urgence hospitaliers (certaines régions n'en ayant pas nécessairement). Quelle que soit la spécificité de cette région, il faut plaider et assurer que 100 % des généralistes qui sont de garde et qui se rendent à domicile puissent être accompagnés d'un chauffeur. Au niveau de la profession, les agressions sont de plus en plus nombreuses. Et, eu égard à la féminisation de la profession des médecins généralistes, il y a davantage de risques de voir des femmes jeunes agressées lors de gardes à domicile. Il en va de même pour les pharmaciens, voire d'autres prestataires de soins.

Aujourd'hui, vous nous avez alléchés sans dire beaucoup, je dois le reconnaître. Vous avez bien répondu, mais j'ai bien compris qu'il fallait encore attendre un peu. Je terminerai en insistant pour que cette mesure aboutisse avant la fin de la législature.

10.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je voudrais souligner ce que dit Mme Fonck. Il est vrai que c'est urgent puisque les travaux du parlement se terminent le 1^{er} avril. Or, dans la réforme, il y a certains éléments qui devront passer au parlement, c'est pour cela que je suis pressée.

10.07 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb niet echt een antwoord gekregen op mijn vraag hoe die maatregel valt te rijmen met het centralisme van de eerstelijnszorg. U zegt wel dat één arts per 300 000 inwoners een minimum is. De huisartsenkringen kunnen dus voor meer artsen kiezen. Volgens de huisartsenwachtpost uit de streek waar ik woon, is één arts per 300 000 inwoners absoluut te weinig.

Ik heb wel begrepen dat u dit nieuwe systeem wilt evalueren met de betrokken artsen. Wij zullen zien wat daar dan uit komt.

10.08 Valérie Warzée-Caverenne (MR): J'insisterai simplement de nouveau sur le fait que vous avez dit qu'il y avait des avis divergents autour de la table.

Vous laissez la possibilité à chaque cercle ou chaque médecin de faire des choix dans l'organisation des services de garde selon ses spécificités propres, comme une situation rurale ou urbaine. Il est évident que chaque cercle doit organiser son service de garde en fonction du territoire ou de la population qu'il dessert.

En province de Namur, le service de garde fonctionne avec des postes de garde, un chauffeur pour le médecin ou un taxi qui va chercher le patient. C'est une nouvelle façon de concevoir les gardes en médecine. Cela fonctionne très bien, la population est contente parce qu'elle a un seul interlocuteur et ne doit pas téléphoner à dix endroits pour avoir une réponse.

Il est clair que votre démarche est très positive. Nous vous encourageons, tout en gardant à l'esprit que chaque médecin et chaque cercle doit pouvoir choisir la solution la mieux adaptée à son profil.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "inbreuken tegen dierenwelzijn bij broedfokkers" (nr. 19572)**

11 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les atteintes au bien-être des animaux dans les élevages industriels" (n° 19572)**

11.01 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, regelmatig ontvang ik, net zoals andere collega's wellicht, klachten over het niet respecteren van het dierenwelzijn. Ditmaal gaat het niet over pedicurevisjes, maar over feiten die plaatsvinden bij bepaalde broedfokkers, meer bepaald broedfokkers uit de Kempen. Hieraan werd ook al heel wat aandacht besteed op de sociale netwerken.

De fokteven, die bij die fokkers gebruikt worden, zouden veel te vaak en veel te lang moeten produceren en niet de nodige verzorging ontvangen. Ook uw diensten zouden over deze problematiek op de hoogte zijn gebracht, maar men krijgt daar eigenlijk niet veel reactie op.

Ik had die vraag al een hele tijd geleden schriftelijke ingediend, want ik vraag een aantal cijfergegevens.

Hoeveel klachten heeft de Inspectiedienst Dierenwelzijn in de loop van de huidige legislatuur ontvangen over inbreuken tegen het dierenwelzijn bij broedfokkers? In welke provincies waren de broedfokkers gevestigd?

Hoeveel controles werden er in de loop van de huidige legislatuur uitgevoerd bij broedfokkers? Hoeveel van deze controles waren niet aangekondigd en hoeveel van deze controles werden uitgevoerd naar aanleiding van een ontvangen klacht?

Hoeveel bedrijven werden na controle in orde bevonden en bij hoeveel bedrijven werden er onregelmatigheden aangetroffen?

Hoe werd er opgetreden tegenover de bedrijven waar onregelmatigheden werden aangetroffen en werden deze bedrijven verder opgevolgd?

Tot slot, hoe kan men verklaren dat bij bedrijven die werden gecontroleerd en eventueel verder werden opgevolgd zich nog altijd schrijnende wantoestanden, uitermate verwaarlozing en mishandelingen van fokteven, kunnen worden vastgesteld?

11.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Bont, de term "broedfokker" is niet in de wet opgenomen.

De Inspectiedienst Dierenwelzijn maakt bij de erkenning van hondenkwekers wel een onderscheid tussen twee types van professionele kwekers, afhankelijk van het aantal nesten en het aantal fokdieren. Het eerste type omvat de erkende professionele hondenkwekers met meer dan tien nesten per jaar en met tussen vijf en tien fokdieren. Het tweede type omvat de erkende professionele hondenkwekers met meer dan tien nesten per jaar en met meer dan tien fokdieren.

De Inspectiedienst Dierenwelzijn ontving tijdens de jaren 2010, 2011 en 2012 in totaal 387 klachten over hondenkwekerijen. Al deze klachten werden ernstig genomen en gaven aanleiding tot een controle.

Tijdens deze legislatuur werden door de Inspectiedienst Dierenwelzijn 551 controles uitgevoerd in hondenkwekerijen. Die controles worden niet op voorhand aangekondigd. Bij die controles van erkende hondenkwekerijen werden toen 226 inbreuken op de erkenning vastgesteld.

In totaal werden een honderdtal pv's en een honderdvijfentwintigtal waarschuwingen opgesteld. Uiteraard worden de inbreuken verder opgevolgd en wordt nagegaan of aan de opgelegde maatregelen werd voldaan.

Het gebeurt zelden dat de inspecteurs met schrijnende wantoestanden worden geconfronteerd bij professionele kwekers. Indien er toch ernstige inbreuken worden vastgesteld, dan wordt de erkenning ingetrokken en/of worden de dieren in beslag genomen. Meestal worden de inspecteurs met schrijnende wantoestanden geconfronteerd bij zwartkwekers die jammer genoeg moeilijk opspoorbaar zijn. Dit benadrukt nogmaals het belang van klachten bij de Inspectiedienst Dierenwelzijn.

11.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik meen dat wij hier niet moeten discussiëren over de terminologie die al dan niet in de wetgeving staat. Als men het over broedfokkers heeft, dan heeft men het uiteraard over kwekers waar met vele fokdieren vele pups worden gekweekt. Dat te uwer informatie.

Ik dank u voor het cijfermateriaal. Ik wil u wel vragen om aandacht te schenken aan een specifiek dossier dat ik nog eens schriftelijk onder uw aandacht zal brengen. Het gaat om een gekende kweker. Het is trouwens een officiële kweker, geen zwartkweker dus. Blijkbaar zijn er tegen deze kweker al processen-verbaal opgesteld, maar doen er zich bij hem toch nog steeds wantoestanden voor. Ik zal dat dossier nogmaals schriftelijk onder uw aandacht brengen.

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

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 "thuisdialyse voor patiënten met terminale nierinsufficiëntie" (nr. 19579)

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 dialyse à domicile pour les patients atteints d'insuffisance rénale terminale" (n° 19579)

12.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, thuisdialyse, vooral peritoniaaldialyse, is een pak goedkoper dan hemodialyse in het ziekenhuis, zowel voor de gemeenschap als voor de patiënt en toch wordt het veel minder toegepast dan de klassieke ziekenhuisdialyse, al bestaat er hiervoor geen enkele medische reden.

Een belangrijke oorzaak is dat de patiënten onvoldoende worden geïnformeerd over de verschillende dialysemethodes, onder andere door de behandelende arts en de ziekenhuizen waar de patiënt wordt behandeld.

De ziekenhuisdialyse levert immers een hogere winst op voor de arts en het ziekenhuis, dat deze winsten heel goed kan gebruiken om financiële tekortkomingen binnen andere ziekenhuissectoren te compenseren. Er is al lang nood aan een betere en meer eerlijke hospitaalfinanciering maar patiënten die over het algemeen, indien ze goed geïnformeerd worden, en ook omwille van het comfort, een thuisdialyse verkiezen, kunnen niet misbruikt worden om de ziekenhuizen uit de rode cijfers te houden. Een optreden van de overheid in dat verband is volgens mij hier toch wel aan de orde.

Ik heb hierover volgende vragen.

Hoever staat het met de hospitaalfinanciering?

Wat kan de overheid ondernemen om ervoor te zorgen dat alle patiënten nauwkeurig en volledig worden geïnformeerd? Kan deze verplichte informatie niet opgenomen worden in het zorgtraject nierinsufficiëntie?

Kan men tot een meer eerlijke terugbetaling van de verschillende soorten dialyses komen door bijvoorbeeld de medische erelonen in het ziekenhuis te verminderen en een ereloon te voorzien voor de opvolging van de patiënten buiten het ziekenhuis?

Voorziet de overheid anderen *incentives* om thuisdialyse te stimuleren?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: In het dossier hemodialyse zijn drie initiatieven opgestart om het dossier in zijn globaliteit de bekijken.

Ten eerste, binnen het RIZIV is een taskforce opgericht. Het is een ad-hoc-orgaan met vertegenwoordigers uit de sector, zijnde artsen, ziekenhuizen, verzekeringsinstellingen, en van de administratie en de regering, die het dialysedossier vanuit budgettaire hoek bekijkt.

Op vraag van de regering formuleert deze taskforce besparingsvoorstellen over onder andere dialyse, ter voorbereiding van een nieuwe, globale ziekenhuisfinanciering. In dit kader wordt verwezen naar flankerende maatregelen. Daarbij zoekt men naar een aangepaste ondersteuning van de patiënt thuis. Dit betekent dat er bijzondere aandacht is voor de thuisdialyse.

Ten tweede, er lopen momenteel besprekingen binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over een aanpassing van de erkenningsnormen waaraan centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moeten voldoen. Aan deze raad werd ook gevraagd om voorstellen te formuleren omtrent een betere samenwerking tussen ziekenhuizen om de verplaatsing van patiënten tot een minimum te herleiden en om een kader voor zorgcircuit en zorgnetwerk uit te werken. De studie, organisatie en financiering van chronische dialyse in België van het Kenniscentrum uit 2010 vormt hierbij een leidraad.

Ten derde, om de middelen zo efficiënt en transparant mogelijk in te zetten, ben ik een voorstander van een volledige herziening van de financiering van hemodialyse. Mijn administratie denkt hier momenteel over na.

12.03 **Rita De Bont** (VB): Er zijn al heel wat studies uitgevoerd. U bent ervan overtuigd dat het een besparing kan opleveren. Een belangrijk element is de controle op de juiste informatie voor de patiënten. Men krijgt de indruk dat de patiënten niet altijd de juiste informatie krijgen zodat de behandelingen in de ziekenhuizen kunnen doorgaan en dit omwille van de hospitaalfinanciering die moet worden aangepast. Dat mag niet gebeuren op de kap van patiënten. Daar moeten we dringend werk van maken.

*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 "de beslissing in verband met de oprichting van een hadrontherapiecentrum" (nr. 19596)**

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 décision relative à la création d'un centre d'hadronthérapie" (n° 19596)**

13.01 **Rita De Bont** (VB): De oprichting van een enorm duur en wellicht verlieslatend hadrontherapiecentrum, waarvoor het wetenschappelijk bewijs dat het voor een aanzienlijk aantal patiënten een daadwerkelijk verschil zou uitmaken ontbreekt, wordt al jaren in overweging genomen.

De patiënten die er werkelijk voordeel uit zouden kunnen halen, kunnen immers in een eengemaakt Europa zonder problemen in de buurlanden worden behandeld, waarvoor er ook een RIZIV-tegemoetkoming bestaat. Bovendien hebben opeenvolgende studies door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheid aangegeven dat er geen overtuigend bewijs is dat de therapie resulteert in verbeterde lokale controle, ziektevrije overlevingsgraad of algemene overlevingsgraad, en dat maximaal honderd Belgen baat zouden hebben bij hadrontherapie.

Er werd nu een nieuwe studie gevraagd aan het eigenlijk al vooringenomen *Belgian Hadron Therapy Centre*. De uitslag van de studie zou momenteel in uw bezit zijn, mevrouw de minister.

Ten eerste, wat is de conclusie van de nieuwe studie?

Ten tweede, wat is uw beslissing, gebaseerd op de nieuwe studie?

Ten derde, hoe kan men verantwoorden om in een periode van noodzakelijke besparing en toenemende nood aan middelen voor basisgezondheid, welzijn en preventieve geneeskunde, 160 miljoen euro te besteden aan een hoogst gespecialiseerde therapie, waarbij mogelijk maar een beperkt aantal patiënten die ook elders kunnen worden geholpen, baat vindt?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Einde juli heb ik het eindverslag van het *Belgian Hadron Therapy Centre* of BHTC gekregen en de aanbevelingen van de onderzoekers met betrekking tot de uitkomst van de studie voorgesteld. De eindversie van het studierapport, dat werd herwerkt na de opmerkingen van het begeleidingscomité van de studie, werd nagezien door de leden van het BHTC en de universitaire diensthoofden radiotherapie van België, evenals door internationale deskundigen.

Als gevolg van de resultaten van de studie bevelen de onderzoekers aan om in België één hadrontherapiecentrum op te richten dat de proton- en iontherapie zal combineren, met twee behandelingskamers op de site van een academisch ziekenhuis.

Het aantal patiënten in België dat jaarlijks in aanmerking komt, bedraagt momenteel 257 voor de door de wetenschap over het algemeen aanvaarde indicaties. Indien men rekening houdt met de indicaties uit de studie, zou het jaarlijks aantal patiënten dat hadrontherapie zou kunnen krijgen, oplopen tot 1 820 patiënten.

Het onderzoeksteam wijst overigens op de beperkingen van de studie door de snelle evolutie van de oncologie en van het wetenschappelijk onderzoek, die een impact zal hebben op het aantal patiënten dat in aanmerking komt, en op de kostenraming.

De onderzoekers bevelen ook aan om voor het centrum in een onafhankelijke organisatiestructuur en -beheer te voorzien, maar met samenwerkingsakkoorden met andere ziekenhuizen.

De overblijvende vragen met betrekking tot het oprichten van een hadrontherapiecentrum in België slaan op de vestigingsplaats, de organisatorische structuur, de doorverwijzing van patiënten, de financiële structuur en de terugbetaling, de potentiële partners van het betrokken onderzoek, de opleiding van het personeel en de samenwerking op lokaal, nationaal en internationaal vlak met andere eventuele initiatieven.

Dans ce contexte, j'ai demandé d'obtenir des éléments concrets pour répondre aux questions que les spécialistes ont posées. Les candidatures du Centre du cancer et de la Fondation Roi Baudouin m'ont été soumises. Ce sera à brève échéance, sinon cela n'aurait plus de sens.

13.03 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor de korte toelichting.

Het is natuurlijk een vrij ingewikkeld probleem. Ook financieel ligt de kostprijs hoog. Ik heb vragen bij het aantal patiënten dat een echte meerwaarde zou ondervinden. In de vroegere studies ging het maar over honderd patiënten, en dan meen ik dat wij die kosten niet op ons kunnen nemen. Die patiënten worden immers vergoed als zij naar Nederland of Frankrijk gaan en in hun taal kunnen worden behandeld. Hoe dat in België zal zijn, moeten wij nog afwachten.

Het verschil tussen 100, 250 of meer dan 1 000 patiënten is natuurlijk groot. Er is natuurlijk nog een verschil tussen patiënten die de therapie kunnen gebruiken en patiënten die werkelijk een meerwaarde ondervinden van de therapie. Ik zou daar graag nog meer uitleg over krijgen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

14 **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 "la présence d'acrylamide dans les aliments" (n° 19599)**

14 **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 "acrylamide in**

voedingsmiddelen" (nr. 19599)

14.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, l'acrylamide est un composé chimique qui se forme généralement dans les aliments riches en amidon lors des processus de cuisson à haute température (friture, cuisson au four ou rôtissage). En 2002, des chercheurs suédois avaient alerté la communauté scientifique en estimant que certaines denrées très largement consommées - pain, biscuits, chips, céréales, frites - contenaient des doses trop élevées d'acrylamide. Or l'on soupçonne cette substance de provoquer des mutations génétiques et des cancers.

Plusieurs études se sont succédé depuis dix ans. L'acrylamide est à présent considérée comme cancérigène pour les animaux. Mais aucune ne permet d'évaluer le risque réel et précis d'une exposition prolongée à l'acrylamide sur la santé humaine. C'est pourquoi elle est toujours classée dans la catégorie potentiellement cancérigène.

Les autorités s'accordent maintenant pour dire qu'il est nécessaire de faire avancer les connaissances dans ce domaine et de pouvoir déterminer plus précisément la toxicité de l'acrylamide pour l'homme. Ainsi, l'EFSA a lancé, en avril de cette année, un appel aux opérateurs du secteur alimentaire et aux autres parties concernées. Elle les a invités à soumettre des données analytiques supplémentaires sur le taux d'acrylamide présent dans les aliments et les boissons depuis 2010. Des associations de consommateurs, des ONG et l'industrie agroalimentaire ont également été consultées.

Ces initiatives mèneront ainsi à l'organisation, par l'EFSA toujours, d'une consultation publique prévue pour 2014 et à la publication d'un avis attendu pour le premier semestre 2015.

Madame la ministre, alors que des experts de la FAO et de l'OMS préconisent depuis dix ans une réduction du taux d'acrylamide dans les aliments en prévoyant déjà un futur problème de santé publique, pouvez-vous nous dire si le Conseil supérieur de la Santé a été sollicité et va publier un nouvel avis sur le sujet? Celui de 2002 recommandait déjà une grande prudence quant à la consommation de certains aliments (notamment les frites). Ne conviendrait-il pas de réactualiser son contenu? Ne conviendrait-il pas également d'informer davantage la population sur le phénomène, même avant les conclusions de l'EFSA, prévues pour 2015?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, l'acrylamide est effectivement, vous l'avez dit, un inquiétant contaminant chimique des aliments, qui est lié au processus de transformation.

À côté du Conseil supérieur de la Santé, le Comité scientifique de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire émet aussi des avis sur la sécurité alimentaire. Depuis 2002, ce comité a effectivement émis plusieurs avis sur l'acrylamide. Je suppose que vous en disposez. Je vous donnerai la version écrite de ma réponse et vous verrez les données pour accéder à cet avis.

Dans des avis confidentiels du Conseil supérieur de la Santé de 2012 et 2013, en réponse à une société qui demandait des dérogations aux limites légales de température de l'huile de friture, ledit Conseil s'est d'ailleurs référé à ces derniers avis du Comité scientifique. Par conséquent, il ne semble pas opportun que le Conseil supérieur de la Santé recommence ce travail.

De plus, l'Autorité alimentaire européenne s'est engagée dans une réévaluation complète des risques liés à l'acrylamide dans les denrées alimentaires. À ce titre, l'EFSA collabore activement avec les instances d'évaluation scientifique des États membres. La Belgique apportera bien entendu sa contribution.

En ce qui concerne la communication vers les parties concernées, vers la population, il existe sur le site internet du SPF Santé une page d'information relative aux contaminants dans les aliments qui sont liés au processus de fabrication. L'acrylamide y est le premier point traité.

Des valeurs indicatives pour l'acrylamide ont été établies au niveau européen. En cas de dépassement de ces valeurs, il est recommandé à l'autorité compétente de l'État membre chargée du contrôle officiel de faire une enquête. En Belgique, c'est le rôle de l'AFSCA.

Les valeurs indicatives relatives à l'acrylamide ont récemment été revues au niveau européen, mais elles ne sont pas encore publiées.

Dès la publication de ces valeurs révisées, l'information sera publiée sur notre site internet.

Enfin, depuis l'année dernière, mes services organisent, en coopération avec l'AFSCA et sur base volontaire, une concertation avec les fédérations concernées de l'industrie et de l'horeca sur l'état des lieux concernant les teneurs en acrylamide dans l'alimentation belge et concernant les recherches sur l'acrylamide.

14.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la présidente, je remercie la ministre pour ces informations. J'irai donc voir les avis de l'AFSCA.

Par ailleurs, les avis confidentiels du Conseil supérieur de la Santé resteront-ils confidentiels?

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: Comme ils sont adressés à des (...), ils ne peuvent pas être divulgués.

14.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Je comprends, mais j'estime qu'il serait intéressant de disposer un jour d'un avis public. Il convient aussi que la population soit davantage consciente de cette question bien qu'elle soit complexe. Au même titre que l'huile de palme d'ailleurs: tout dépend de la façon de l'utiliser. La question de la température des huiles de friture me paraît quand même importante.

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

15 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie rare" (n° 19603)**

- **Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le Plan belge 2013 pour les Maladies Rares" (n° 20005)**

15 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de behandeling van personen met een zeldzame ziekte" (nr. 19603)**

- **mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het Belgisch Plan voor Zeldzame Ziekten 2013" (nr. 20005)**

15.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous avais déjà interrogée par écrit au sujet des maladies rares.

Vous aviez précisé que les recommandations du Fonds pour les Maladies Rares et les Médicaments Orphelins qui avaient été présentées fin 2011 étaient en cours d'application sur le terrain.

Plusieurs mesures ont été identifiées et sont à la base du futur Plan belge pour les Maladies Rares comme la Commission européenne le recommande à ses États membres avant fin 2013. Fin 2013, nous y sommes ou presque. Ces mesures consistent manifestement en l'amélioration de l'information relative aux maladies rares et l'amélioration de l'accès aux traitements spécifiques.

Madame la ministre, je voudrais vous intéresser sur deux aspects.

Le premier, c'est que nous sommes aujourd'hui dans un cadre fédéral par rapport aux engagements pris. Or, l'accord institutionnel de la sixième réforme de l'État prévoit, comme vous le savez, le transfert de certaines compétences vers les entités fédérées. En même temps, il ne fait pas référence explicitement aux maladies rares.

Puisque le transfert de la politique des soins *long care* est prévu au niveau des entités fédérées, vous avez à travers votre note de politique générale, lié les maladies rares à la politique en matière de soins chroniques.

À quel niveau de pouvoir demain se situeront les maladies rares? Sera-ce toujours une compétence

maintenue au fédéral ou sera-ce transféré aux entités fédérées? Si c'est le cas, comment le futur Plan pour les Maladies Rares sera-t-il alors mis en place dans le nouveau paysage institutionnel?

Un deuxième volet concerne les ASBL représentatives de ces patients. Pour poser cette question, j'ai directement été sollicitée par l'ASBL *Rare Disorders Belgium* comportant actuellement 61 associations et 38 patients isolés qui sont concernés directement par une maladie rare.

Cette association a aidé et soutenu la création d'une dizaine d'associations pour maladies rares. Il serait vital que cette ASBL *Rare Disorders Belgium* soit reconnue officiellement en tant que représentante des patients atteints de maladies rares.

Je pense que cela permettra alors, demain, non seulement à d'autres associations, mais même aux patients directement concernés et parfois fortement isolés de pouvoir être informés et soutenus le mieux possible. Je vous remercie.

15.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik ga niet herhalen wat mevrouw Fonck heeft gezegd, maar ik wil het toch over twee aspecten hebben.

Een eerste aspect is het debat over de kleine Victor deze zomer. Een van de elementen toen was het feit dat bedrijven land per land moeten onderhandelen om tot een akkoord te komen. Iedereen is ervan overtuigd dat er veel meer op Europees niveau moet worden samengewerkt. U hebt toen ook gezegd dat u dit zeker zou meenemen naar een volgende vergadering van de Europese Raad. Ik had graag van u geweten of daar al initiatieven zijn genomen, mevrouw de minister.

Een tweede aspect is het plan, waarnaar mevrouw Fonck ook al heeft verwezen, dat moet worden geïmplementeerd tegen eind 2013. De Koning Boudewijnstichting heeft daarvoor al een aantal keren aanbevelingen geformuleerd.

U hebt begin dit jaar, bij de beleidsnota, verschillende doelstellingen naar voren geschoven voor meer dan 5 miljoen euro: een betere terugbetaling, een betere toegang, DNA-onderzoek, referentiecentra voor zeldzame ziekten, een centraal register en een nationale website. Dat zijn enkele van de voorstellen die u toen hebt gedaan.

Mevrouw de minister, waar staan wij vandaag? Hoe ver staat het met die maatregelen? Wanneer komt het globale plan? Ik had begrepen dat dit tegen eind 2013 zou gebeuren.

15.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chères collègues, je peux vous dire que, sur la base des premières propositions du Fonds des Maladies Rares et des Médicaments Orphelins que nous avons reçues en 2010, on a identifié les mesures prioritaires. Certaines actions ont déjà été mises en place.

Un montant global annuel de près de 6,5 millions d'euros a été alloué, notamment d'abord pour l'amélioration de l'accès au diagnostic, les remboursements par exemple du conseil génétique spécialisé multidisciplinaire, le remboursement des tests ADN réalisés à l'étranger. Ensuite, pour l'information au patient, on a donné un soutien financier à radio.org, chargée également d'organiser la conférence nationale EUROPLAN en Belgique selon les directives émises par EURORDIS et la création d'un portail Orphanet en Belgique. Nous avons aussi, pour l'amélioration des connaissances sur les maladies rares, développé un registre belge des maladies rares. C'est en cours à l'Institut de Santé publique. Enfin, je signale la participation de radio.org à l'observatoire des maladies chroniques et à la création d'un groupe de travail maladies rares permanent au sein de l'observatoire. Ce groupe de travail a pour mission de réaliser un relevé, un suivi et une analyse des besoins des patients souffrant de maladies rares et de faire des propositions pour l'amélioration de la prise en charge de ces patients.

Évidemment, cela rentre notamment en compte de ce que j'ai dit tout à l'heure au sujet du statut de malade chronique. Ces personnes vont enfin en profiter.

Par ailleurs, j'ai pu enfin obtenir l'accord du gouvernement sur le projet *Unmet medical needs*, qui est ce fameux projet permettant l'accès aux médicaments beaucoup plus rapidement. Je voudrais qu'il soit opérationnel en 2014 quand il aura terminé son parcours. Vous savez que pour le moment, cela peut prendre de deux à trois ans puisqu'il faut d'abord l'accord européen, la reconnaissance au niveau belge puis la négociation sur le remboursement.

Toutes ces opérations peuvent prendre de deux à trois ans. Là, tous les délais sont comprimés pour arriver à un accord en un maximum de six mois. Le système est cadré soit sur les maladies rares soit en cas de danger pour la vie.

Quelle est la procédure?

Une firme pharmaceutique s'adresse à l'INAMI; l'INAMI évalue si la demande correspond aux critères. Il envoie ensuite la demande à l'Agence des médicaments qui dispose de trois mois pour établir sa balance entre les bénéfices et les risques encourus; si elle s'avère positive, l'INAMI dispose encore de trois mois pour négocier le financement.

Les risques sont donc partagés avec la firme pharmaceutique. D'ailleurs, cette décision a été négociée avec pharma.be. En effet, quand la firme fait la demande d'entrer dans ce nouveau système, elle doit immédiatement mettre le médicament à disposition des patients demandeurs et ce, gratuitement.

Si ce médicament est remboursé, nous prenons le relais. Si, pour une raison ou l'autre, ce médicament n'est pas remboursé, la firme sera obligée de continuer le traitement jusqu'au bout, durant toute la vie. Vous remarquez qu'un effort manifeste a été réalisé.

Il s'agit d'un projet de loi qui aboutira prochainement devant vous. Il est déjà passé en première lecture au Conseil des ministres.

Momenteel wordt een actieplan voor zeldzame ziekten opgemaakt dat tegen het einde van dit jaar af moet zijn. Het plan zou een 20-tal prioritaire acties moeten bevatten die 4 domeinen dekken: de diagnose en de informatie voor de patiënten, de organisatie van de zorg, het verbeteren van de kennis betreffende zeldzame ziekten en het beheer van de implementatie, de opvolging en de evaluatie van de maatregelen en de behoeften.

S'agissant de la question des soins dans le cadre de la sixième réforme de l'État, l'accord institutionnel du 22 décembre 2011 prévoit le transfert des soins *long care* aux Communautés. Ce n'est pas la politique en matière de maladie chronique en général. Ce transfert concerne les hôpitaux dits isolés, spécialisés dans la gériatrie ou la revalidation. Il s'agit aussi des conventions spécifiques conclues par l'INAMI avec des centres de rééducation. Les documents relatifs à la réforme de l'État mentionnent, au demeurant, ces différentes conventions.

Cependant, s'il apparaît que certaines actions du futur plan belge de lutte contre les maladies rares doivent incomber aux entités fédérées, une discussion aura lieu, bien entendu, au sein de la Conférence interministérielle. En général, cela se passe vraiment très bien.

Ten slotte werd op Europees niveau het MOCA-project, het *Mechanism of Coordinated Access to Orphan Medicinal Products*, in september 2010 door de Europese Commissie gelanceerd op initiatief van België. Het doel van het project was voorstellen te ontwikkelen om op een vrijwillige basis een mechanisme op te zetten dat de toegang tot de weesgeneesmiddelen in de verschillende lidstaten van de Europese Unie verbetert. Een finaal verslag werd in april 2013 gepubliceerd en kan op het web worden gevonden.

Momenteel lopen er besprekingen om een proefproject op te starten dat de procedure in haar verschillende componenten zal testen en de voor- en nadelen en de eventuele tekortkomingen van de procedure zal identificeren.

Verschillende farmaceutische bedrijven hebben interesse getoond. Aangezien de uiteindelijke beslissing over het proefproject nog niet genomen wordt, is het momenteel te vroeg om termijnen voorop te stellen.

15.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Les choses avancent et c'est tant mieux. J'en déduis que le cadre du Plan belge pour les Maladies Rares reste bien fédéral. Une exception pourrait être faite pour certaines prises en charge reprises dans les conventions qui ont été discutées dans le cadre de la réforme de l'État.

Il me reste alors à réinsister auprès de vous pour que l'ASBL *Rare Disorders Belgium* soit reconnue officiellement comme telle afin qu'elle puisse représenter les patients atteints de maladies rares. Il importe

d'avoir un interlocuteur qui, lui-même, fédérera les associations et les patients.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 19646 van de heer Seminara wordt uitgesteld. Vraag nr. 19693 van de heer Seminara wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Ik stel voor dat we nog enkele vragen behandelen en om 17 uur stoppen.

15.05 Laurette Onkelinx, ministre: Je sais qu'il y a plein de questions sur les kinés et les ostéopathes, mais on vient le 23 avec ce sujet...

De **voorzitter**: Dan zullen de vragen nr. 19850 van de heer Thiéry en nr. 20147 van mevrouw Gerkens vervallen en wordt de vraag nummer 20168 van mevrouw Fonck omgezet in een schriftelijke vraag.

Ook vraag nr 19874 van de heer Seminara wordt omgezet in een schriftelijke vraag. De vragen nrs. 19902 en 19903 van mevrouw Warzée-Caverenne worden uitgesteld.

Alle volgende vragen worden verplaatst naar de volgende vergadering behalve vraag nr. 20007 van mevrouw Muylle die wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

16 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de diagnose van ADHD" (nr. 19701)

16 Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le diagnostic du TDAH" (n° 19701)

16.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in advies nr. 8846 stelt de Hoge Gezondheidsraad voor om de diagnose van ADHD voor te behouden aan een team in de tweede of de derde lijn. De voorgestelde praktijken verschillen veel van de huidige medische praktijk, waar de diagnose vaak door de huisarts wordt gesteld. Het implementeren van dit advies zal dan ook een zekere aanpassing vragen. Vandaar dat ik van u graag een antwoord gekregen op volgende vragen:

Bent u van plan om het advies van de HGR te volgen? Zo ja, is er dan wel voldoende capaciteit in de tweede of de derde lijn om dit advies mogelijk te maken?

16.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, ik meen dat het advies van de Hoge Gezondheidsraad terecht is en dat het inderdaad moet worden gevolgd. Daartoe heb ik de in de FOD Volksgezondheid opgerichte specifieke werkgroep rond psychostimulantia bij kinderen en volwassenen, van het wetenschappelijk platform psychotropen gevraagd om te onderzoeken welke gevolgen wij aan dat advies moeten geven. Die werkgroep bestaat uit deskundigen ter zake uit de academische wereld, de wetenschappelijke verenigingen van huisartsengeneeskunde en uit de bevoegde administraties.

Ik hoop dat deze werkgroep mij op de vergadering van 22 november aanstaande concrete ideeën zal kunnen geven met betrekking tot de verspreiding en de toepassing van dat advies.

16.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb mijn vraag dus iets te vroeg gesteld en misschien kan ik beter wachten tot na 22 november om duidelijkheid te krijgen omtrent het advies.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad over condoomgebruik door personen met een HIV-infectie" (nr. 19777)

- mevrouw Véronique Bonni aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad inzake condoomgebruik bij hiv-serodiscordante partners" (nr. 19988)

17 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'avis du Conseil supérieur de la santé concernant l'utilisation du préservatif par les personnes atteintes d'une infection au VIH" (n° 19777)**

- **Mme Véronique Bonni à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur l'utilisation du préservatif par des partenaires VIH-sérodiscordants" (n° 19988)**

17.01 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mevrouw de minister, in een advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 8902 stelt de Hoge Gezondheidsraad dat het gebruik van condooms door personen met een HIV-infectie aangeraden blijft.

Tot zover geen probleem. Vervolgens ziet de Hoge Gezondheidsraad toch de mogelijkheid van seksuele contacten zonder condoom, weliswaar onder heel strikte omstandigheden.

Dit bijkomend advies verontrust mij, aangezien de wetenschappelijke bewijzen die zouden kunnen wijzen op een beperkt, maar niet onbestaand besmettingsrisico al bij al heel beperkt zijn, tot op heden gaat het maar over twee studies.

Ik vrees dan ook dat dit advies een verkeerd signaal geeft. Ik krijg daarom graag een antwoord van u op de volgende vragen. Zult u het advies van de Hoge Gezondheidsraad implementeren in uw HIV-plan? Indien neen, welk standpunt neemt u dan in over condoomgebruik door personen met een HIV-infectie?

Indien u dit advies wel zou implementeren, hoe kunt u er dan zeker van zijn dat het condoomgebruik zal dalen in die situaties die beantwoorden aan de heel strikte voorwaarde die de Hoge Gezondheidsraad stelt?

17.02 **Véronique Bonni** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, un avis rendu récemment par le Conseil supérieur de la Santé concernant l'utilisation du préservatif par des partenaires VIH sérodiscordants a largement été médiatisé. L'instance scientifique estime que, moyennant certaines conditions très strictes, les prestataires de soins pourraient proposer à un couple dont l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif, la possibilité de ne plus utiliser le préservatif. Si l'avis de cette instance scientifique destiné aux prestataires de soins est certainement scientifiquement pertinent, des questions se posent quant à son opportunité médiatique.

Madame la ministre, l'évaluation de la balance bénéfique/risque liée à la publicité de cet avis a-t-elle été réalisée? Comment peut-on garantir que l'interprétation qui sera faite de cet avis n'aura pas de dangereuses conséquences en termes de santé publique et d'éducation à la prévention? Quelles précautions ont-elles été prises en la matière? Quelles suites seront-elles données à cet avis? Les données scientifiques ayant amené le Conseil supérieur de la Santé à rendre un tel avis pourraient-elles avoir des répercussions sur les discussions actuellement menées quant à la possibilité, pour les personnes homosexuelles, de donner leur sang?

17.03 **Minister Laurette Onkelinx**: De Hoge Gezondheidsraad heeft in zijn advies 89/02 over de richtlijnen betreffende het condoomgebruik door HIV-serodiscordante koppels die een antiretrovirale behandeling volgen, inderdaad aangegeven dat de specialist een duurzaam serodiscordant koppel kan voorstellen om niet langer een condoom te gebruiken indien het koppel die wens kenbaar maakt en de persoon met HIV een behandeling volgt waardoor bij hem reeds langer dan zes maanden geen overdracht meer werd vastgesteld.

Het advies stelt ook duidelijk dat de zorgverleners de keuze om geen condoom meer te gebruiken kunnen overwegen en aan de patiënten kunnen voorstellen in het kader van zeer strikte voorwaarden.

L'avis ne remet donc nullement en cause le fait que le préservatif reste plus que jamais recommandé pour prévenir la transmission du VIH. L'avis ne concerne que les personnes vivant avec le VIH dans un couple sérodiscordant et pose, même en la matière, des exigences très strictes.

En ce qui concerne la publicité de l'avis, je vous rappelle que tous les avis du Conseil supérieur de la Santé sont publiés sur son site internet. Il n'y a donc rien d'exceptionnel dans le fait que celui-ci le soit. Mais c'est vrai qu'il y a eu une exploitation médiatique, que je regrette. Il y a eu de grands titres dans certains médias, qui ont été presque assassins en pouvant faire croire qu'on n'avait plus besoin du préservatif. Je trouve cela très grave en termes de responsabilité de la presse.

En ce qui concerne le lien avec la question du don de sang pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, il n'y en a aucun.

Ik deel u nog mee dat alle maatregelen van het HIV-plan, uitgewerkt door alle betrokken overheden, onder meer inzake de preventiebevoegdheid, op 15 oktober aanstaande zullen worden voorgesteld naar aanleiding van een evenement waarop u ook werd uitgenodigd.

Hebt u die uitnodiging gekregen? (*Instemming*)

17.04 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben blij dat u ook wijst op de verantwoordelijkheid van de persjournalisten, die in dezen een idee de wereld zouden hebben ingestuurd. Toen wij dat lazen in de pers, was het net alsof het gebruik van het condoom niet meer altijd positief wordt geadviseerd. Ik ben dus in elk geval blij dat u daarop wijst.

Voor het overige zullen wij de presentatie van 15 oktober afwachten.

17.05 Véronique Bonni (PS): Madame la ministre, je me joins à la réplique de ma collègue. Il est vrai que les médias vont quelques fois trop vite et que les jeunes peuvent très mal interpréter ce qui est dit et écrit. Cela peut avoir des conséquences désastreuses sur la vie de futurs jeunes couples.

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

De **voorzitter**: Mevrouw De Bont laat haar vraag nr. 19812 omzetten in een schriftelijke vraag.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.59 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16.59 heures.*