

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 13 NOVEMBRE 2013

WOENSDAG 13 NOVEMBER 2013

Matin

Voormiddag

De vergadering wordt geopend om 10.26 uur en voorgezeten door mevrouw Maya Detiège.
La séance est ouverte à 10.26 heures et présidée par Mme Maya Detiège.

De **voorzitter**: Vraag nr. 18176 van de heer Luk Van Biesen en vraag nr. 19157 van de heer Mathias De Clercq worden omgezet in schriftelijke vragen.

01 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le lancement de chèques-dentiste" (n° 19646)

01 Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de lancering van vouchers voor tandverzorging" (nr. 19646)

01.01 **Franco Seminara** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dernièrement, Securimed, un organisme de tarification et de défense juridique pour médecins généralistes, spécialistes et dentistes, a annoncé vouloir lancer un chèque-repas des soins dentaires. L'idée serait de calquer le fonctionnement de ces vouchers sur celui des chèques-repas ou des écochèques. L'employeur participerait ainsi en partie au coût relatif à un soin dentaire non remboursé par l'INAMI (implants dentaires, bridges, couronnes, etc.) via ce voucher qu'il remettrait à son salarié et que ce denier pourrait utiliser chez un des partenaires de Securimed.

Cet organisme se montre d'un cynisme sans nom en qualifiant cette opération de rempart contre la dualisation du corps des dentistes. Selon Securimed, il y a les dentistes de luxe et les dentistes sociaux qui doivent supporter "le comportement du patient social caractérisé par l'absentéisme, des revendications de tout genre (menaces, incivilités, etc.)". Selon Securimed, il devient urgent de donner aux patients sociaux, ces laissés-pour-compte d'une société fascinée par l'esthétique, des raisons de se comporter normalement, dans une relation où ils redeviennent clients, c'est-à-dire acteurs économiques, et où les mêmes perspectives thérapeutiques leur sont proposées. Enfin, Securimed ajoute que l'employeur peut limiter l'usage des vouchers à des soins prédéfinis, lesquels seront repris sous le titre, par exemple, "implants dentaires" et ce, motivé par le fait que des soins dentaires non remboursés par l'INAMI peuvent avoir une incidence directe sur la vie professionnelle du travailleur (importance de la denture ou du sourire dans des professions telles que délégué commercial, hôtesse d'accueil, etc.).

Ironie totale, si la Société de médecine dentaire critique cette initiative qu'elle apparente à de la publicité illégale, l'association professionnelle s'offusque surtout du fait que ces vouchers ne peuvent être utilisés que dans deux cabinets dentaires.

Aussi, madame la ministre, voici mes questions. La mise en place d'une telle opération dans le secteur des soins dentaires et plus largement des soins de santé est-elle autorisée? Dans la négative, qu'encourent les prestataires participant à ce genre de marketing? De quels outils réglementaires disposez-vous pour faire cesser ce genre de pratique? À la lumière de la réglementation sur le travail, quelle attitude devrait adopter un salarié à qui un tel voucher est proposé par son employeur?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Seminara, comme vous et la profession concernée elle-même, j'ai été scandalisée par l'annonce de Securimed du lancement du chèque-dentiste, même si, à ce stade, l'initiative ne semble pas avoir dépassé l'effet d'annonce.

Quant au fond, étant donné que les chèques-dentiste ne concernent que les prestations qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire, la législation INAMI ne peut empêcher leur instauration. Toutefois, l'instauration de chèques-dentiste, comme l'a mis en évidence la Société de médecine dentaire, peut constituer, au regard de la loi du 15 avril 1958 sur la publicité en matière de soins dentaires, une publicité indirecte illégale. J'ai dénoncé auprès du procureur du Roi de Bruxelles les faits relatés par le journal *L'Avenir* de ce 6 septembre 2013.

Sous réserve d'autres qualifications, le fait d'offrir des bons pour des interventions relevant des soins dentaires utilisables chez des partenaires commerciaux pourrait constituer, à tout le moins dans le chef de la société anonyme Securimed, une infraction conformément aux articles 1^{er} et 3 de la loi du 15 avril 1958 relative à la publicité en matière de soins dentaires.

01.03 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Il me semblait important de clarifier les choses; vous venez de le faire en n'oubliant pas les aspects humain et social.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de 'doorbraak' in de ziekteverzekering voor CVS-patiënten" (nr. 19811)

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de revalidatieovereenkomst CVS" (nr. 19995)

02 Questions jointes de

- Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'avancée dans l'assurance maladie pour les patients SFC" (n° 19811)

- Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "une convention de rééducation fonctionnelle pour le SFC" (n° 19995)

02.01 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, CVS is een thema dat ons al een geruime tijd aanbelangt. Ik heb hierover onlangs een rondetafel georganiseerd met de heren Crombez en Anciaux. Wij hebben toen heel veel patiënten, patiëntenverenigingen en artsen gehoord.

Naar aanleiding van de revalidatieovereenkomst-CVS, die op 16 september laatstleden werd goedgekeurd door het Verzekeringscomité, heb ik een aantal opmerkingen. Ik vind het enorm positief dat er multidisciplinaire diagnostische centra worden opgericht in samenwerking met de eerste lijn. Ik meen dat dit heel belangrijk is want een vlotte samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn is iets waar ook de sp.a naar streeft.

Ik betreur wel dat de behandeling zelf wordt beperkt. Momenteel is er enkel sprake van de graduele oefentherapie en de cognitieve gedragstherapie. Ik begrijp dat men zich hiertoe beperkt omdat men beweert dat dit vandaag de enige behandelingen zijn die wetenschappelijk zijn bewezen. Ik vind dat wij het hierbij niet mogen laten. Wij moeten verder denken.

Een aantal patiënten wordt geholpen met deze behandelingen, maar heel wat patiënten zeggen zelf dat zij er geen baat bij hebben. Het is de taak van de overheid om via de gezondheidszorg een goede oplossing aan te reiken voor zoveel mogelijk patiënten. Er moet dan ook verder worden gezocht naar andere behandelingen.

Volgens mij is het jammer dat het wetenschappelijke luik, de wetenschappelijke dimensie, het kennis

vergaren en nieuwe behandelingswijzen zoeken, ontsnapt aan de scope van de overeenkomst. Er wordt bijvoorbeeld ook geen melding gemaakt van jongeren en CVS. Nochtans is dit een groep waarmee men absoluut rekening moet houden aangezien zij nog een hele toekomst voor zich hebben.

Ik kom dan bij een laatste opmerking. Men moet eerst zes maanden ziek zijn vooraleer men naar een centrum kan gaan. Dat is de wetenschappelijk aanvaarde definitie van CVS. Andere wetenschappers trekken deze termijn dan weer in twijfel. Mijzelf lijkt deze termijn te lang. Ik heb met heel wat mensen gesproken en na zes maanden niet werken, is het bijzonder moeilijk om normaal te functioneren in de maatschappij. Die terugkeer werkt zelfs antirevaliderend. De kans op een werkhervatting na zes maanden is dan ook heel erg klein.

Patiënten hebben nood aan een snelle en goede diagnose en een adequate behandeling en moeten hun recht op werk kunnen vrijwaren.

Ik weet dat dit een moeilijke taak is. Mevrouw de minister, wij zijn met een aantal mensen aan het brainstormen wat wij kunnen doen, maar ik heb een aantal vragen voor u.

Zult u middelen investeren in verder onderzoek naar andere therapieën dan degene die vandaag bestaan?

Bent u bereid om met de Gemeenschappen te overleggen opdat er in de huisartsenopleiding en de navorming voldoende en correcte informatie wordt gegeven over CVS, zodat de huisartsen op een adequate manier kunnen inspelen op hun centrale rol in het verhaal? Ik stel die vraag omdat de huisartsen zelf zeggen dat zij veel te weinig kennis ter zake hebben.

Hoe lang geldt deze revalidatieovereenkomst? Is er in een tussentijdse evaluatie voorzien? Als de wetenschappelijke definitie evolueert – wat ik hoop – en er een consensus groeit om al na vier maanden door te verwijzen – dus sneller dan vandaag –, bent u dan bereid om die revalidatieovereenkomst in die zin aan te passen?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw Detiège, de nieuwe overeenkomst met multidisciplinaire diagnostische centra voor CVS die het RIZIV heeft goedgekeurd, betekent op verschillende vlakken zeker een verbetering tegenover de vroegere overeenkomst met de referentiecentra.

Het is onder meer de bedoeling dat er meer centra met een overeenkomst zullen zijn. De patiënten zullen zich dan minder ver moeten verplaatsen, wat er normaal gezien ook toe zal leiden dat de patiënten minder lang zullen moeten wachten vooraleer zij in een centrum kunnen worden onderzocht.

Ook het feit dat de behandeling volledig zal worden verstrekt door therapeuten uit de eerste lijn in de woonomgeving van de patiënten zal ervoor zorgen dat de terugbetaalde prestaties toegankelijker worden voor de patiënten.

Dit betekent zeker niet dat de behandelingen in het kader van de nieuwe overeenkomst van minder goede kwaliteit zullen zijn. Integendeel, met name wat de cognitieve gedragstherapie betreft, geldt dat deze behandeling zal worden gegeven aan individuele patiënten en niet als groepsbehandeling.

Bovendien zullen de patiënten meer zittingen terugbetaald krijgen en zullen de therapeuten moeten beantwoorden aan strenge opleidingsvereisten.

Deze vernieuwingen zijn gebaseerd op de richtlijnen van verschillende experts, waaronder het KCE. Hierdoor sluit de manier waarop de behandeling wordt gegeven beter aan bij de manier waarop deze behandeling wordt gegeven in het wetenschappelijk onderzoek en is het redelijk te verwachten dat de behandeling net zoals in het wetenschappelijk onderzoek betere resultaten zal opleveren.

Alhoewel de nieuwe overeenkomst op verschillende vlakken verschilt van de vorige overeenkomst met de referentiecentra zijn de terugbetaalde behandelingen inderdaad dezelfde. Dat is zo omdat er nog geen nieuwe behandelingen gevonden zijn waarvan het wetenschappelijk onderzoek voldoende heeft aangetoond dat ze een gunstig effect hebben op CVS.

Volgens een nieuwe richtlijn uit Nederland van februari 2013 geldt dit enkel voor cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie. Een echte verandering op dat vlak moet van het wetenschappelijk onderzoek

komen.

Ik ben het er zeker mee eens dat er wetenschappelijk onderzoek moet gebeuren naar andere behandelingen van deze aandoening. Het CVS-onderzoek is uiteraard een wereldwijde aangelegenheid, maar ik vind ook dat de specialisten van de centra hieraan kunnen bijdragen. Ik weet dat sommigen onder hen dat ook doen. De financiering van het wetenschappelijk onderzoek behoort echter niet tot mijn bevoegdheden.

De diagnosecentra waarmee de nieuwe revalidatieovereenkomst zal worden afgesloten zullen wel degelijk volwaardige centra zijn. Volgens de overeenkomst moeten ze beschikken over een team met verschillende geneesheren-specialisten die de patiënt elk onderzoeken en in onderling overleg de diagnose stellen. Deze artsen zullen onder andere moeten onderzoeken of er geen behandelbare lichamelijke toestand is die de klachten kan verklaren. Alleen als dit na grondig onderzoek niet het geval blijkt te zijn, kan de CVS-diagnose worden gesteld.

Een goede opleiding en informering inzake CVS van de huisartsen vind ik zeker belangrijk.

02.03 Maya Detiège (sp.a): U bedoelt in de opleiding?

02.04 Minister Laurette Onkelinx: Ja.

Volgens de nieuwe revalidatieovereenkomst is het ook een uitdrukkelijke opdracht van de diagnostische centra. De huisarts kan een belangrijke rol spelen, onder andere in het voorkomen van het chronisch worden van vermoeidheidsklachten.

Daarom bepaalt de nieuwe overeenkomst expliciet dat het de opdracht is van de nieuwe centra om aan de huisartsen richtlijnen te geven in verband met de begeleiding van patiënten die nog niet gedurende zes maand CVS-klachten hebben, met name ook op het vlak van de beroepsactiviteit.

Tot slot meen ik nog dat de nieuwe overeenkomst zeker het resultaat is van een verbeterd, concreet beleidsplan, in de actuele wetenschappelijke stand van zaken, waarin het aantal effectieve behandelingen van CVS/ME vooralsnog beperkt is. De nieuwe overeenkomst zal, net zoals de vorige overeenkomst met de referentiecentra, grondig worden geëvalueerd.

In het zorgmodel van de nieuwe overeenkomst is er dus zeker wel rekening gehouden met de groep van patiënten bij wie de CVS-diagnose nog niet kan worden gesteld. De verruiming van de overeenkomsten tot patiënten bij wie de klachten nog geen zes maand aanwezig zijn, maar bijvoorbeeld wel al vier maand, is volgens mij iets wat kan worden overwogen naar aanleiding van de evaluatie van de overeenkomsten.

De overeenkomsten worden tussentijds geëvalueerd na twee jaar en finaal bij afloop van de overeenkomsten. De overeenkomsten zullen vier jaar geldig zijn. Binnenkort zal er een kandidatenoproep gelanceerd worden om een overeenkomst af te sluiten. Nadien zal er een selectie dienen te gebeuren van de kandidaat-ziekenhuizen waarmee een overeenkomst afgesloten wordt.

02.05 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u de moeite te doen om een uitgebreid antwoord te geven, want het is thema dat al heel lang leeft en waarvoor al heel veel voorstellen gedaan zijn voor een grote groep patiënten.

Ik heb heel veel zaken gevraagd. Ik zal trachten om beknopt te reageren op een aantal daarvan. Het is positief dat het de bedoeling is geweest om het aantal patiënten op de wachtlijsten te verminderen. Dat was namelijk een van de pijnpunten die de mensen aanhaalden. Ik vind het absoluut goed dat u dat doet. Ook de terugbetaling wordt verbeterd.

Het is spijtig dat heel veel zaken in onze gezondheidszorg niet tot de bevoegdheden van één minister behoren. Het hoofdknelpunt blijft het wetenschappelijk onderzoek. Mevrouw Van Broeckhoven heeft daarop al, samen met mij, openlijk in de pers gereageerd. Er moet worden geïnvesteerd, want anders begint men met een soort van zorg, terwijl men zelfs niet weet wat de oorzaak is. Met het bepalen van de oorzaak begint het toch.

Ik heb vernomen dat de heer Courard bevoegd is. Ik ga hem ook vragen om met u rond de tafel te zitten om

te kijken hoe men dit kan oplossen.

Ik weet dat het in het verleden de bedoeling was om in de referentiecentra, die de informatie kregen, onderzoek te doen en zo feedback aan elkaar te geven en het niveau op te tillen. Eigenlijk is dat niet gebeurd.

Als wij starten met de nieuwe formules van de multidisciplinaire teams, zou de verplichting wel moeten bestaan om de informatie door te sturen naar andere experts om zo het niveau in België op te tillen. Dan zijn wij al een hele grote stap verder.

Ik weet dat dit geld kost. Ik zal de heer Courard vragen om met u samen te zitten om hiervoor een oplossing te vinden.

Met betrekking tot de opleiding van de huisartsen zegt u dat de diagnostische centra richtlijnen aan de artsen zullen geven, maar de artsen zeggen dat dit eigenlijk begint op dag 1, de dag dat de patiënt binnenkomt. Dat is voor hen het essentiële probleem.

Als er iemand binnenkomt met onverklaarbare klachten, ontbreekt voor hen daar al een kader om die patiënt te kunnen doorverwijzen. Is die patiënt op zijn plaats in een van de bestaande centra of heeft hij een totaal andere behandeling nodig?

Ik heb bijvoorbeeld gehoord dat heel wat mensen met de ziekte van Lyme daarop niet werden getest. Er is iets mis met de opleiding van de huisartsen zelf. Er is te weinig aandacht voor.

Ik weet ook dat hiervoor overleg met andere niveaus nodig is, maar ik denk dat u als minister toch met de andere bevoegde ministers ter zake moet gaan samenzitten.

Ik ben heel blij dat u zegt dat de zes maanden naar vier maanden zullen worden verkort. Ik heb een noodkreet gehoord van heel veel mensen die wel willen werken, maar het systeem is te rigide. Als u daarvoor mee oplossingen wil bedenken, dan heel graag.

U zegt dat de evaluatie na twee jaar plaatsvindt. Ik vind dat tamelijk lang. Er zijn voorstellen van verscheidene parlementsleden over dit onderwerp. Stel dat daar iets uit de bus komt dat een krachtig signaal geeft, dan kunnen wij misschien overgaan tot een snellere evaluatie dan vandaag.

Ik dank u alvast voor uw antwoord.

02.06 Rita De Bont (VB): Mevrouw de voorzitter, excuseer mij dat ik iets later was als gevolg van de problemen met het openbaar vervoer.

Ik ben in elk geval redelijk goed op de hoogte van de nieuwe overeenkomst. Ik vind die toch niet helemaal een verbetering en zou graag een opmerking maken die tijdens de evaluatie aan bod zou moeten komen. Die vindt spijtig genoeg pas binnen twee jaar plaats. Ik zou liever hebben dat dat iets vroeger zou zijn.

De vraag in de overeenkomst met betrekking tot CVS is wat men verstaat onder CVS. CVS is immers een containerbegrip waaronder verschillende ziektes worden ondergebracht. In april 2009 was er al een akkoord rond de noodzakelijke diagnose, een differentiële diagnose, die zou moeten worden gesteld bij de verschillende patiënten.

Hiervan is echter niet veel terug te vinden in de nieuwe RIZIV-overeenkomst. Men kan natuurlijk niet wachten om patiënten te behandelen totdat men een wetenschappelijke verklaring heeft voor alle fenomenen die onder CVS worden ondergebracht. Een vroegtijdige behandeling is van groot belang voor een groot deel van de patiënten, maar voor een ander deel van de patiënten is een vroegtijdige diagnose, een differentiële diagnose, ook belangrijk. Ik verwijs dan voornamelijk naar patiënten die meer een biologisch dan een psychisch probleem hebben.

Mevrouw de voorzitter heeft er ook al naar verwezen: de myalgische-encefalomyelitispatiënten, de lupuspatiënten en de lymepatiënten. Er wordt eigenlijk nog maar weinig gedaan om die patiënten in een vroegtijdig stadium de juiste diagnose te geven.

Dat is natuurlijk ook een verantwoordelijkheid van de Gemeenschappen, van de artsen en artsenopleiding. Het moet dan ook afgesproken en onderhandeld worden met de Gemeenschappen. Ik zou echter graag hebben dat de federale overheid in haar afspraken met het RIZIV er aandacht aan besteedt. Er bestaan vandaag immers testen die kunnen worden uitgevoerd om deze patiënten te onderscheiden van de patiënten die eerder een psychische behandeling nodig hebben. Die testen worden echter gewoonlijk niet terugbetaald of aanvaard. Artsen die deze diagnose toepassen, worden zelfs vervolgd. Ik zou graag hebben dat daaraan meer aandacht wordt besteed.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question 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 pénurie de médecins légistes" (n° 19504)

03 Vraag van mevrouw Jacqueline Galant aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het tekort aan wetsdokters" (nr. 19504)

03.01 Jacqueline Galant (MR): Madame la présidente, madame la ministre, les médecins légistes ne sont actuellement plus que 28 aujourd'hui pour toute la Belgique alors que, dans l'idéal, il devrait y en avoir entre 50 et 60. L'explication de cette pénurie n'est pas un mystère: les conditions de travail sont difficiles et les salaires trop bas pour attirer les candidats.

La réalité est donc très différente de ce que les gens s'imaginent lorsqu'ils voient les séries télévisées qui mettent les experts judiciaires à l'honneur. On les imagine, par exemple, ne travailler que sur des cadavres alors que, dans la réalité, les médecins légistes s'occupent aussi de personnes bien vivantes. Ce sont notamment eux qui s'occupent des victimes de coups et blessures, par exemple. Dans ce cas-là, leur rôle est d'évaluer si la victime a subi une incapacité temporaire, ou si elle gardera des séquelles ou une incapacité permanente. Cette patientèle représente à elle seule à peu près 30 % du temps de travail des médecins légistes. Ce n'est donc pas anodin.

N'oublions pas non plus que médecin légiste, c'est un métier de terrain. Cela veut dire que ces médecins doivent être disponibles 24 heures sur 24, de jour comme de nuit, car les crimes surviennent à toute heure et doivent être constatés sans délai. Et puis, il y a le nerf de la guerre: le salaire! Les barèmes des médecins légistes sont bas et leurs prestations payées dans un délai qui peut parfois dépasser les six mois. Les retards de paiement sont donc importants et, en même temps, certains actes sont rémunérés de manière très insuffisante par rapport à d'autres pays européens. En Belgique, une autopsie est rémunérée en moyenne 400 euros; aux Pays-Bas, c'est quasiment dix fois plus.

Les exigences et les contraintes de cette profession pourtant indispensable découragent de nombreux étudiants en médecine. Peu s'aventurent dans cette discipline. La profession court donc droit à la catastrophe si rien n'est fait pour la valoriser comme elle le mérite.

Madame la ministre, tout comme la ministre de la Justice, vous connaissez la situation. Du point de vue judiciaire, cela fait longtemps que les légistes demandent une révision de leurs honoraires. La ministre de la Justice travaille à un futur projet de loi que les médecins légistes attendent de pied ferme. De votre côté, vous savez qu'il est absolument indispensable de valoriser cette profession et de former la relève car la pyramide des âges ne va faire qu'aggraver la situation de pénurie que nous connaissons déjà. Mon collègue, Jacques Brotchi, a déposé au Sénat une proposition de loi visant précisément à redynamiser la médecine légale. C'est un texte ambitieux qui chevauche vos compétences et celles de la ministre de la Justice que j'ai également interrogée à ce sujet.

Pouvez-vous nous dire quelle est votre position à l'égard des médecins légistes et ce que vous pouvez faire pour venir en aide à cette profession durement menacée? Des concertations ont-elles lieu avec votre homologue de la Justice? Avez-vous pu prendre connaissance de la proposition du sénateur Jacques Brotchi? À votre estime, quand la situation des médecins légistes pourra-t-elle s'améliorer et que faut-il mettre en œuvre pour atteindre cet objectif dans les meilleurs délais? Je vous remercie.

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, tout d'abord, je partage votre

constat. Dans les séries télévisées, les médecins légistes sont beaux, riches et compétents! Or, sur le terrain, ils sont probablement beaux, compétents sûrement, mais ils ne sont certainement pas riches, de même qu'ils ne sont pas assez nombreux. Je vous parle en tant que ministre de la Santé publique, mais – ayant été ministre de la Justice – je connais le rôle crucial que ces praticiens remplissent pour la société. C'est pourquoi j'ai pris connaissance de la proposition du sénateur Brotschi avec beaucoup d'intérêt.

Selon les données du SPF Santé publique, il existe en ce moment 41 médecins légistes agréés. Cependant, je sais qu'il risque d'en manquer, comme vous l'avez dit, parce que les rémunérations ne correspondent pas aux lourdes exigences de cette profession. De ce fait, des médecins légistes refusent certaines missions.

Leurs rémunérations sont du ressort de ma collègue de la Justice. Elle va nous soumettre des propositions. Croyez bien que je la soutiendrai à 100 % en vue d'améliorer la condition des médecins légistes. De mon côté, j'essaie de rendre la formation en médecine légale aussi attrayante et complète que possible. Au sein du SPF Santé publique, le projet relatif à la révision des critères d'agrément des médecins spécialistes est en cours d'élaboration. Ceux de la médecine légale sont également analysés dans ce projet. La proposition actuelle de l'arrêté ministériel comprend des améliorations considérables par rapport à celui du 27 février 2002, parmi lesquelles l'ajout d'une définition de la médecine légale, une description du contenu du stage, la fixation d'un nombre minimal d'actes que devra commettre un candidat, la définition de critères quantitatifs et qualitatifs pour le service de stage et, enfin, la délimitation du nombre de candidats pouvant être formés dans ce service.

Avec cette proposition d'adaptation de l'arrêté ministériel, je pense que nous aboutirons à une formation en médecine légale beaucoup plus attrayante et de qualité.

Pour le reste, vous me demandez si nous travaillons avec le cabinet de la ministre de la Justice; la réponse est oui. Nous avons même mis au point un système de collaboration grâce auquel les conseillers oeuvrant des deux côtés se voient chaque semaine. C'est également valable pour d'autres questions, telle celle des internés, puisque nous avons des intérêts communs.

03.03 Jacqueline Galant (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Sur papier, il est vrai qu'il y en a encore 41 mais en réalité, ils ne sont plus que 28 en fonction.

C'est une bonne chose que vous ayez en vue la réforme de la formation des médecins légistes.

Il existait également une proposition pour que ces médecins légistes deviennent des salariés et dépendent directement du ministère de la Justice. Mais le débat de l'indépendance de ces médecins se posait alors. Je pense que si deux conseillers de chaque département se rencontrent, il serait peut-être intéressant de rouvrir ce débat.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense que la notion de salarié ne contredit pas nécessairement celle d'indépendance du praticien. C'est un débat que la justice doit mener.

03.05 Jacqueline Galant (MR): Il serait donc intéressant que ce point soit discuté au sein du groupe de travail entre vos deux départements.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les résultats de la concertation visant l'harmonisation de la formation en kinésithérapie dans les deux Communautés" (n° 19902)

04 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 resultaten van het overleg om de opleidingen kinesithérapie in beide Gemeenschappen te harmoniseren" (nr. 19902)

04.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, certaines qualifications professionnelles particulières en kinésithérapie cardiovasculaire, thérapie manuelle, pédiatrie

neurologique, réadaptation pelvienne et kiné périnatale et respiratoire sont en attente de critères d'agrément.

En réponse à une précédente question en commission, vous m'aviez informée que la durée des études de kiné n'étant pas la même dans les deux Communautés, vous ne pouviez alors déterminer les critères et les volumes de formation complémentaire devant permettre d'obtenir ces qualifications professionnelles particulières.

Vous aviez précisé qu'une concertation était en cours avec les kinés et les ministres compétents de la Communauté française et de la Communauté flamande en vue d'harmoniser cette formation et que les conclusions vous seraient présentées au printemps 2013.

Je reviens donc logiquement vers vous pour savoir si un consensus a pu être trouvé et si les critères d'agrément pour les qualifications particulières mentionnées ont pu être fixés?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Comme vous le savez, une large réforme de l'enseignement supérieur est actuellement en cours au niveau de la Communauté française, qui devrait aboutir enfin à homogénéiser les formations en kinésithérapie sur l'ensemble du territoire.

Dès que cela sera le cas – c'est en cours – je vais pouvoir relancer la concertation avec les ministres compétents (Communauté française, Communauté flamande) avec pour objectif que la mise en place des formations pour ces qualifications professionnelles particulières aboutisse le plus rapidement possible.

J'espère vous présenter le résultat de cette concertation au printemps 2014.

04.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Merci, madame le ministre, pour votre réponse. Nous allons à nouveau patienter jusqu'au printemps 2014 avant d'avoir les résultats de ces concertations.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'adaptation de la réglementation relative au maquillage semi-permanent ou permanent" (n° 19903)

05 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 aanpassing van de regelgeving betreffende semipermanente en permanente make-up" (nr. 19903)

05.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je reviens vers vous à la suite d'un premier échange que nous avons eu en commission sur le sujet. Le Conseil supérieur de la Santé avait remis, en février 2011, un avis sur le maquillage semi-permanent et le tatouage. Il recommandait, outre la nécessité pour celles et ceux qui réalisent du maquillage semi-permanent ou permanent d'avoir suivi la formation de base d'esthéticienne, de suivre préalablement une formation spécifique traitant à la fois des produits utilisés, du risque infectieux lié à de tels actes, ainsi que de l'hygiène. Ceci, à l'image de ce qui existe pour les professionnels réalisant tatouages et piercings.

Madame la ministre, vous m'aviez confirmé que vos services travaillaient à la mise en œuvre de cette recommandation. Ont-ils conclu leurs travaux? Le cas échéant, quelle est la forme adoptée?

L'arrêté royal du 25 novembre 2005 réglementant les tatouages et les piercings peut en effet être adapté pour être rendu applicable aux esthéticiennes. Dans son avis, le Conseil supérieur de la Santé déplorait l'absence, dans notre pays, d'une réglementation claire concernant les colorants utilisés dans le cadre du maquillage semi-permanent ou permanent et du tatouage. En 2008, le Conseil de l'Europe a adopté une résolution reprenant notamment une liste de produits ne pouvant être utilisés dans les produits pour tatouage et maquillage semi-permanent ou permanent. Est-il prévu de travailler en droit belge dans le sens de cette résolution du Conseil de l'Europe?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, suite à notre demande, le Conseil supérieur de la Santé a en effet rendu un avis dans lequel il mentionne qu'il faut prévoir une formation "hygiène" aux esthéticiennes qui souhaitent pratiquer le maquillage semi-permanent ou permanent. À notre demande, un

groupe de travail composé de différentes instances, dont la présidente de l'Union nationale des Esthéticiennes de Belgique, analyse, en collaboration avec Attentia et la Direction générale Soins de Santé, la situation existante en vue de l'adaptation de la formation "hygiène" aux spécificités de cette pratique. Les implications juridiques de l'intégration du maquillage semi-permanent ou permanent dans la réglementation appliquée actuellement aux tatoueurs doivent encore être analysées et modifiées en collaboration avec le SPF Économie, également impliqué dans l'enregistrement de ces pratiques.

L'arrêté royal du 25 novembre 2005 qui régit la pratique du tatouage et du piercing indique dans son annexe 1.3 que les encres utilisées pour le tatouage doivent répondre aux conditions de composition et de stérilité spécifiées dans la résolution du Conseil de l'Europe sur les tatouages et les maquillages permanents. Cette résolution a été adoptée le 19 juin 2003 par le Conseil des ministres.

Pour sa part, la résolution de 2008, qui a remplacé la résolution de 2003, mentionne une liste de composants qui ne doivent pas être présents dans les produits servant au tatouage et au maquillage permanent en raison de leurs propriétés mutagènes, cancérogènes, reprotoxiques et/ou sensibilisantes.

À notre demande, un sous-groupe de travail du Conseil supérieur de la Santé coordonne l'analyse et la rédaction d'une liste positive reprenant uniquement les composants admis dans les encres. Ce travail sera très long et prendra un à deux ans. Il permettra aux divers intervenants d'avoir la certitude de l'emploi de produits de qualité afin de répondre à la sécurité des citoyens.

05.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. J'entends que l'on est toujours en train de travailler sur le sujet. Il était important de préciser que nous travaillons pour la sécurité des citoyens. Comme ces maquillages permanents et semi-permanents sont de plus en plus utilisés, il me paraît primordial d'avancer plus vite afin d'éviter les problèmes relatifs à ces pratiques.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 19929 en 19932 van mevrouw Gerken worden omgezet in schriftelijke vragen.

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de gevolgen van de volledige bevoegdheidsoverdracht inzake de geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen naar de gemeenschappen" (nr. 19996)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het aantal SP-bedden" (nr. 20467)

06 Questions jointes de

- Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les résultats du transfert de compétences en matières d'hôpitaux Sp et G vers les communautés" (n° 19996)

- 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 nombre de lits SP" (n° 20467)

06.01 Maya Detiège (sp.a): Mijnheer de minister, ingevolge de staatshervorming zullen de Gemeenschappen de bevoegdheid krijgen over de geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen. Dit is een tamelijk technische vraag, maar wel met een grote impact. Het gaat met name om ziekenhuizen die zich toelagen op langdurig verblijf en/of revalidatie. Meer bepaald zullen de Gemeenschappen bevoegd worden voor de erkenningsnormen, programmatiecriteria en financiering van de werkingskosten. Niettemin blijft de federale overheid bevoegd voor een aantal kwesties zoals de erelonen van de artsen, de RIZIV-nomenclatuur, de wettelijke voorwaarden voor de uitbating van een apotheek met onder andere KB nr. 78 betreffende de gezondheidszorgberoepen, en de voorwaarden voor het uitbaten van klinische laboratoria die terugbetaalbare verstrekkingen mogen aanrekenen.

Deze ziekenhuizen hebben een aantal rechten die zijn verbonden aan het statuut van ziekenhuis, wat wordt

omschreven in de organieke wetgeving. Deze organieke wetgeving behoort uitsluitend tot de federale bevoegdheid en dat zal niet veranderen. Na een gesprek van bepaalde verantwoordelijken van deze ziekenhuizen met ambtenaren van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, die met betrekking tot deze instellingen bevoegdheden uitoefenen, is er ongerustheid over de gevolgen van de bevoegdheidsoverdracht voor deze sector. Dit geldt in het bijzonder voor de geïsoleerde Sp- en G- ziekenhuizen die om gefundeerde redenen, onder meer hun specifieke werking en omdat ze de samenwerking met verschillende ziekenhuizen niet willen hypothekeren, niet wensen te fusioneren met een algemeen ziekenhuis.

Concreet wordt ernstig betwijfeld of zij na de bevoegdheidsoverdracht op 1 juli 2014 nog over het statuut van ziekenhuis kunnen beschikken. Indien dit niet het geval is, zouden de artsen in deze instellingen bijvoorbeeld hun recht op een toezichtshonorarium verliezen en zouden deze instellingen op basis van de federale wetgeving geen klinisch laboratorium meer mogen uitbaten dat terugbetaalbare verstrekkingen mag aanrekenen. Ze zouden zelfs geen ziekenhuisapothek meer mogen uitbaten. Dat zijn ernstige gevolgen, vermits veel ziekenhuizen dit thans wel doen.

Mevrouw de minister, blijven de geïsoleerde Sp- en G- ziekenhuizen, na de bevoegdheidsoverdracht op basis van het continuïteitsbeginsel, automatisch hun rechten behouden, gesteund op de federale regelgeving en verbonden aan het statuut van ziekenhuis zoals in de aangehaalde voorbeelden van toezichtshonorarium, uitbating van een labo voor klinische biologie en ziekenhuisapothek?

Ten tweede. Indien dit niet het geval is, zult u dan een wettelijke regeling ter zake treffen of zult u op korte termijn andere initiatieven nemen om een oplossing te vinden?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Het continuïteitsbeginsel, vervat in artikel 94, § 1, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, geldt inderdaad voor de continuïteit van de toepassing van de federale regels en rechten die samenhangen met het statuut van ziekenhuizen.

Wanneer een parlement of een regering van een entiteit een eigen regelgeving vaststelt waardoor de betrokken instellingen een nieuw statuut krijgen, zullen de federale regels moeten worden aangepast, bijvoorbeeld door aanpassing van de nomenclatuur inzake toezichthonoraria.

Het spreekt voor zich dat daartoe tijdig afspraken dienen te worden gemaakt tussen de minister van de betrokken entiteit en de federale minister, met inbegrip van afspraken over de uitwisseling van gegevens.

06.03 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, ik begrijp daaruit dat u effectief met het ander bestuursniveau rond de tafel zult moeten zitten en dat u zich daartoe als minister absoluut wilt engageren, gezien de belangen voor veel van de G- en Sp- ziekenhuizen.

Op 1 juli 2014 gaat het in voege. Gelet op die deadline, vind ik het essentieel dat die mensen zekerheid krijgen, dus dat u zo snel mogelijk reageert en ook communiceert met de bewuste diensten. Als het mogelijk is, dan stel ik het op prijs als ik op de hoogte word gehouden van de stand van zaken.

U stelt mij enigszins gerust dat u zich ervoor wilt engageren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 **Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le remboursement forfaitaire pour la procréation médicalement assistée (PMA)" (n° 19984)**

07 **Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de forfaitaire terugbetaling voor medisch begeleide voortplanting (MBV)" (nr. 19984)**

07.01 **Zoé Genot** (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, je tiens tout d'abord à préciser que ma question a été déposée le 30 septembre dernier.

L'arrêté royal du 16 septembre 2013 modifie l'arrêté royal 6 octobre 2008 instaurant un remboursement

forfaitaire pour les remboursements de l'infertilité féminine. La modification apportée consiste, en fait, à réduire les forfaits octroyés par cycle complet dans le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans le cadre d'un traitement de l'infertilité féminine. Le forfait de 1 073 euros pour la fécondation in vitro passe ainsi à 920 euros. Le forfait de 115 euros pour le don d'ovocytes passe à 99 euros. Le forfait de 314 euros pour les autres traitements de la fertilité passe à 270 euros. Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2013. Or il semblerait que les responsables des centres de fertilité dans les hôpitaux n'avaient reçu à ce jour aucun courrier officiel avisant de ce changement.

Madame la ministre, quelle raison justifie-t-elle cette diminution de remboursement? Y a-t-il eu un courrier officiel de votre administration informant les médecins responsables des centres de fertilité de la modification apportée par l'arrêté royal du 16 septembre 2013? Une concertation a-t-elle eu lieu avec le secteur? Si non, pourquoi?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, la décision de diminuer le montant des forfaits attribués pour le traitement des troubles de la fertilité a été justifiée par le constat de la grande différence existant entre les chiffres relatifs aux dépenses de l'INAMI pour les forfaits PMA qui s'élevaient à 14 977 621 euros en 2011 et le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques concernées qui s'élevait à 8 495 036 euros pour la même année.

Cette mesure a été approuvée par le Comité de l'assurance, le 29 avril 2013, sans aucune remarque des représentants du secteur hospitalier et des représentants des associations professionnelles des médecins.

Par ailleurs, je vous informe que cette mesure n'a aucun impact sur l'intervention personnelle des patientes.

L'arrêté a été publié le 20 septembre 2013 et est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2013, respectant ainsi le délai habituel d'information de dix jours entre la parution et l'entrée en vigueur.

07.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

Si j'ai bien compris, on considère que tous les spécialistes lisent le *Moniteur* tous les jours, ce qui n'est pas le cas. Ainsi, le centre qui m'a contactée a pris connaissance de cet arrêté – si je me rappelle bien – le 28 septembre.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est pour cette raison que j'ai expliqué que le Comité de l'assurance avait été consulté. Une concertation a donc eu lieu. Ledit comité a donné son accord. En règle générale, ce sont les représentants des médecins, du secteur hospitalier qui informent leurs membres. C'est de cette façon que les choses se passent.

Cela dit, je n'ai pas eu une seule remarque et aucune question ne m'a été posée à ce sujet. L'un ou l'autre n'a peut-être pas été informé, mais de manière générale, tous les intéressés le sont.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 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 "le schéma vaccinal belge" (n° 20010)

08 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 "het inentingsschema in België" (nr. 20010)

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, je donne suite à une question de mon collègue Patrick Dupriez au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, concernant le schéma vaccinal belge, puisque la compétence va de l'une à l'autre ministre.

Actuellement, le calendrier vaccinal en Belgique implique l'administration de doses de vaccin hexavalent à l'âge de 2, 3, 4 et 15 mois. Dans plusieurs pays européens, ce schéma vaccinal comporte une dose de moins en bas âge, supprimant ainsi le vaccin octroyé à l'âge de 3 mois, ce qui ne semble pas affaiblir la protection des enfants contre les maladies concernées.

En France, le schéma vaccinal vient d'être adapté et supprime également l'injection du troisième mois. Cette démarche me paraît positive dans le sens où elle réduit non seulement les apports d'adjuvants qui risquent d'être toxiques pour les enfants, mais également les coûts pour la collectivité.

En réponse à une question de juillet dernier sur le sujet, la ministre de la Santé en Fédération Wallonie-Bruxelles a estimé à 700 000 euros l'économie qui pourrait être faite si le schéma vaccinal passait de 4 à 3 doses pour cette entité fédérée. Elle a mentionné vous avoir adressé un courrier vous sollicitant de demander l'avis du Conseil supérieur de la Santé sur la suppression possible de cette dose de vaccin hexavalent à l'âge de 3 mois.

Madame la ministre, pensez-vous que les politiques vaccinales de nos voisins sont pertinentes? Envisagez-vous de modifier le calendrier de notre pays à partir du moment où nous aurions la garantie qu'il n'affaiblirait pas la santé de nos enfants et contribuerait, de surcroît, à une économie budgétaire non négligeable? Avez-vous pu demander au Conseil supérieur de la Santé son avis sur la question? Dans l'affirmative, dans quel délai pouvons-nous espérer un retour?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Très rapidement: oui, j'ai transmis au Conseil supérieur de la Santé la demande d'avis de Mme Fadila Laanan. Et, oui, c'est inscrit dans les ordres du jour du Conseil supérieur de la Santé, mais ses membres sont incapables de me dire quand ils rendront leur avis. Cela dépendra de la méthodologie employée par le Conseil, du nombre d'experts impliqués, de leur disponibilité, etc.

Je suis donc bien obligée d'attendre que le Conseil me communique son avis. Pour le reste, c'est une question de prévention. Par conséquent, ce sont les Communautés qui sont compétentes.

08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Pensez-vous que ce soit envisageable ou bien allez-vous attendre l'avis du Conseil?

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: Ce n'est pas de mon ressort. J'ai transmis la demande d'avis. Quand je connaîtraï la réponse du Conseil, je la communiquerai aux Communautés.

08.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): C'est une option intéressante à envisager, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une vaccination obligatoire, même si elle est imposée aux parents qui veulent inscrire leurs enfants dans une crèche publique. De plus en plus de parents craignent cette dose extrêmement forte qui est administrée à un tout petit bébé.

08.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je veux bien vous répondre, pas comme ministre de la Santé publique, mais éventuellement en tant que mère qui a fait vacciner ses enfants ou comme citoyenne qui constate que, grâce à cela, l'incidence de ces maladies a reculé. Toujours est-il qu'en qualité de ministre de la Santé publique, je ne dispose actuellement pas de la compétence institutionnelle. J'ai transmis la demande et communiquerai la réponse aux Communautés.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 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 "le méthylisothiazolinone" (n° 20011)

09 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 "methyloisothiazolinon" (nr. 20011)

09.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, il s'agit à nouveau d'une question sur le problème de la dangerosité de certaines substances. On a déjà beaucoup parlé de la dangerosité des perturbateurs endocriniens. Aujourd'hui, tout le monde s'accorde pour dénoncer les effets néfastes des parabènes. Certaines marques de cosmétiques affichent d'ailleurs ostensiblement "sans parabène" sur le packaging de certains de leurs produits.

Mais cette suppression ne reste malheureusement pas sans effet. Aujourd'hui, des dermatologues mettent en garde contre l'utilisation du méthylisothiazolinone, dont les effets indésirables sont d'ailleurs largement commentés depuis de nombreuses années. Ce conservateur, utilisé notamment pour remplacer les parabènes, cause un nombre croissant d'irritations et d'eczémas. Et l'on en trouve dans pas mal de produits: lingettes nettoyantes, savons, shampooing, crèmes de jour, crèmes solaires, produits ménagers. Pour atteindre des seuils qui alertent les dermatologues. À tel point d'ailleurs que la Fédération internationale de dermatologie l'a classé "allergène de l'année"! Les consommateurs, à l'évidence, ne sont pas suffisamment informés de ces risques allergènes.

Madame la ministre, des mesures sont-elles prévues pour informer le consommateur? Comptez-vous agir au niveau national ou au niveau européen? Quelles initiatives ou positions ont été prises par la Belgique à ce sujet?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, les produits cosmétiques sont réglementés par le règlement européen 1223/2009 qui est entré pleinement en vigueur ce 11 juillet. Ce règlement possède une liste spécifique des conservateurs autorisés.

Le méthylisothiazolinone (MI) est autorisé dans les produits cosmétiques à maximum 0,01 %. Il peut aussi être autorisé sous forme de mélange avec le méthylchloroisothiazolinone (MCI) pour un total maximum de 0,0015 % pour conserver le produit cosmétique.

Suite à l'avis du Comité scientifique européen pour la sécurité du consommateur donné sur le mélange MCI/MI, la Commission européenne a proposé une limitation de l'utilisation de ce mélange aux seuls produits rincés, les risques d'allergie étant alors nettement plus faibles. La Belgique soutient fermement cette proposition et a demandé son adoption le plus rapidement possible.

Ce règlement devrait être publié dans le courant de 2014 mais la plupart des firmes cosmétiques ont déjà adapté leurs produits.

Par ailleurs, au vu du nombre croissant de réactions allergiques au MI, utilisé seul, la Belgique et d'autres États membres ont insisté auprès de la Commission européenne pour qu'elle adresse un mandat au Comité scientifique afin de réévaluer la sécurité de cette substance. Nous devons donc attendre les conclusions du Comité pour déterminer les mesures adéquates. Mes services seront attentifs au suivi de ce dossier.

09.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Je vous remercie pour cette réponse très complète, madame la ministre. Affaire à suivre.

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

10 Questions jointes de

- Mme Valérie De Bue 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 alcool" (n° 20012)

- 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 "un nouveau plan alcool à partir de 2014" (n° 20128)

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het alcoholactieplan" (nr. 20012)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "een nieuw alcoholplan vanaf 2014" (nr. 20128)

10.01 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, nous avons eu l'occasion avec plusieurs collègues de vous interroger en séance plénière sur le thème de l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs. Si je m'en souviens bien, c'était juste avant les vacances parlementaires. Vous aviez alors annoncé qu'un nouveau plan alcool était en préparation et qu'une vaste consultation devait se clôturer le 31 juillet dernier.

Dans la liste des propositions mises à la consultation, certaines vous paraissaient très évidentes, comme la communication de la valeur énergétique des boissons alcoolisées, l'intégration de la prise en charge des personnes en crise à la suite de la consommation d'alcool dans le cadre de la réforme du secteur de la santé mentale ou encore l'implémentation d'une fonction liaison alcool dans les hôpitaux.

J'aimerais dès lors connaître les résultats de cette consultation. Quel document est maintenant sur la table et qu'en est-il de la mise en œuvre de ce nouveau plan alcool?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame De Bue, une vaste consultation a eu lieu du 26 juin au 31 juillet inclus. Nous avons reçu les réactions de trois experts internationaux et de trente organisations actives dans le domaine de l'alcool. Il s'agit des services de prévention, d'organisations de jeunesse, d'organisations horeca et de l'industrie de l'alcool, d'associations de médecins. Par ailleurs, huit citoyens ont donné leur avis.

Le groupe de travail a analysé toutes ces réactions et a intégré les propositions les plus pertinentes dans le projet de plan. Il a été discuté le 21 octobre par les représentants de tous les ministres compétents en cellule générale de politique drogues mais la Conférence interministérielle Drogues se réunit 9 décembre prochain pour se prononcer sur le plan de manière définitive.

À ce stade, il est donc prématuré de communiquer sur le contenu du plan qui n'est pas définitif et sur les débats en cours. Nous pourrions communiquer à la suite de la Conférence interministérielle.

10.03 Valérie De Bue (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Le timing est clair. Il serait intéressant de passer à l'étape d'un débat public. Tous les acteurs ont pu se positionner. Il est temps pour le parlement d'être saisi du dossier. J'avais déjà, au nom du groupe MR, transmis à la présidente de la commission une demande dans ce sens.

De **voorzitter**: Gezien het maatschappelijk belang van een dergelijk plan is het essentieel om hierover een discussie in de commissie te voeren. Ik denk dat alle parlementsleden het daarmee eens zijn.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Pour parler vrai, il serait intéressant que cette commission se réunisse avec la commission de l'Économie afin de mener un réel dialogue Santé-Économie.

De **voorzitter**: Ik kan hierover overleggen met de betrokken commissievoorzitter en zal dit ook voorstellen tijdens de commissiewerkzaamheden, als alle leden aanwezig zijn. Soms is het inderdaad interessant om een gezamenlijk en breder debat te voeren, zoals dat gebeurt met de Senaat. Deze materie heeft immers een immense impact, niet alleen op de gezondheid maar ook op de economie van ons land.

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

11 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les recherches pour la maladie d'Alzheimer" (n° 20039)

11 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 "het onderzoek met betrekking tot de ziekte van Alzheimer" (nr. 20039)

11.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer s'est tenue le 21 septembre dernier. À cette occasion, les Mutualités Libres ont publié une étude soulignant que le nombre de patients traités avait chuté de 22,5 % entre 2010 et 2012. Les principales raisons de cette diminution sont une limitation du remboursement des médicaments et des contrôles renforcés concernant les demandes de remboursement.

Aujourd'hui, 100 000 à 130 000 personnes souffrent de cette maladie dans notre pays. Si aucun médicament assurant la guérison n'a pour le moment été élaboré, les recherches se poursuivent et les chiffres de l'étude précitée attestent que les coûts totaux des soins de santé des patients vivant à domicile sont plus faibles

chez les patients traités par médicaments que chez ceux qui ont arrêté le traitement.

Les médicaments qui existent actuellement permettent de soutenir la mémoire pendant quelque temps, mais ne peuvent endiguer la destruction des cellules du cerveau. La recherche de médication est donc un enjeu majeur dans la connaissance et la limitation des effets de la maladie d'Alzheimer. Par voie de presse, certains chercheurs se sont exprimés à la mi-septembre et réclament la mise sur pied d'un plan spécial pour financer la recherche sur la maladie d'Alzheimer, comme cela s'est fait pour le cancer.

Madame la ministre, quelle politique notre pays entend-il mener quant au soutien de la recherche pour cette maladie précisément?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Non, la recherche scientifique est du ressort des Communautés et Régions. Par conséquent, je vous invite à interroger mes homologues. Cela étant, je voudrais profiter de cette occasion pour vous redire combien le problème de la démence est un thème important de la politique de santé fédérale. Ainsi, au cours des années précédentes, 175 000 euros ont été investis en faveur de la formation des médecins généralistes. De même, onze cliniques de la mémoire ont été créées. Il importe qu'un diagnostic correct soit formé à temps.

L'étude du KCE "Interventions pharmaceutiques et non pharmaceutiques dans la maladie d'Alzheimer, une évaluation rapide", publiée en 2011, nous donnait les pistes les plus notables en termes de traitement avec médicaments. La recherche médicale fondamentale la plus importante est menée dans notre pays par notre ancienne collègue, le professeur Dr Christine Van Broeckhoven et le Dr Bart De Strooper.

La recherche psychosociale relative aux patients Alzheimer concerne la psychoéducation et le soutien aux aidants proches. En 2012 et 2013, la Belgique et 19 autres pays européens ont participé de manière très active à la *European Joint-Venture Alcove*. Les résultats de cette étude européenne portant sur l'examen épidémiologique, le diagnostic et le traitement, les droits des personnes âgées souffrant de démence et le soutien à leur apporter ont été présentés à Paris au printemps dernier.

Enfin, en juin de cette année, la Conférence interministérielle Santé publique a donné le feu vert à la recherche d'un instrument d'évaluation: *RAI Palliative Care* pour les personnes âgées dans leurs dernières phases de vie. Plus de 60 % de cette population souffrent de la maladie d'Alzheimer. Comme vous le savez, nous avons développé dans les maisons de repos la fonction de "personne de référence pour la démence".

11.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Des recherches devraient aussi être menées sur les causes de la maladie. On parle ainsi de liens entre la maladie d'Alzheimer et les substances toxiques. J'espère que la Belgique participe à des programmes de recherche à cet égard.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Questions jointes de

- Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les boissons énergisantes et leur teneur en caféine" (n° 20062)

- 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 "les boissons dites énergisantes" (n° 20126)

- 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 consommation de boissons énergisantes" (n° 20275)

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het cafeïnegehalte van energiedrankjes" (nr. 20062)

- mevrouw Véronique Bonni aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "energiedrankjes" (nr. 20126)

- 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 consumptie van

energiedrankjes" (nr. 20275)

12.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'actualité française, plus précisément la publication par l'Agence nationale française de sécurité sanitaire (Anses) de son avis intitulé "Évaluation des risques liés à la consommation de boissons dites énergisantes", m'amène à vous réinterroger sur cette problématique.

Si les recommandations de l'Anses sont semblables à celles formulées par le Conseil supérieur de la Santé (CSS) dans son avis de 2009 sur les boissons énergisantes, l'Agence a néanmoins pu recueillir, via le dispositif de nutrivigilance, plus de 200 cas d'effets indésirables suspectés d'être liés à la consommation de boissons énergisantes. Pour 12 % des signalements analysés, la consommation de ce type de boissons était très vraisemblablement ou vraisemblablement à l'origine des symptômes observés, ces symptômes étant typiques d'une forte consommation de caféine. Mais, plus grave, on note aussi des arrêts cardiaques, bien que ceux-ci soient également liés à des prédispositions génétiques.

L'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a été chargée de rendre un avis sur les risques potentiels liés à la consommation de caféine. Madame la ministre, avez-vous des informations quant au délai de publication de cet avis?

Vous m'aviez indiqué qu'une nouvelle enquête alimentaire visant à obtenir des données relatives à l'ingestion de caféine par les Belges, en particulier les enfants et les jeunes de moins de 15 ans, était en cours. Ici aussi, avez-vous des précisions sur l'état d'avancement de cette enquête?

12.02 Véronique Bonni (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le 1^{er} octobre dernier, un énième rapport sur les boissons dites énergisantes a été rendu par une agence de sécurité alimentaire nationale, à savoir l'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation. Depuis la mise sur le marché de ces produits, la question de leur dangerosité fait débat.

Le rapport susmentionné, dont les conclusions et recommandations ne diffèrent pas de celles émises par le Conseil supérieur de la santé, a le mérite de référencer, via la mise en place d'un travail de nutrivigilance spécifique, les effets secondaires de ces boissons illustrés par 257 cas rapportés dont 3 arrêts cardiaques et 2 décès.

Ces arrêts cardiaques sont survenus chez des personnes qui, certes, avaient des prédispositions génétiques, mais la consommation de ces boissons a, semble-t-il, constitué un facteur de risque supplémentaire.

Depuis l'avis rendu par le Conseil supérieur de la Santé en 2009, insistant notamment sur la nocivité de ces boissons pour les femmes enceintes et les enfants, plusieurs mesures – surtout au niveau de l'étiquetage – ont été prises afin de sensibiliser les consommateurs vulnérables aux risques de la consommation excessive.

Madame la ministre, ce rapport français va peut-être permettre de relancer le débat sur la scène européenne, notamment en termes de doses de caféine. La France s'interroge également sur l'opportunité d'interdire ces boissons aux mineurs de moins de 16 ans et d'autres préconisent encore l'instauration d'une taxe sur ces produits.

Mes questions, madame la ministre, sont les suivantes. Que vous inspire ce nouveau rapport français? Pensez-vous pouvoir agir en front commun avec la France, ce partenaire européen, afin de faire évoluer la législation européenne en la matière? Enfin, quelles sont les pistes aujourd'hui sur la table pour, d'une part, protéger les consommateurs vulnérables et, d'autre part, limiter les risques inhérents à ces boissons?

12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, je ne répéterai pas les références, mes collègues et moi-même ayant les mêmes: le rapport de l'Anses et l'action entamée par la France, le phénomène de la prise simultanée de ces boissons énergisantes et d'alcool et les données publiées par l'Association belge du diabète en octobre 2012 selon lesquelles "25 à 40 % de jeunes mélangent ces boissons énergisantes à de l'alcool lors de soirées".

Je passe directement à mes questions, madame la ministre. Vous avez précisé, l'an dernier, que vous alliez adapter la réglementation nationale suite à l'avis du CSS de janvier 2012, en limitant la dose journalière de

caféine à 80 mg par jour pour les compléments alimentaires, dont les boissons énergisantes font partie. Cette nouvelle réglementation est-elle aujourd'hui en vigueur? Vous nous avez également indiqué que vous alliez introduire un dossier auprès de la Commission européenne en vue de prendre des mesures harmonisées en ce qui concerne la teneur en caféine dans les denrées alimentaires. Ce dossier est-il effectivement introduit, et quel est son état d'avancement?

De même, l'EFSA a lancé une étude visant à collecter des données d'ingestion de ces boissons par des groupes spécifiques? Pouvez-vous nous dire si les conclusions de cette étude seront prochainement publiées?

Ma dernière question porte sur le mécanisme instauré en France, à savoir un processus de "nutriviigilance", qui demande à tous les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, diététiciens, ...) de communiquer à son Agence nationale tous les effets secondaires relevés auprès des populations rencontrées suite à l'absorption de ces boissons. Madame la ministre, cette démarche ne pourrait-elle pas être applicable chez nous de la même façon?

12.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chères collègues, l'avis de l'EFSA était attendu pour la fin de cette année. Cependant, mes services m'ont informée qu'aucun projet de texte n'avait encore été présenté à la Commission européenne par l'EFSA. Et étant donné qu'il ne reste plus qu'une seule réunion du panel en 2013 pour finaliser l'avis, il est plus que probable que ce dernier sera postposé au début de l'année 2014.

En ce qui concerne l'enquête de consommation alimentaire, cette dernière est réalisée sur trois ans. Elle a débuté en 2012 et sera clôturée fin 2014. Les résultats seront disponibles fin 2014-début 2015.

Ce nouveau rapport français n'apporte pas de nouvelles données par rapport à l'avis du CSS auquel vous faites référence. Il n'y a pas que la France et la Belgique qui soient intervenues au niveau européen. L'Allemagne ainsi que d'autres pays ont également soulevé la question de la surconsommation de caféine au niveau de l'Europe. C'est pour cette raison que la Commission européenne a donné mandat à l'EFSA d'évaluer la caféine.

Les mesures pouvant être envisagées ne sont pas légion. Ces boissons, consommées avec modération, ne présentent pas plus de risques que d'autres. C'est surtout la surconsommation et l'utilisation par des catégories de consommateurs plus sensibles qui représentent un risque.

Si nous voulons agir, cela devra se faire au niveau européen sur la base des pistes suivantes: une diminution de la quantité de caféine présente dans le produit fini, un étiquetage plus strict, une meilleure information du consommateur, etc. Le choix des mesures se fera en fonction des conclusions de l'EFSA.

Les boissons énergisantes ne sont pas des compléments alimentaires. Ce sont des boissons, comme le coca. Aucun arrêté n'a encore été publié, le dossier de la caféine étant maintenant traité au niveau européen. Toute initiative nationale est donc bloquée. Cependant, la valeur de 80 mg de caféine par jour dans les compléments alimentaires est déjà appliquée grâce au principe de précaution. Selon un avis scientifique du CSS, il ne faut pas consommer plus de 80 mg par jour, sinon il y a un danger pour la santé du consommateur. On applique donc ce principe dans les compléments alimentaires, lors du contrôle du dossier de notification. Ledit dossier est en cours au niveau européen avec une évaluation du risque pour la caféine que l'EFSA fait actuellement. C'est la première étape avant toute initiative législative éventuelle.

L'étude concernant l'ingestion de caféine est terminée et a fait l'objet d'une publication en date du 6 mars 2013. Ce rapport n'est que la première étape de l'évaluation de risque qui doit être menée maintenant. L'avis final concernant le risque pour la santé du consommateur sera disponible, selon nos dernières informations, dans le courant de l'année 2014.

Un premier *draft* devait être disponible fin de l'année mais il a été postposé.

La mise en place d'un système de nutriviigilance n'existe actuellement pas en Belgique mais le SPF Santé publique envisage cette possibilité – et je l'y encourage – sur base de ce qui se fait ailleurs. Ce n'est qu'un pré-projet qui nécessite une analyse approfondie des besoins particuliers. Mais ça bouge!

De **voorzitter**: Voor we aan de replieken beginnen, wil ik even de regeling van de werkzaamheden

meegeven. De minister moet vertrekken om 11 u 50. Ik stel voor dat de mensen die hier reeds heel de voormiddag zitten, nog aan bod kunnen komen. Dat wil zeggen dat we vraag nr. 20122, vraag nr. 20156 en de samengevoegde vragen nr. 20260 en nr. 20728 nog zullen behandelen.

12.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. Je constate qu'il y a des avancées dans le dossier. Ainsi que vous le dites, il n'y a danger qu'en cas de surconsommation. Il y a une sensibilisation à faire qui ne dépend pas de vous. Il y a tout un travail à faire à la base. Les premières victimes de ces boissons sont les jeunes, qui ne se rendent pas compte du danger potentiel qu'elles représentent. Il faut travailler ensemble pour éviter les problèmes dont on parle dans les différentes études.

La diminution du taux de caféine de 320 à 80 milligrammes par litre, recommandée par le Conseil supérieur de la Santé, est très importante. Il est également important de travailler sur l'étiquetage.

12.06 Véronique Bonni (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Il faut insister sur l'information et sensibiliser les consommateurs de ces boissons.

12.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, mes inquiétudes persistent. J'ai l'impression qu'on a affaire à des publics qui sont amenés à la surconsommation, sans doute à cause d'un jeu publicitaire assez implicite. Comme Mme Warzée, je m'inquiète pour les jeunes qui consomment des boissons énergisantes et qui les mélangent avec de l'alcool. Il faudrait au moins limiter la caféine dans ces boissons et réaliser un travail de sensibilisation. Au fond, il faudrait quasiment intégrer cette problématique dans un plan alcool car ces mélanges peuvent avoir des effets dévastateurs sur la santé, en particulier chez les jeunes.

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

13 Question de Mme Valérie De Bue 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 suites de l'accident de Wetteren" (n° 20122)

13 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de gevolgen van het ongeval te Wetteren" (nr. 20122)

13.01 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je ne sais plus de quand date ma question mais je voudrais refaire un peu le point sur le suivi de l'accident de Wetteren car la pression médiatique est retombée.

Durant les vacances, il était apparu que les habitants ont eu une mauvaise surprise; en tout cas pour 1 700 d'entre eux. Certains riverains ont dû payer les frais de leurs analyses sanguines après l'explosion de plusieurs wagons d'un train de marchandises le 4 mai dernier.

Il leur avait pourtant été communiqué et stipulé que les analyses seraient gratuites. Cela avait été communiqué par la presse mais aussi par le gouverneur de Flandre orientale.

Le porte-parole du SPF Santé publique a déclaré que les personnes concernées peuvent leur envoyer leurs factures et "qu'ils verront ce qu'ils peuvent faire". Justement, madame la ministre, quelle suite comptez-vous donner à cette affaire? Comptez-vous rembourser ces prises de sang? Quand est-ce que les riverains pourront avoir une information correcte à ce sujet?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, la situation des habitants de Wetteren me tient vraiment à cœur. Vous savez que je suis allée sur place pour une séance d'information et que je continue à suivre cela de très près.

Pour ce qui concerne les tests sanguins réalisés après l'accident, la prise en charge financière des examens sanguins est liée à la raison pour laquelle ces examens ont été réalisés. Les examens sanguins demandés dans les premiers jours qui ont suivi l'accident, dans un but diagnostic ou thérapeutique, que ce soit au poste médical avancé, dans un service d'urgence ou à la demande du médecin traitant, sont pris en charge par

l'INAMI dans le système du tiers payant. L'INAMI rembourse les analyses au laboratoire.

Seul le ticket modérateur est à charge du patient et ce, dans l'attente d'un dédommagement selon une procédure qui sera mise en place par le SPF Justice. Cette procédure sera étroitement suivie et coordonnée par le gouverneur. Les personnes concernées seront informées par écrit dès qu'un calendrier de mise en œuvre de la procédure sera connu.

Le SPF Santé peut, via son *call center* et son service de gestion de crise, informer et soutenir les personnes ayant des questions relatives à leur facture d'analyse sanguine. À ce jour, seule une petite vingtaine de personnes ont fait appel à ce service.

Les examens sanguins effectués dans le cadre de l'étude épidémiologique de *biomonitoring* mis en place à mon initiative par l'Institut de Santé publique et par le SPF Santé sont, conformément à la décision du Conseil des ministres du 17 mai dernier, totalement à charge du budget de l'État. Aucune facture ne sera adressée aux patients.

La charge financière des examens sanguins effectués à la demande du procureur du Roi est, quant à elle, à charge du SPF Justice. Le patient ne devra rien payer non plus.

13.03 Valérie De Bue (MR): Je vous remercie pour votre réponse, madame la ministre. Si seulement 20 personnes ont fait appel, soit tout est clair, soit ce *call center* n'est pas assez connu. J'espère que les résultats de ces analyses ne révéleront pas de conséquences pour la santé des habitants qui ont subi cet accident.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vragen nrs 20141 van mevrouw Jadin, 20073 van mevrouw Warzée-Caverenne en 20146 van mevrouw Gerkens worden omgezet in schriftelijke vragen.

14 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 stand van zaken van het project interculturele bemiddeling via internet" (nr. 20156)

14 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 "l'évaluation du projet de médiation interculturelle par le biais d'internet" (n° 20156)

14.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, in onze ziekenhuizen zijn sinds 1999 interculturele bemiddelaars en coördinatoren interculturele bemiddeling actief. Die bemiddelaars en coördinatoren proberen de mogelijke taal- en cultuurbarrières tussen de patiënt en de zorgverstrekker weg te werken. Het is onmogelijk om in alle ziekenhuizen bemiddelaars actief te laten zijn. Dat is ook niet te betalen. Dat is nagenoeg onmogelijk, met alle talen die ondertussen in ons land worden gesproken.

Om die hindernis te overwinnen, wil de overheid inzetten op bemiddeling via het internet. Met behulp van een laptop, een webcam en een internetverbinding is het voor bemiddelaars mogelijk om van op afstand hun bemiddelende functie waar te nemen. Dat systeem is reeds ingeburgerd in de Verenigde Staten en heeft daar al zijn nut bewezen. Hier zitten we nog in de fase van de proefprojecten.

Ik heb u daarover al eerder vragen gesteld, maar wij zijn intussen bijna twee jaar verder. Toen gaf u onder meer aan dat het systeem ook voor doven en gehoorgestoorden op zijn bruikbaarheid getest zou worden. Ik vernam uit de pers dat die testen ondertussen inderdaad gestart zijn. Ik zou in dat raam echter nog een antwoord op de volgende vragen willen krijgen.

Kunt u duiden wat de stand van zaken is in het proefproject "bemiddelen via internet"? Hoe ver staat de ambitie om in 2013 naar poolvorming te evolueren?

14.02 Minister Laurette Onkelinx: Op dit ogenblik zijn meer dan 50 Belgische ziekenhuizen verbonden met het netwerk Interculturele Bemiddeling via Internet. In de meeste daarvan is het systeem intussen volledig operationeel. In een aantal andere zit men nog in de opstartfase. Dit betekent een enorme uitbreiding van

het project waar tot vorig jaar slechts 18 ziekenhuizen en 16 centra uit de eerste lijn bij betrokken waren.

Bijna alle interculturele bemiddelaars – slechts enkele ziekenhuizen waar interculturele bemiddelaars actief zijn, hebben om technische redenen afgezien om deel te nemen aan het project – zijn op die manier inzetbaar in alle ziekenhuizen en eerstelijnscentra die deelnemen aan het project. Dit betekent dat in al deze instellingen in het totaal meer dan twintig talen beschikbaar zijn, daarbij inbegrepen de Vlaamse en de Frans-Belgische gebarentaal.

Er werden heel wat activiteiten ontwikkeld om de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg voor doven met behulp van het systeem te verbeteren. In dat raam werd een website voor doven ontwikkeld – www.vgtvideo-gezondheidspunt.be - die ik zelf op 3 september heb voorgesteld. Op deze website wordt onder meer in een videoclip aan doven uitgelegd op welke wijze en waar zij een beroep op een afstandstolk – Vlaamse of Frans-Belgische gebarentaal – kunnen doen.

In de loop van de komende maanden zullen, in nauwe samenwerking met de dovengemeenschap, activiteiten worden ontwikkeld om het gebruik van deze afstandstolken te promoten.

Ik kom dan tot uw laatste vraag. Wij hebben ervoor geopteerd om met een virtuele pool te werken die bestaat uit bijna alle interculturele bemiddelaars – een negentigtal – die in de ziekenhuizen actief zijn. De plaats waar de interculturele bemiddelaar zich bevindt, is immers van geen belang. Een voordeel van deze werkwijze is dat deze interculturele bemiddelaars zowel *on site* interventies als interventies via internet kunnen doen. Dit laatste draagt bij tot hun jobtevredenheid.

's Ochtens is er via dit systeem steeds een intercultureel bemiddelaar beschikbaar voor de taalparen Nederlands-Arabisch, Russisch-Turks. 's Namiddags is dat voor de taalparen Frans-Arabisch, Berbers-Romeens, Russisch-Turks het geval. Voor andere talen en buiten de permanentie-uren kan een afspraak met een van de bemiddelaars gemaakt worden.

14.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor de toelichting. Ik zie dat het proefproject stilaan vordert maar het wordt nu tijd om uit de proefperiode te komen en tot echte wetmatigheden over te gaan. Daarom heb ik alle tijd geleden een wetsvoorstel ingediend om hier verder werk van te maken.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 20206 van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

Wij komen nu aan de samengevoegde vragen van mevrouw Van Moer en mevrouw Lanjri over het OMNIO-statuut. (*Protest van mevrouw Snoy*)

Mevrouw Snoy, u hebt al heel wat vragen kunnen stellen. Uit respect voor de mensen die hier al heel de voormiddag zitten, heb ik gevraagd of het goed was

14.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijn vragen waren eerder ingediend.

De **voorzitter**: De mensen zitten hier al heel de voormiddag. Als voorzitter mag ik beslissingen nemen. Ik vind het niet meer dan correct dat commissarissen die hier al drie uur zitten, ook hun vraag mogen stellen. De minister moet immers over vijf minuten weg. Graag een beetje collegialiteit.

14.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Je vais transformer mes questions en questions écrites mais j'aurais aimé en poser une, la question n° 20242.

De **voorzitter**: Dat doen we als we nog tijd over hebben. Maar nu zijn we tijd aan het verliezen. Ik stel voor dat we heel snel mevrouw Van Moer en mevrouw Lanjri aan het woord laten en dan kunnen we zien wat nog haalbaar is.

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de automatische toekenning van het OMNIO-statuu" (nr. 20260)

- mevrouw Nahima Lanjri aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het aantal rechthebbenden op het Omnio-statuu en op de verhoogde tegemoetkoming" (nr. 20728)

15 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'octroi automatique du statut Omnio" (n° 20260)

- Mme Nahima Lanjri à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le nombre de bénéficiaires du statut Omnio et de l'intervention majorée" (n° 20728)

15.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Het OMNIO-statuu is voor u een belangrijk instrument om de toegankelijkheid van patiënten tot de gezondheidszorg te verzekeren. Het is dan ook belangrijk dat wie recht heeft op dat statuu, hier ook effectief gebruik van kan maken.

Bij de invoering van het OMNIO-statuu stelde men vast dat een grote groep er geen gebruik van maakte. Om dat probleem op te vangen, werd beslist om werk te maken van een automatische toekenning van het statuu.

Uit mijn diverse contacten in het werkveld en zeker met verenigingen waar armen het woord nemen, blijkt evenwel dat de automatische toekenning nog niet loopt zoals het hoort en dat er nog steeds een groep is, die de bijkomende bescherming van deze maatregel misloopt.

Om meer inzicht te krijgen in de problematiek, had ik van u graag een antwoord op volgende vragen.

Klopt het dat een groep van rechthebbenden nog steeds niet kan genieten van de automatische toekenning van het OMNIO-statuu?

Hebt u er een idee van hoe groot de groep is?

Waarom is de automatische toekenning nog niet algemeen?

Welke stappen onderneemt u om het probleem op te lossen?

15.02 Nahima Lanjri (CD&V): Ik hou het kort, mevrouw de minister. Ik sluit mij aan bij de vragen van mevrouw Van Moer.

Het is belangrijk dat mensen de rechten krijgen waar ze recht op hebben. Dat is niet altijd evident in een maatschappij waar men veel paperassen moet invullen om zijn rechten te doen gelden. Zeker de zwaksten zouden het statuu automatisch moeten toegekend krijgen.

Ik heb zelf wat opzoekingswerk gedaan. Daaruit blijkt dat 1 767 947 personen recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Daarvan hebben er 264 119 recht op een OMNIO-statuu, de rest op een klassieke verhoogde tegemoetkoming. Dat zijn cijfers van juni 2012.

Hebt u cijfers voor 2013?

Hoeveel personen ontvangen effectief de verhoogde tegemoetkoming en hoeveel hebben er het OMNIO-statuu gekregen? Zo kunnen we nagaan of er sprake is van een kloof tussen wie er recht op heeft en wie het statuu effectief geniet.

Welke oplossingen zijn er? Wat kunt u nog ondernemen om de automatisering te veralgemenen en betrokkenen beter te informeren?

15.03 Minister Laurette Onkelinx: De Ministerraad heeft op 24 oktober het voorstel tot hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en het OMNIO-statuu goedgekeurd, teneinde onder meer te garanderen dat alle gezinnen met bescheiden inkomens daadwerkelijk het recht op de verhoogde tegemoetkoming zouden

krijgen. De privacycommissie en de Raad van State moeten nu hun advies over het ontwerp van KB geven.

Ik ben mij ervan bewust dat momenteel niet alle personen die voor het recht op verhoogde tegemoetkoming in aanmerking komen, dat recht ook genieten. Sommigen schatten dat aantal op bijna 500 000 personen. Mijn administratie kan echter onmogelijk het exacte aantal achterhalen.

De meest recente gegevens over het aantal begunstigten van de verhoogde tegemoetkoming en van het OMNIO-statuuat dateren van juni 2013. In totaal genieten 1 810 962 personen ofwel de VV ofwel het OMNIO-statuuat.

In het kader van de hervorming wordt de huidige reglementering vereenvoudigd door de klassieke verhoogde tegemoetkoming en het OMNIO-statuuat, die op verschillende concepten berusten, tot één systeem te laten samensmelten. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming zal op twee manieren kunnen worden geopend: hetzij automatisch op basis van het genot van een bepaald voordeel of situatie, hetzij na een inkomensonderzoek uitgevoerd door het ziekenfonds.

Bovendien werd er – en dit beantwoordt aan uw bezorgdheid – een proactieve stroom gecreëerd om de gezinnen die zich in een moeilijke financiële situatie bevinden, automatisch op te sporen en hun op die manier zo snel mogelijk de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen.

Doordat er vanaf 2015 een gegevensstroom mogelijk wordt tussen de Algemene Administratie van de fiscaliteit, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de ziekenfondsen, zullen die laatste de mogelijke rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming proactief en automatisch kunnen identificeren.

Het mechanisme werkt als volgt. De ziekenfondsen delen het RIZIV de namen mee van de personen die geen recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en het RIZIV deelt die namen vervolgens mee aan de fiscus.

De fiscus deelt op zijn beurt het RIZIV de gegevens mee waarover die beschikt. Het RIZIV bezorgt daarna aan de ziekenfondsen een code die aangeeft of de inkomsten al dan niet lager zijn dan het geldende grensbedrag van de verhoogde tegemoetkoming.

Het is dan aan de ziekenfondsen om op basis van de code en van de gegevens waarover ze beschikken, te beslissen of er contact moet worden opgenomen met de betrokken gezinnen. De betrokken gezinnen zullen nog een verklaring op erewoord moeten afleggen om te bewijzen dat hun actuele inkomens onder het geldende grensbedrag liggen om het recht op verhoogde tegemoetkoming aan te vragen en te kunnen openen.

Een volledige automatisering van de toekenning van het recht op verhoogde tegemoetkoming is evenwel niet mogelijk. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming houdt immers rekening met andere inkomens dan die welke in België belastbaar zijn. De gegevens over die inkomsten zijn bijgevolg niet beschikbaar in de fiscale databanken.

Daarom zullen de ziekenfondsen, in aanvulling op de fiscale gegevens die hun via de proactieve stroom worden bezorgd, blijven steunen op wat de sociaalverzekerden verklaren met betrekking tot het geheel van hun inkomens en financieringsbronnen.

15.04 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, uit uw antwoord begrijp ik dat u mijn bezorgdheid deelt, namelijk dat wie sowieso al zwak staat in de maatschappij, automatisch tot het systeem moet kunnen toetreden. U hebt uitgelegd hoe het systeem zal werken. Maar zo te horen, lijkt het nogal ingewikkeld. Ik zal dus eerst eens de teksten moeten bekijken om een oordeel te kunnen geven.

15.05 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik juich toe dat u en de regering minstens werk maken van contact met de rechthebbenden via het ziekenfonds, ook al betekent zulks nog geen automatische toekenning. Zo heb ik het toch begrepen.

Het is misschien nog niet mogelijk om de toekenning van het recht volledig te automatiseren, maar we moeten toch proberen om de volledige doelgroep van rechthebbenden maximaal te bereiken en hopelijk lukt dat op de voorgestelde manier.

1,8 miljoen personen ontvangen werkelijk een verhoogde tegemoetkoming, begrijp ik. Maar waarschijnlijk zal na onderzoek blijken dat meer personen in aanmerking komen voor de tegemoetkoming. Ik volg het dossier. Zodra het systeem in werking is getreden, zullen we het kunnen evalueren en eventueel bijsturen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 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 "un nouvel essai de peupliers OGM" (n° 20242)**

- **M. Kristof Calvo 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 positif du Conseil de Biosécurité pour l'essai d'un champ de peupliers génétiquement modifiés à Wetteren" (n° 20450)**

16 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 "een nieuwe test met genetisch gewijzigde populieren" (nr. 20242)**

- **de heer Kristof Calvo aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gunstig advies van de Bioveiligheidsraad voor een ggo-populierenbos te Wetteren" (nr. 20450)**

De **voorzitter**: Vraag nr. 20450 van de heer Kristof Calvo vervalt.

16.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question porte sur un vice de procédure assez flagrant commis dans un avis rendu par le Conseil consultatif belge de Biosécurité à propos d'un projet d'OGM, en l'occurrence un essai de peupliers transgéniques par le VIB (Vlaams Instituut voor Biotechnologie) à Gand.

En l'espèce, l'avis a été rendu sans qu'une réunion se soit tenue et a été seulement communiqué par mail sans aucun quorum. De plus, cet essai de mise en culture viole les règles de la directive 2001/18, qui bannit l'usage des marqueurs antibiotiques en raison de leur dangerosité notoire.

Se posent donc le problème de la procédure suivie par le Conseil et celui de l'infraction à la directive relative aux OGM.

Malgré les vices de forme, allez-vous prendre en considération l'avis du Conseil? Estimez-vous que l'évaluation est suffisante?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je tiens d'abord à vous rappeler que le Conseil consultatif de Biosécurité est un organe indépendant qui adopte son règlement d'ordre intérieur en toute responsabilité. L'adoption d'un avis par procédure écrite y est prévue et cette possibilité a été utilisée à plusieurs reprises dans d'autres dossiers.

L'avis rendu le 2 octobre sur un essai en champ de peupliers génétiquement modifiés est le résultat d'un consensus sans débat: 3 membres pour et 14 membres qui n'ont pas réagi, considérés par le président comme ayant donné leur accord tacite, au sens de leur règlement d'ordre intérieur, accompagnés de deux opinions divergentes à celui-ci. Le vote, selon le règlement, n'est réservé qu'aux situations exceptionnelles.

J'ai remarqué que, suite à l'adoption de cet avis, une controverse a eu lieu sur la procédure utilisée au sein du Conseil. Celui-ci étant en phase de renouvellement, j'appellerai certainement le nouveau Conseil à plus de clarté dans son nouveau règlement d'ordre intérieur afin de garantir le futur bon fonctionnement, en toute transparence, du Conseil.

L'avis sert de base à la décision à prendre avec mon collègue responsable de l'Environnement. Il faut garder à l'esprit que l'importance d'un tel avis réside en son fondement scientifique. Le Conseil de Biosécurité a conclu que l'évaluation des risques faite dans ce dossier est proportionnelle au niveau de dissémination envisagé pour un essai en champ. Selon la législation en vigueur, l'échelle réduite permet une évaluation un peu moins détaillée que dans le cadre d'une demande pour mise sur le marché.

En ce qui concerne la présence d'un gène de résistance aux antibiotiques, la réglementation européenne actuelle n'impose pas une interdiction totale de l'utilisation de ces gènes et prévoit une évaluation au cas par cas et une élimination progressive des gènes susceptibles de produire des effets négatifs sur la santé humaine ou l'environnement.

Or dans ce cas-ci, le gène de résistance aux antibiotiques utilisé est le gène NPTII. De nombreuses références dont 3 avis de l'Autorité européenne de sécurité des aliments font état de l'absence de risque pour la santé humaine ou animale ou à l'environnement du fait de son utilisation comme marqueur chez des plantes génétiquement modifiées.

L'introduction dans l'environnement d'organismes génétiquement modifiés doit répondre aux règles strictes en la matière avec une évaluation au cas par cas conformément à la législation actuelle belge et européenne et en tenant compte des conditions sévères imposées en termes de contrôle et de monitoring.

J'attends le dossier qui doit me parvenir du cabinet de mon collègue Mechior Wathélet, où il est en cours d'examen, pour savoir si c'est une menace pour la santé humaine ou l'environnement.

16.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Je suis choquée par votre réponse sur la procédure d'avis du Conseil. Il est évident qu'il y a eu un vice de procédure, qu'il n'y a pas eu de vote. Deux personnes ont exprimé...

16.04 Laurette Onkelinx, ministre: Un vice de procédure où?

16.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Vous avez reçu une lettre du professeur Philippe Baret, membre du Conseil, qui explique cela mieux que moi. L'article 13 du règlement d'ordre intérieur a été bafoué. Il doit y avoir une réunion et un vote or il n'y a pas eu de vote! Il y a eu des avis exprimés par mails dont 2 défavorables et 4 favorables.

Il n'y a pas eu non plus quorum or il faut la présence de 9 personnes.

Tout cela a été complètement bâclé!

16.06 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

16.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Vous n'avez pas reçu cette lettre? Je vous la transmets.

De **voorzitter**: Mevrouw Snoy, u moet het kort houden. We zijn reeds tien minuten over tijd, de minister heeft een afspraak en ik denk dat die afspraak niet tevreden zal zijn.

16.08 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Quant au fond, n'oubliez pas, madame la ministre, que vous êtes tenue par l'avis du Conseil de Biosécurité, d'où son importance dans la procédure. Si eux vous disent qu'il n'y a pas d'effet sur l'environnement et sur la santé, vous êtes sommée de répondre "Oui, c'est une procédure que nous contestons aussi", parce que vous devriez avoir un avis plus large sur la question.

16.09 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

16.10 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): La dernière fois, vous avez été coincée. Vous aviez donné un avis négatif et il y a eu un recours contre votre avis. Il y a donc là aussi un travail à effectuer sur la procédure pour que le politique ait le dernier mot.

16.11 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.03 uur.
La réunion publique de commission est levée à 12.03 heures.*