

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

11 juni 2009

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende een actieplan voor het kind
in het ziekenhuis**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE DAMES **Sophie PÉCRIAUX** EN
Katia della FAILLE de LEVERGHEM

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting door de hoofddienster van het voorstel van resolutie	3
II. Algemene bespreking	4
III. Bespreking van het bepalend gedeelte.....	6
IV. Stemmingen.....	24

Voorgaande documenten:

Doc 52 0482/ (2007/2008) :

- 001 : Voorstel van resolutie door de dames De Block en Della Faille en de heer Versnick.
002: Verslag.

Zie ook:

- 004: Tekst aangenomen door de commissie.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

11 juin 2009

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à un plan d'action en faveur
de l'enfant hospitalisé**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MMES **Sophie PÉCRIAUX** ET
Katia della FAILLE de LEVERGHEM

SOMMAIRE

Pages

I. Exposé introductif par l'auteur principal de la proposition de résolution	3
II. Discussion générale.....	4
III. Discussion du dispositif.....	6
IV. Votes	24

Documents précédents:

Doc 52 0482/ (2007/2008) :

- 001: Proposition de résolution de Mmes De Block et Della Faille et M. Versnick.
002: Amendements.

Voir aussi:

- 004: Texte adopté par la commission.

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

CD&V Luc Goutry, Nathalie Muylle, Inge Vervotte
MR Daniel Bacquelaïne, Jean-Jacques Flahaux, Jacques Otlet
PS Marie-Claire Lambert, Sophie Pécriaux
Open Vld Yolande Avontroodt, Katia della Faille de Leverghem
VB Koen Bultinck, Rita De Bont
sp.a Maya Detiège, Christine Van Broeckhoven
Ecolo-Groen! Muriel Gerkens
cdH Véronique Salvi
N-VA Flor Van Noppen

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Sonja Becq, Mia De Schamphelaere, Lieve Van Daele, Mark Verhaegen
Valérie De Bue, Olivier Destrebecq, Denis Ducarme, Florence Reuter
Colette Burgeon, Jean Cornil, Linda Musin
Maggie De Block, Sofie Staelraeve, Carina Van Cauter
Guy D'haeseleer, Barbara Pas, Bruno Valkeniers
Dalila Douifi, Meryame Kitir, Ludwig Vandenhove
Thérèse Snoy et d'Oppuers, Tinne Van der Straeten
Georges Dallemagne, Marie-Martine Schyns
Sarah Smeyers

cdH	:	centre démocrate Humaniste		
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams		
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen		
FN	:	Front National		
LDD	:	Lijst Dedecker		
MR	:	Mouvement Réformateur		
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie		
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten		
PS	:	Parti Socialiste		
sp.a	:	socialistische partij anders		
VB	:	Vlaams Belang		

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>		
DOC 52 0000/000:	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000:	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA:	Questions et Réponses écrites	
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)	
CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)	CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	
PLEN:	Plenum	PLEN:	Séance plénière	
COM:	Commissievergadering	COM:	Réunion de commission	
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:

Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:

Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit voorstel van resolutie besproken tijdens haar vergaderingen van 3 en 31 maart 2009, 5 en 26 mei 2009 en 2 juni 2009.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE HOOFDINDIENSTER VAN HET VOORSTEL VAN RESOLUTIE

Mevrouw Yolande Avontroodt (*Open Vld*) herinnert eraan dat het vraagstuk van de in het ziekenhuis opgenomen kinderen in een vorige zittingsperiode extra in de verf werd gezet door de publicatie van het «rapport Cannoodt-Casaer» (juni 2002). Er wordt verzocht om een update van de gegevens van dat onderzoek.

Op 13 mei 1986 keurde het Europees Parlement een resolutie goed waarin werd verzocht een handvest op te stellen met specifieke normen voor de zorg aan kinderen in ziekenhuizen. Dat handvest moet in elke lidstaat ten uitvoer worden gelegd, met inachtneming van de eigenheden van elk land. Hoewel de toestand in België gunstiger is dan in andere Staten, blijven er leemtes. De in de vorige zittingsperiode aangenomen maatregelen zouden op een betere manier in de praktijk kunnen worden gebracht.

De Belgische kinderartsen trekken aan de alarmbel: er zijn thans te weinig kinderartsen. De middelen waarover zij beschikken, volstaan niet om de behoeften inzake consult en opvang te lenigen, in het bijzonder bij de diensten voor dringende hulpverlening. Efficiëntere begeleidingsmaatregelen zijn vereist, meer bepaald voor de ziekenhuizen.

Unicef heeft terecht gevraagd rekening te houden met de specifieke behoeften van kinderen in ziekenhuizen. Naast een aangepaste zorg moeten zij dus ook een alomvattende sociale en educatieve begeleiding krijgen. De supplementen die de ziekenhuizen aanrekenen, vormen bovendien in veel gevallen een feitelijke hindernis voor de ouders om bij hun in het ziekenhuis opgenomen kind te blijven. Alles samen gaat het om een geheel van situaties die om een adequate oplossing vragen.

Het lid verwijst nog naar de *informed consent*, waarvoor in het geval van in het ziekenhuis opgenomen kinderen in een afwijking zou moeten worden voorzien.

Bij het overlopen van de diverse verzoeken van het dispositief van het mede door haar ingediende voorstel van resolutie stelt mevrouw Avontroodt vast dat er raakpunten zijn met andere voorstellen van resolutie die door andere parlementsleden zijn ingediend (met name DOC 52 1477/001).

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné la présente proposition de résolution au cours de ses réunions des 3 et 31 mars 2009, des 5 et 26 mai 2009 et du 2 juin 2009.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF PAR L'AUTEUR PRINCIPAL DE LA PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Mme Yolande Avontroodt (*Open Vld*) rappelle que, sous une précédente législature, la problématique des enfants hospitalisés avait reçu une attention accrue avec la publication du rapport Cannoodt-Casaer (en juin 2002). Une version actualisée des données de cette étude est demandée.

Une résolution a été adoptée le 13 mai 1986 par le Parlement européen. Celle-ci demandait que soit constituée une charte prévoyant des normes spécifiques pour les soins à dispenser aux enfants au sein des hôpitaux. Cette charte doit être mise en œuvre dans chaque État membre, compte tenu de ses spécificités. Si la situation de la Belgique est favorable en comparaison avec d'autres États, il reste des lacunes. Les mesures adoptées au cours de la précédente législature pourraient trouver une meilleure traduction pratique.

Les pédiatres belges tirent la sonnette d'alarme. Le contingent actuel des pédiatres n'est pas suffisant. Les moyens dont ils disposent ne leur permettent pas de faire face aux besoins de consultation et d'accueil, spécialement dans les services d'urgence. Des mesures d'accompagnement plus efficaces sont nécessaires, notamment à destination des hôpitaux.

L'Unicef a demandé à juste titre de tenir compte des besoins propres des enfants dans les hôpitaux. Il n'est donc pas seulement question de leur offrir des soins adaptés, mais également un accompagnement social et éducatif complet. En outre, bien souvent les suppléments demandés par les hôpitaux empêchent concrètement des parents de suivre leur enfant hospitalisé dans la structure concernée. Au total, ce sont un ensemble de situations qui appellent des solutions adaptées. L'oratrice cite encore le cas des consentements éclairés: ceux-ci aussi devraient être soumis à des dérogations pour les enfants hospitalisés.

Parcourant les différentes demandes inscrites dans le dispositif de sa résolution, Mme Avontroodt y voit des convergences avec d'autres propositions de résolution déposées par d'autres parlementaires (notamment DOC 521477/001).

II. — ALGEMENE BESPREKING

Hoewel de heer Jacques Otlet (MR) zich kan vinden in de doelstellingen van de indieners van dit voorstel van resolutie, vraagt hij zich af of de middelen om die te halen, wel voorhanden zijn. Kunnen de kosten worden gedragen door het budget voor de gezondheidszorg?

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) wenst te weten wat de regering reeds heeft ondernomen in het kader van het vraagstuk van de in het ziekenhuis opgenomen kinderen; daarmee moet rekening worden gehouden. Volgens het lid moet aandacht uitgaan naar de diensten voor dringende hulpverlening aan kinderen; zij pleit er bovendien voor de zorg in te bedden in de neonatologie, omdat een betere integratie van de teams kennelijk de voorkeur verdient.

Mevrouw Marie-Martine Schyns (cdH) vraagt naar de stand van zaken bij de tenuitvoerlegging van het koninklijk besluit van 13 juli 2006 met betrekking tot het zorgprogramma voor kinderen.

De heer Alban Antoine, vertegenwoordiger van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, beklemtoont dat het zeer gevoelig liggende vraagstuk van de kinderen in het ziekenhuis één van de prioritaire aandachtspunten van de minister is.

De spreker wijst er de leden op dat reeds is voorzien in een aantal maatregelen, voornamelijk van regelgevende aard, in het bijzonder het koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie «chirurgische daghospitalisatie» moet voldoen om te worden erkend.

Het hele vraagstuk kan niet los worden gezien van andere aspecten, zoals het ontoereikend aantal kinderartsen, of nog de budgettaire noden in de gezondheidssector (in dit verband denken we aan het behoud van de groeinorm van 4,5%). Voor al die aspecten moet ten slotte worden nagegaan in welke mate de bestaande normatieve maatregelen zijn uitgevoerd, en moeten de reële behoeften terzake worden geëvalueerd. Ook in dat verband is vooruitgang merkbaar.

In de vorige zittingsperioden werd aanzienlijke vooruitgang geboekt. Zo stelt het voormelde koninklijk besluit van 2006 niet alleen de normen vast voor de erkenning van de zorgprogramma's voor kinderen, maar ook die voor de functie «chirurgische daghospitalisatie».

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

M. Jacques Otlet (MR) partage les objectifs des auteurs de la proposition de résolution, mais s'interroge sur les moyens disponibles pour atteindre ceux-ci. Le budget des soins de santé permet-il de les réaliser?

Mme Marie-Claire Lambert (PS) voudrait savoir ce qui a déjà été fait par le gouvernement dans le cadre de la problématique des enfants hospitalisés: il convient d'en tenir compte. L'oratrice plaide pour accorder une meilleure attention aux urgences pédiatriques et pour inscrire les soins en liaison avec la néonatalogie: une meilleure intégration des équipes paraît à privilégier.

Mme Marie-Martine Schyns (cdH) sollicite un état des lieux de la mise en œuvre de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 relatif aux programmes de soins pour enfants.

M. Alban Antoine, représentant de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, souligne que la problématique des enfants hospitalisés, de par son caractère éminemment sensible, est au cœur des préoccupations de la ministre.

L'attention des membres est attirée sur toute une série de mesures, principalement d'ordre réglementaire, qui ont déjà été prises, en particulier l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour» pour être agréée.

Toute cette question est connexe à d'autres, comme la situation de pénurie que connaît la pédiatrie, ou encore les besoins budgétaires en matière de santé (on songe ici au maintien de la norme de croissance de 4,5%). Enfin, pour tous ces aspects, il convient d'aborder la question de l'état d'exécution des mesures normatives existantes et de l'évaluation des besoins réels en la matière. Sur ces questions, des avancées sont également à signaler.

Sous les précédentes législatures, des avancées conséquentes ont été enregistrées. L'arrêté précité de 2006 fixe ainsi des normes d'agrément impératives pour les programmes de soins pour enfants, mais également en matière d'hospitalisation chirurgicale de jour.

In die reglementering zijn onder meer de volgende maatregelen opgenomen:

- voor de behandeling van kinderen moet in een aangepaste ruimte worden voorzien, waarin niet tevens volwassenen worden behandeld, alsook in aangepast materiaal;
- de operatieafdeling moet dusdanig worden georganiseerd dat één van de ouders bij het kind kan zijn wanneer het kind bij bewustzijn is, behalve indien er een medische tegenindicatie is;
- voor kinderen moet in de ontwaakzaal in een afzonderlijke ruimte worden voorzien;
- de ouders moeten worden betrokken bij de verzorging van hun kind;
- er moet worden voorzien in spelruimtes, waarvan het meubilair, de vloer en het speelgoed desinfecteerbaar of wasbaar moeten zijn en gereinigd moeten worden volgens een vaste procedure;
- *rooming-in*: in iedere kamer moet bij elk kind een ouder kunnen verblijven, zowel overdag als 's nachts;
- aangepast medisch personeel (kinderartsen) en verpleegkundigen (gespecialiseerd in de pediatrie); voor de organisatie van spelletjes en de invulling van de vrije tijd, alsook voor de psychosociale ondersteuning, moet op hulppersonneel een beroep worden gedaan.

Dit normenpakket is integraal op 1 januari 2007 in werking getreden. De dringende pediatrie hulpverlening is opgenomen in het koninklijk besluit van 2006. Neonatologische projecten zijn aan de gang in het kader van MIC (*Maternal Intensive Care*).

*
* *

Nadat het kabinet van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zijn opmerkingen heeft toegelicht en na de hoorzitting met de heer Alain De Wever (zie het eerste verzoek in de bespreking van het bepalend gedeelte) dient mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s. vijf amendementen (DOC 52 482/002) in.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) stelt vast dat die amendementen ertoe strekken het voorstel van resolutie bij de tijd te brengen, door de evolutie na het indienen van dat voorstel toe te lichten. De essentie van de resolutie blijft overeind.

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) steunt de intentie van de indieners van het voorstel van resolutie; kinderen zijn echt wel een specifieke doelgroep. Het lid distantieert zich evenwel van de kritiek die in de toelichting van het voorstel naar voren is gebracht. De Belgische

C'est dans cette réglementation qu'ont été prévues des mesures telles que:

- la mise à disposition d'un environnement adapté, séparé des patients adultes, ainsi que de matériel adapté à la prise en charge des enfants;
- l'organisation du quartier opératoire de telle manière qu'un des parents peut se trouver près de l'enfant lorsque celui-ci est conscient sauf contre-indication médicale;
- l'obligation de prévoir un espace séparé pour les enfants dans la salle de réveil;
- l'association des parents aux soins donnés à leur enfant;
- la mise à disposition d'espaces de jeux, dont le mobilier, le sol et les jouets doivent être désinfectables ou lavables et doivent être nettoyés selon une procédure fixée;
- le «*rooming-in*» (c'est-à-dire l'organisation de la chambre pour qu'un parent puisse séjourner jour et nuit auprès de son enfant);
- l'adaptation du cadre médical (pédiatres), infirmier (spécialisé en pédiatrie), et l'association d'un personnel d'aide, en vue de l'organisation d'activités ludiques et de loisirs, et de soutien psychosocial.

Ces normes sont globalement entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2007. L'urgence pédiatrique est prise en considération dans l'arrêté de 2006. Quant à la néonatalogie, des projets sont en cours en MIC (*Maternal Intensive Care*).

*
* *

Suite à la présentation par le cabinet de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de ses observations et suite à l'audition de M. Alain De Wever (voy. la demande n° 1 dans la discussion du dispositif), Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts introduisent cinq amendements (DOC 52 482/002).

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) constate que ces amendements constituent une mise à jour de la résolution par rapport aux évolutions connues depuis le dépôt de la proposition. L'essence de la résolution subsiste.

Mme Marie-Claire Lambert (PS) soutient l'intention des auteurs de la proposition de la résolution. Les enfants ont une vraie spécificité. L'oratrice se distancie toutefois des critiques énoncées dans les développements de la proposition. Les soins pédiatriques ont déjà

regering heeft reeds veel aandacht besteed aan de pediatrische zorg. Het statuut van de ziekenhuiskinderartsen werd geherwaardeerd.

De spreekster verzoekt om nadere gegevens over het Europese onderzoek waarnaar de indieners verwijzen. Wat heeft betrekking op België? Dezelfde vraag wordt gesteld met betrekking tot het EACH-handvest.

Voorzitter Muriel Gerkens steunt het voorstel van resolutie, maar meent dat de inachtneming van de rechten van het kind in het ziekenhuis nog steeds bijzondere aandacht vereist. De instellingen hebben daar immers niet altijd oog voor, inzonderheid als ze werken met gesloten afdelingen. De spreekster roept op tot waakzaamheid.

III. — BESPREKING VAN HET BEPALEND GEDEELTE

III. 1. Consideransen

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s. dient amendement nr. 1 (DOC 52 0482/002) in. Het strekt tot invoeging van een considerans die verwijst naar het onderzoek in verband met de kindergeneeskunde dat op vraag van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu werd uitgevoerd.

III. 2. Verzoeken

Verzoek nr. 1

Verzoek nr. 1 van het voorstel van resolutie strekt ertoe de gegevens waarop de studie Cannoodt-Casaer is gebaseerd, bij de tijd te brengen.

*
* *

De vertegenwoordiger van de minister herinnert eraan dat de afstemming tussen vraag en aanbod in verband met kindergeneeskunde een van de onderwerpen van dat onderzoek is.

De minister wijst in dat opzicht op het onderzoek dat het Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu tijdens de vorige regeerperiode bij de ULB en het UZ Gent heeft besteld. Dat onderzoek heeft betrekking op de ziekenhuispediatrie en geeft gevolg aan de publicatie van de erkenningscriteria van het zorgprogramma voor kinderen.

fait l'objet d'une attention suivie du gouvernement belge. Des revalorisations du statut des pédiatres hospitaliers ont été réalisées.

L'oratrice demande des précisions sur l'enquête européenne citée par les auteurs. Qu'est-ce qui concerne la Belgique? La même demande est formulée concernant la charte EACH.

Mme Muriel Gerkens, présidente, soutient la proposition de résolution. Toutefois, l'oratrice considère que la question du respect des droits des enfants appelle encore toujours une attention particulière dans les structures hospitalières. Les institutions, surtout lorsqu'elles fonctionnent en milieu fermé, n'y sont pas toujours attentives. L'oratrice appelle à la vigilance.

III. — DISCUSSION DU DISPOSITIF

III. 1. Considérants

Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts introduisent un amendement n° 1 (DOC 52 482/002) en vue de rajouter un considérant renvoyant à l'étude sur la pédiatrie réalisée sous l'égide du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

III. 2. Demandes

Demande n° 1.

Dans une demande n° 1, la proposition vise à actualiser les données sur lesquelles l'étude Cannoodt-Casaer est basée.

*
* *

Le représentant de la ministre rappelle que, parmi les sujets faisant l'objet de cette étude figure celui de l'adéquation entre l'offre et la demande en pédiatrie.

Sur ce point, la ministre attire l'attention sur l'étude confiée, lors de la précédente législature, par le SPF Santé publique, Direction générale des Etablissements de Soins, aux équipes universitaires de l'ULB et de l'UZ Gent. Cette étude porte sur la pédiatrie hospitalière et fait suite à la publication des critères d'agrément du programme de soins pour enfants.

De voortgang van dat onderzoek werd gevolgd door een begeleidingscomité bestaande uit vertegenwoordigers van de Academie voor Kindergeneeskunde, de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde, het RIZIV, de ziekenhuizen en het Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer. De onderzoekskwesties van die studie hebben betrekking op welbepaalde aspecten die worden vermeld in de toelichting van dit voorstel van resolutie betreffende een actieplan voor het kind in het ziekenhuis.

De volgende onderzoekskwesties zijn aan bod gekomen:

1. Analyse van de financiële weerslag van de financiële maatregelen die tijdens de twee vorige regeerperiodes zijn genomen met het oog op de herwaardering van de ziekenhuispediatrie, en van de eventuele aanvullende maatregelen die moeten worden genomen om de aantrekkingskracht van de ziekenhuispediatrie te vergroten.
2. Vergelijking van de financiële situatie van de ziekenhuiskinderspecialisten met die van de belangrijkste ziekenhuisspecialisten.
3. Analyse van de demografische situatie van de kinderspecialisten, onder meer rekening houdend met de evolutie van de behoeften, de arbeidsduurvermindering en de mentaliteitswijzigingen.
4. Analyse van het tijdsgebruik van de ziekenhuiskinderspecialisten, specifiek op het stuk van de communicatie.
5. Analyse van de behoeften inzake erkenning van de subspecialisaties inzake kindergeneeskunde en hun verhouding tot de algemene kindergeneeskunde.

Het rapport over dat onderzoek is beschikbaar sinds eind 2008. In maart is een eerste ontmoeting gepland tussen de onderzoeksteams en de vertegenwoordigers van de Academie voor Kindergeneeskunde en van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Dat rapport reikt tal van mogelijke oplossingen aan voor de aangehaalde problemen waarmee de ziekenhuispediatrie kampt. Die mogelijkheden zullen worden onderzocht; het gaat zowel om de voorstellen betreffende wijzigingen van de nomenclatuur, de organisatie van de kindzorg in de ziekenhuizen, de organisatie van de diensten voor dringende hulpverlening aan kinderen en de betrekkingen tussen kindergeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, als om andere knelpunten, zoals de behoeften inzake subspecialisaties van de kindergeneeskunde. Naargelang de resultaten van die analyse zal al dan niet worden beslist bijkomende inlichtingen te vragen, of een bijwerking van bepaalde gegevens.

Tot slot vestigt de minister de aandacht op de specifieke uitdaging betreffende het tekort aan kinderspecialisten. Er werden al maatregelen genomen:

Un comité d'accompagnement composé de représentants de l'Académie de Pédiatrie, de la société Belge de Pédiatrie, de l'INAMI, des hôpitaux, de la Direction générale Soins de Santé primaires, a suivi les progrès de cette étude. Les questions de recherche de l'étude concernent des points particuliers évoqués dans le développement de la présente proposition de résolution relative à un plan d'action en faveur de l'enfant hospitalisé.

En particulier, les questions de recherche suivantes ont été traitées:

1. Analyse de l'impact financier des mesures financières prises pendant les deux législatures précédentes en vue de la revalorisation de la pédiatrie hospitalière, et des éventuelles mesures complémentaires qu'il convient de prendre en vue de renforcer l'attrait de la pédiatrie hospitalière.
2. Comparaison de la situation financière des pédiatres hospitaliers à celle des principaux spécialistes hospitaliers.
3. Analyse de la démographie des pédiatres, notamment en tenant compte de l'évolution des besoins, de la diminution du temps de travail et de l'évolution des mentalités.
4. Analyse de l'emploi du temps des pédiatres hospitaliers, sous l'angle particulier de la communication.
5. Analyse des besoins en matière de reconnaissance des sous-spécialités pédiatriques et leur articulation avec la pédiatrie générale.

Le rapport de cette étude est disponible depuis la fin 2008 et une première rencontre entre les équipes de recherche, les représentants de l'Académie de Pédiatrie et du SPF Santé publique est programmée dans le courant du mois de mars.

Ce rapport propose de nombreuses pistes pour résoudre les problèmes de la pédiatrie hospitalière évoqués. Ces pistes seront étudiées, tant au niveau de propositions relatives à des modifications de la nomenclature, à l'organisation des soins pédiatriques à l'hôpital, à l'organisation des urgences pédiatriques et des relations entre pédiatrie et médecine de première ligne ainsi qu'au niveau d'autres problèmes comme les besoins en matière de sous-spécialités de la pédiatrie. En fonction de cette analyse, il sera décidé ou non de demander un complément d'information ou une actualisation de certaines données.

Sur le point plus particulier du défi que constitue la pénurie en pédiatres, la ministre attire enfin l'attention sur le fait que des mesures ont déjà été prises:

- hogere quota in verband met de «numerus clausus» voor kinderartsen;
- eerste vorderingen inzake herwaardering van de honoraria zoals ze voortvloeien uit het jongste akkoord artsen-ziekenfondsen.

Daarbij komen de 53 voltijds equivalente betrekkingen voor kinderverzorgers in de diensten voor kindergeneeskunde waarin voorzien is in het kader van de werkgelegenheidsmaatregel voor jongeren in de non-profitsector, ingevolge de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact.

*
* *

De commissie heeft haar vergadering van 26 mei 2009 gewijd aan de voorstelling van de resultaten van het door de beleidscel van de minister aangehaalde onderzoek en aan de bespreking ervan.

Professor dr. Alain De Wever heeft de krachtlijnen toegelicht van het onderzoek betreffende kindergeneeskunde, dat hij op vraag van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft geleid.

A. Inleidende uiteenzetting van professor Alain De Wever

1. Financiële weerslag van de maatregelen

Bij het onderzoek heeft men zich eerst gebogen over de financiële weerslag van de financiële maatregelen die tijdens de vorige regeerperiode zijn genomen met het oog op de herwaardering van de ziekenhuispediatrie en van de eventuele aanvullende maatregelen die moeten worden genomen om de aantrekkingskracht van de ziekenhuispediatrie te vergroten.

Tijdens de vorige regeerperiode werden vier verstrekkingen geherwaardeerd, met name:

- toezicht door de kinderarts op een in het ziekenhuis opgenomen patiënt, van de eerste tot de vijfde dag (code 598802);
- toezicht door de geaccrediteerde kinderarts op een in het ziekenhuis opgenomen patiënt, van de eerste tot de vijfde dag (code 598820);
- toezicht door de kinderarts op een in het ziekenhuis opgenomen patiënt, van de zesde tot de twaalfde dag (code 598824);
- toezicht door de kinderarts op een in het ziekenhuis opgenomen patiënt, vanaf de dertiende dag (code 598826).

- la révision à la hausse des quotas de numerus clausus pour les pédiatres;
- les premières avancées en matière de revalorisation des honoraires telles qu'elles découlent du dernier accord «médico-mut».

S'y ajoutent les 53 emplois équivalents temps plein de puériculteurs dans les services pédiatriques prévus dans le cadre de la mesure d'emploi des jeunes dans le secteur non marchand résultant de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations.

*
* *

La commission a consacré sa réunion du 26 mai 2009 à la présentation des résultats de l'étude citée par le cabinet de la ministre et à sa discussion.

M. Prof. Dr. Alain De Wever a éclairé les principaux résultats de l'étude qu'il a dirigée sur la pédiatrie, à la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

A. Exposé introductif par le professeur Alain De Wever

1. Impact financier des mesures

Le premier objet de l'étude a consisté à analyser l'impact financier des mesures financières prises pendant la dernière législature en vue de la revalorisation de la pédiatrie hospitalière, et des éventuelles mesures complémentaires qu'il convient encore de prendre en vue de renforcer l'attrait de la pédiatrie hospitalière.

Quatre prestations ont été revalorisées au cours de la précédente législature:

- la surveillance par le pédiatre pour un patient hospitalisé, du premier au cinquième jour (code 598802);
- la surveillance par le pédiatre accrédité pour un patient hospitalisé, du premier au cinquième jour (code 598820);
- la surveillance par le pédiatre pour un patient hospitalisé, du sixième au douzième jour (code 598824);
- la surveillance par le pédiatre pour un patient hospitalisé, à partir du treizième jour (code 598846).

In 2009 werd voor het eerste sedert 2002 nog een prestatie gerevalueerd: de aanwezigheid van de pediater in de bevallingszaal (code 474526).

De spreker constateert dat het aantal geherwaardeerde verstrekkingen gedaald is, behalve wat de aanwezigheid van de kinderarts in de verloskamer betreft. Dankzij de herwaardering zijn de inkomsten van de kinderartsen voor die vijf prestaties toegenomen, ondanks de afname van het aantal prestaties (53.446,26 euro RIZIV-inkomsten per voltijds equivalent in 2010).

Tussen 1996 en 2006 is de samenstelling van de inkomsten van de ziekenhuiskinderartsen veranderd: de verhouding RIZIV-inkomsten voor de opgenomen patiënten blijft weliswaar stabiel (47%), maar de RIZIV-inkomsten voor de ambulante patiënten die in het ziekenhuis op consult komen, zijn aanzienlijk gestegen (van 4% naar 12%), en de RIZIV-inkomsten voor de andere ambulante patiënten zijn in dezelfde mate gedaald (van 49% naar 41%).

Onder de door de kinderartsen geëiste aanvullende maatregelen legt de spreker de nadruk op de totstandkoming van een ziekenhuisdagopname voor kinderen en op de toekenning van een toezichtshonorarium na een voorlopige opname. Voor het overige overloopt hij een aantal vragen betreffende het uitwerken van structurele maatregelen en de herwaardering van de intellectuele prestaties en van de technische prestaties.

2. De ziekenhuiskinderartsen en de belangrijkste ziekenhuisspecialisten

De vergelijking van de financiële situatie van de ziekenhuiskinderartsen met die van de belangrijkste ziekenhuisspecialisten was een tweede onderzoeksobject. Daartoe werd een enquête gehouden bij de ziekenhuisbeheerders. De deelnemingsgraad bedroeg 42,9%; de spreker vindt dat een hoog cijfer.

Tal van specialisten hebben een hoger inkomen dan de kinderartsen; die specialisten behoren tot de specialisten met de laagste inkomens. Twee factoren moeten in dat verband worden onderstreept: er zijn weinig honorariumsupplementen in de kindergeneeskunde, en voorts is de medisch-technische activiteit beperkt, maar neemt die meer tijd in beslag dan bij de behandeling van volwassenen.

En 2009, une autre prestation a été revalorisée, ce qui n'avait plus été le cas depuis 2002: la présence du pédiatre en salle d'accouchement (code 474526).

L'orateur constate la diminution du nombre des prestations revalorisées à l'exception de la présence du pédiatre en salle d'accouchement. La revalorisation a permis une augmentation des revenus des pédiatres pour ces cinq prestations, malgré la diminution du volume de prestations (53.446,26 euros de revenu INAMI par équivalent temps plein en 2010).

Entre 1996 et 2006, la composition des revenus des pédiatres hospitaliers a connu une évolution. Si la proportion de revenus INAMI pour les patients hospitalisés reste stable (47%), les revenus INAMI pour les patients ambulatoires vus en consultation à l'hôpital ont sérieusement augmentés (de 4% à 12%) et les revenus INAMI pour les autres patients ambulatoires baissent d'autant (de 49% à 41%).

Parmi les mesures complémentaires que les pédiatres revendiquent, l'orateur insiste pour la création d'une hospitalisation de jour pédiatrique et l'octroi d'un honoraire de surveillance à la suite d'une hospitalisation provisoire. Il parcourt pour le reste un certain nombre de demandes en vue de créer des mesures structurelles, de revaloriser des actes intellectuels et des actes techniques.

2. Les pédiatres hospitaliers et les principaux spécialistes hospitaliers

Un deuxième objet d'étude a consisté à comparer la situation financière des pédiatres hospitaliers à celle des principaux spécialistes hospitaliers. Pour ce faire, une enquête a été réalisée auprès des gestionnaires d'hôpitaux. Un taux de participation de 42,9%, que l'intervenant estime élevé, a pu être atteint.

De très nombreuses disciplines spécialisées ont un revenu supérieur à celui des pédiatres. Ceux-ci sont parmi les médecins ayant les revenus les plus bas. Deux facteurs sont ici à souligner. D'une part, les suppléments d'honoraires sont rares en pédiatrie. D'autre part, l'activité médico-technique est réduite et consomme un temps supérieur à celui des soins prodigués aux adultes.

3. Demografische situatie met betrekking tot de kinderartsen

a) Vaststellingen

Het onderzoek ging voorts in op de demografische situatie van de kinderartsen, rekening houdend met de evolutie van de behoeften, de arbeidsduurvermindering en de mentaliteitswijzigingen. De spreker spitst zijn betoog toe op de ziekenhuispediatrie en verwijst voor de ambulante pediatrie en de algemene vaststellingen inzake pediatrie naar het rapport.

Slechts enkele kinderartsen zijn uitsluitend actief in ziekenhuizen (8 in 1996, 17 in 2005) of verstrekken ambulante zorg aan patiënten in een ziekenhuisvoorziening (1 in 1996, 2 in 2005), maar er zijn er veel meer die ofwel alleen ambulante pediatrie zorg verlenen (220 in 1996, 241 in 2005) of die de drie combineren (590 in 1996, 797 in 2005). Het aantal kinderartsen in dit laatste geval neemt gestaag toe.

In 1995 waren er 763 kinderartsen actief (66,7%). In 2005 bedraagt hun absoluut aantal 895, wat neerkomt op 62,2%. Een kinderarts wordt als actief beschouwd als hij jaarlijks minstens duizend patiëntcontacten heeft; dat is dezelfde maatstaf als die welke geldt voor de accreditering.

Het aantal ziekenhuispediaters per ziekenhuis met een pediatrieafdeling evolueert anders in Vlaanderen (6,2 in 1996, 7,7 in 2005 – een lichte stijging) dan in Wallonië (7 in 1996, 7,2 in 2005 – status-quo) of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (9,7 in 1996, 12,1 in 2005 – een forse toename). De spreker geeft wel toe dat met één belangrijke variabele, het aantal voltijdse equivalenten, geen rekening kon worden gehouden. De cijfers verwijzen naar een aantal eenheden. De onbekende variabele zal pas beschikbaar zijn als het kadaster van de artsen-specialisten klaar is. Voorts is het moeilijk een correcte extrapolatie per provincie te maken omdat de gegevens die het RIZIV aanlevert, gebaseerd zijn op de woonplaats en niet op de plaats waar de activiteit wordt uitgeoefend. Zo telt Waals-Brabant een hoog aantal ziekenhuispediaters per ziekenhuis, vooral omdat in die provincie veel artsen wonen die in Brussel werken.

Over het algemeen is het aantal ziekenhuispediaters met 17,3% gestegen. Het aantal vrouwelijke kinderartsen is gestegen van 37% in 1996 tot 55% in 2005. Het aantal actieve kinderartsen bij de 65-plussers is met 3,5% gedaald. Het aandeel ziekenhuispediaters met minder dan 1.000 patiëntcontacten per jaar bedroeg in 1996 en 2005 respectievelijk 32% en 37,5%.

3. Démographie des pédiatres

a) Constats

L'étude a aussi analysé la démographie des pédiatres, notamment en tenant compte de l'évolution des besoins, de la diminution du temps de travail et de l'évolution des mentalités. L'orateur centre son propos sur la pédiatrie hospitalière, renvoyant au rapport pour la pédiatrie ambulatoire et la globalité de la pédiatrie.

Si quelques pédiatres n'exercent leur activité que sur des patients hospitaliers (8 en 1996, 17 en 2005), sur des patients ambulatoires dans un cadre hospitalier (1 en 1996, 2 en 2005), bien plus exercent soit uniquement en ambulatoire (220 en 1996, 241 en 2005) soit les trois à la fois (590 en 1996, 797 en 2005). L'évolution de cette dernière catégorie est importante.

En 1995, 763 pédiatres étaient actifs, soit 66,7%. En 2005, le chiffre absolu atteint 895, ce qui correspond à 62,2%. Le critère de l'activité consiste à avoir eu un nombre de contacts au moins égal à 1000 par an, ce qui correspond au critère d'accréditation.

Le nombre de pédiatres hospitaliers par hôpital avec service pédiatrique a évolué différemment en Flandre (6,2 en 1996, 7,7 en 2005: un peu plus), en Wallonie (7 en 1996, 7,2 en 2005: stagne) et à Bruxelles-Capitale (9,7 en 1996, 12,1 en 2005: bien plus). L'orateur reconnaît toutefois ignorer une variable importante, à savoir le nombre d'équivalents temps plein. Les chiffres renvoient à un nombre d'unités. La variable inconnue ne sera disponible qu'une fois le cadastre des médecins spécialistes réalisé. Un autre biais, qui nuit à la qualité d'une projection par province, réside en ce que l'INAMI ne délivre que les informations liées au domicile et non celles liées au lieu d'activité. Le nombre de pédiatres hospitaliers par hôpital par province est ainsi élevé en Brabant Wallon, surtout parce que c'est dans cette province que nombre de médecins exerçant à Bruxelles vont s'installer.

Globalement, le nombre de pédiatres hospitaliers a augmenté de 17,3%. Le taux de féminisation passe de 37% en 1996 à 55% en 2005. La proportion d'actifs chez les 65 ans et plus a diminué de 3,5%. La proportion des pédiatres hospitaliers avec moins de 1000 contacts patients par an était respectivement de 32% en 1996 et 37,5% en 2005.

De cohort actieve ziekenhuispediaters in België werd sinds 1996 over een periode van 10 jaar gevolgd. Het gaat om 763 kinderartsen, van wie 92,6% aan de slag is gebleven, 2% overleden is en 4,1% met pensioen is gegaan. Het saldo betreft artsen die naar het buitenland zijn vertrokken, werden geschrapt, tijdelijk non-actief zijn geweest of van wie de dossiers werden afgesloten. Van de actief gebleven 92,6% heeft 70,6% meer dan 1.000 patiëntcontacten per jaar gehad. De instroom van nieuwe kinderartsen meegeteld, bedraagt het aantal reële actieven 87,1%.

b) Andere behoeften en mentaliteitswijziging

Er gelden vandaag andere behoeften. Hoewel pediatrie in hoofdzaak een ziekenhuisaangelegenheid blijft, dient de ambulante pediatrie op een voldoende hoog peil te worden gehouden. Het lijkt aangewezen in grotere voorzieningen voor kindergeneeskunde te voorzien door de kwaliteit en het aanbod van de zorg te verbeteren, de ontwikkeling van pediatrische subspecialismen aan te moedigen en via schaalvoordelen de kosten te beperken. Er zou een specifieke pediatrieopleiding moeten komen voor huisartsen en de mensen in de diensten voor dringende hulpverlening.

Voorts zou moeten gestreefd naar synergievoordelen door een versterkte samenwerking tussen het *Office de la Naissance et de l'Enfance* en de kinderartsen. Wie dit wenst, zou de mogelijkheid moeten krijgen minder tijd te besteden aan de curatieve taken (sociologische arbeidsduurvermindering, toename van het aantal administratieve taken, omgaan met sociale problemen en ontstaan van psychiatrische aandoeningen). De spreker verwijst nogmaals naar zijn vraag dagziekenhuizen voor pediatrie op te richten.

De arbeidstijd is afgenomen. Wat het aantal patiëntcontacten betreft, gaat het om een daling met 8,6% tussen 1996 en 2005. Als oorzaken worden de stijging van het aantal kinderartsen en de vermindering van de arbeidstijd genoemd. Wat de RIZIV-inkomsten betreft, wordt over diezelfde periode geen noemenswaardige stijging vastgesteld.

Voorts doet er zich een mentaliteitswijziging voor, zoals de spreker heeft kunnen afleiden uit een enquête bij de kinderartsen in opleiding. De ziekenhuispediatrie wordt gezien als een aanvulling op de eerste en de tweede lijn inzake kindergeneeskundige verzorging, maar daarnaast wordt de ziekenhuispediatrie ook beschouwd als de variant waar de drie zorglijnen kunnen worden gecombineerd. De spreker overloopt de voorstellen van de respondenten.

Sur 10 ans, la cohorte des pédiatres hospitaliers actifs, à partir de 1996 en Belgique a été suivie. Il s'agit de 763 pédiatres. 92,6% sont restés actifs. 2% sont décédés. 4,1% sont retraités. Le reste recouvre des médecins partis à l'étranger, radiés, inactifs temporaires ou dont les dossiers ont été clôturés. Sur les 92,6% restés actifs, 70,6% ont eu plus de 1000 contacts par an. Avec les nouvelles entrées, on revient à un nombre d'actifs réels correspondant à 87,1%.

b) Évolution des besoins et des mentalités

Les besoins ont évolué. Malgré le caractère majoritairement hospitalier de la pédiatrie, il convient de maintenir une couverture ambulatoire suffisante. Créer de plus grandes structures pédiatriques, en augmentant la qualité et la gamme des soins, en favorisant l'émergence de sous-spécialités pédiatriques, en diminuant les coûts par économies d'échelle, paraît indiqué. Une formation spécifique en pédiatrie pour les médecins généralistes et le personnel des services d'urgence devrait être assurée.

On devrait aussi encourager les synergies entre l'Office de la Naissance et de l'Enfance et les pédiatres et permettre à ceux qui le souhaitent une diminution du temps consacré aux tâches curatives (diminution sociologique du temps de travail, augmentation des tâches administratives, gestion de problèmes sociaux et émergence de pathologies psychiatriques). L'orateur rappelle sa demande quant au développement de l'hôpital de jour pédiatrique.

Le temps de travail a diminué. En termes de contacts avec le patient, la diminution équivaut à 8,6% entre 1996 et 2005. Deux causes sont citées: l'augmentation du nombre de pédiatres et la diminution du temps de travail. En termes de revenus INAMI, aucune augmentation n'est tangible sur la même période.

Les mentalités évoluent aussi, ce dont l'orateur a pu se rendre compte à l'occasion d'une enquête réalisée auprès des pédiatres en formation. La pédiatrie est vue comme une addition des deux premières lignes en milieu ambulatoire et comme une combinaison de trois lignes de soins en milieu hospitalier. Les propositions émises par les personnes interrogées sont parcourues.

Over het algemeen wensen de respondenten een 4/5^{de}-arbeidstijdregeling. De wachtbeurten zouden beperkt moeten blijven tot drie slaapdiensten en vijf externe wachtbeurten per maand. Vaak worden werkaanbiedingen geweigerd wegens de verplichtingen in verband met wachtbeurten. Een werkaanbieding wordt makkelijker aanvaard als het werk in teamverband wordt georganiseerd.

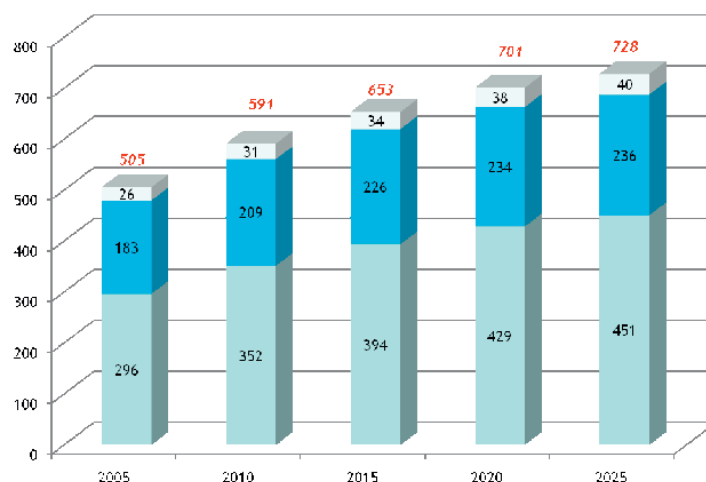
Om de ziekenhuispediatrie aantrekkelijker te maken, is het zaak op organisatorisch vlak de eerstelijnszorg door de huisartsen verder te ontwikkelen, de organisatie van de wachtbeurten te verbeteren en het teamwerk tussen kinderartsen en spoedartsen te versterken. Op financieel vlak wordt gevraagd de intellectuele prestaties, het inkomen in het algemeen en het wachthonorarium in het bijzonder, op te waarderen.

Een samenvattende grafiek schetst de verwachte evolutie tot 2025. Daaruit blijkt dat de vervrouwelijking blijft toenemen, alsook het aantal 50-plussers onder de ziekenhuispediaters. Een andere grafiek illustreert de evolutie van het aantal kinderartsen per categorie:

En général, l'horaire de travail souhaité correspond à un 4/5^e temps. Les gardes devraient se limiter à trois dormantes et à cinq rappelables par mois. Les refus face à des offres d'emploi sont souvent justifiées par les contraintes de garde. Une offre d'emploi est plus facilement acceptée si le travail en groupe est organisé.

Pour rendre la pédiatrie hospitalière plus attractive, il conviendrait au niveau organisationnel de développer la prise en charge de première ligne par les généralistes, d'améliorer l'organisation du système de garde et d'améliorer le travail en équipe entre pédiatres et urgentistes. Au niveau financier, il est demandé une revalorisation des actes intellectuels, des revenus en général et des honoraires de garde en particulier.

Un modèle de synthèse est proposé, jusqu'à 2025. Il s'en déduit que le taux de féminisation va augmenter, de même que la proportion des 50 ans et plus. Un graphique est également proposé pour l'évolution du nombre de pédiatres par catégorie:



aantal kinderartsen voor ambulante patiënten (in VTE)
aantal kinderartsen voor ziekenhuispatiënten (in VTE)
aantal kinderartsen voor ambulante patiënten in een ziekenhuisvoorziening (in VTE)
totaal aantal kinderartsen (in VTE)

ETP Pédiatres pour patients ambulatoires
ETP Pédiatres pour patients hospitalisés
ETP Pédiatres pour patients ambulatoires vus à l'hôpital
ETP Totaux

4. Subspecialismen

Er werd onderzoek verricht naar de behoeften inzake erkenning van de pediatrie subspecialismen en hun verhouding tot de algemene kindergeneeskunde. De opleiding beslaat zes of zeven jaar, afhankelijk van de gevolgde specialisatieopleiding.

4. Sous-spécialités

Les besoins en matière de reconnaissance des sous-spécialités pédiatriques et leur articulation avec la pédiatrie générale ont été analysés. L'orateur rappelle les schémas de formation, qui se développent sur six ou sept années selon le cas.

Thans zijn drie specialismen erkend, namelijk hematologie-oncologie, neonatologie en neurologie. Voor de andere (reumatologie, nefrologie, allergologie enzovoort) is het meer een zaak van erkenning van competenties dan van titels. Door de nadruk te leggen op die competenties kan men worden opgeleid in diverse kindergeneeskundige subdisciplines en hoeft het voeren van een bepaalde titel geen uitsluitingen mee te brengen. Aan de beroepstitels zijn doorgaans immers wettelijke beperkingen verbonden.

Een tabel raamt het huidige aantal kinderartsen met competentie in een subdiscipline in België. Hoewel de raming door professionals werd uitgevoerd, biedt ze geen nauwkeurig beeld; voorts slaat ze niet op het aantal voltijds equivalenten, maar op een aantal individuen.

5. Aanbevelingen en conclusies

Een groot deel van de onder een subdiscipline vallende aandoeningen kan perfect door de kinderarts zonder specifieke specialisatie worden behandeld. Daarom moet een kinderarts met een specifieke competentie worden beschouwd als een referentiepersoon bij de behandeling van complexe gevallen. De kinderartsen met een subspecialiteit moeten beschikbaar zijn voor verschillende zorgcentra maar moeten ook een substantieel deel van hun tijd aan algemene kindergeneeskunde besteden.

Bijgevolg moet de polyvalentie van de kinderartsen met een subspecialiteit worden gewaarborgd en mag de ziekenhuisactiviteit niet in het gedrang komen. De continuïteit van de zorgverlening moet onder de loep worden genomen en de wachtbeurten moeten beter worden georganiseerd.

Voorts beveelt het onderzoek aan géén erkenningscommissie voor elke subspecialiteit op te richten en de erkenningscommissie Pediatrie te belasten met verschillende taken: de keuze van de subspecialiteiten en het opleidingsschemavoorstel valideren, de opleidingscentra alsook de stagebegeleiders erkennen en procedures voor de indiening van een stageplan uitwerken.

Dankzij de herwaardering van bepaalde prestaties via de toezichtshonoraria kon de door de vermindering van het aantal klassieke ziekenhuisopnames en van de duur ervan veroorzaakte terugval worden gecompenseerd. Toch behoren de ziekenhuispediaters tot de minst betaalde specialisten. Voor de demografische analyse zijn kadastragegevens vereist. De gegevens van het RIZIV volstaan op zichzelf niet. De officiële invoering van daghospitalisatie en voorlopige hospitalisatie, mét

Trois spécialités sont aujourd'hui reconnues, à savoir l'hématologie-oncologie, la néonatalogie et la neurologie. Pour les autres (rhumatologie, néphrologie, allergologie, etc.), il y a plus une demande de reconnaître des compétences que des titres. Ces compétences permettraient la formation dans plusieurs sous-disciplines à caractère pédiatrique et une pratique non exclusive. Des contraintes légales sont en effet généralement liées aux titres professionnels.

Une estimation du nombre actuel de pédiatres possédant une compétence dans une sous-discipline en Belgique est fournie. Quoiqu'elle ait été réalisée par des professionnels, elle ne constitue pas un recensement précis et ne représente pas des équivalents temps plein mais un nombre d'individus.

5. Recommandations et conclusions

Une grande partie des pathologies relevant d'une sous-discipline peut être très bien prise en charge par les pédiatres généralistes. C'est pourquoi un pédiatre porteur d'une compétence doit être considéré comme référent dans le cadre de la prise en charge de cas complexes. Les pédiatres porteurs d'une compétence dans une sous-spécialité à caractère pédiatrique doivent être disponibles pour plusieurs centres de soins. Les pédiatres sous-spécialistes doivent consacrer une partie substantielle de leur activité à la pédiatrie générale.

En conséquence, il faut garantir la polyvalence des pédiatres sous-spécialistes et ne pas déformer l'activité hospitalière. La continuité des soins doit être étudiée et les gardes doivent être mieux organisées.

L'étude recommande par ailleurs de ne pas créer des commissions d'agrément pour chaque sous-discipline et de conférer à la Commission d'agrément de pédiatrie plusieurs missions: valider le choix des sous-disciplines et la proposition de schéma de formation, reconnaître et agréer des centres de formation, agréer des maîtres de stage et émettre des procédures d'introduction de plan de stage.

La revalorisation de certaines prestations concernant les honoraires de surveillance a permis de compenser la diminution due à la réduction du nombre et de la durée de l'hospitalisation classique. Cependant, les pédiatres hospitaliers sont parmi les spécialistes ayant les revenus les plus bas. L'analyse de la démographie nécessite les données du cadastre. Les données de l'INAMI à elles seules sont insuffisantes. La création officielle de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation provisoire et les

de daaraan gekoppelde honoraria, is cruciaal voor de toekomst van de ziekenhuispediatrie. Er is nood aan een betere materiële en personele invulling van die ziekenhuispediatrie.

De pediatrische eerstelijnszorg door de huisartsen moet worden verbeterd. Slechts 30% van de kinderartsen in opleiding betonen interesse voor een praktijk in een ziekenhuis. Als die tendens zich doorzet, zal in 2025 51,4% van de ziekenhuispediaters 50 jaar en ouder zijn. De op competenties gebaseerde erkenning van pediatrische disciplines is een *must*, wil men patiëntjes die dringend pediatrische verzorging nodig hebben beter kunnen behandelen.

B. Gedachtewisseling met de leden

De heer Jean-Jacques Flahaux (MR) wenst te vernemen wat de concrete gevolgen zijn van het ontbreken van enige accreditering, wanneer men minder dan 1.000 prestaties per jaar kan voorleggen. Volgens hem schuilt er een tegenspraak in de inkomensklachten van de kinderartsen die dat aantal niet halen: hoewel ze minder presteren dan in het verleden, willen ze meer verdienen.

De vervrouwelijking van het beroep zal zich doorzetten. Het in dat raam aangehaalde vraagstuk van de wachtbeurten is niet eigen aan de kindergeneeskunde. In hoeverre zijn de voorgestelde oplossingen bruikbaar? De beroepsactiviteit van de kinderartsen krijgt almaar meer een sociale invulling. Heeft dat met de vervrouwelijking te maken?

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) brengt in herinnering dat ze een update wenst van de studie «Cannoodt-Casaer», teneinde de normen en de criteria voor de erkenning van de pediatrische diensten in de ziekenhuizen beter te kunnen evalueren. Dit onderzoek leert dan weer dat er gemiddeld bijna zeven kinderartsen per dienst zijn. Kunnen daaruit conclusies worden getrokken of aanbevelingen worden gepuurd om terzake normen op te leggen?

Dit onderzoek kwam er op verzoek van de kinderartsen en beantwoordt aan hun verzuchtingen. De pediatrische behoeften van het kind staan er niet in centraal. De spreekster had liever gezien dat die behoeften ook tot de onderzoeksopdracht zouden hebben behoord. Of het nu gaat om het EACH-handvest dan wel om de studie «Cannoodt-Casaer», het zieke kind stond er centraal.

Dit onderzoek legt ook niet langer de klemtoon op de psychosociale begeleiding van het kind en gaat zelfs niet dieper in op de psychiatrische zorg in de strikte zin van het woord. Wat de liaisonpedopsychiatrie betreft,

honoraires y afférents sont cruciaux pour l'avenir de la pédiatrie hospitalière. Il est important d'améliorer l'encadrement matériel et humain de la pédiatrie hospitalière.

La prise en charge des patients pédiatriques de première ligne par les généralistes doit être améliorée. La pratique hospitalière exclusive n'attire que 30% des pédiatres en formation. À comportement constant, en 2025, la pédiatrie hospitalière comptera 51,4% de pédiatres âgés de 50 ans et plus. La reconnaissance, sous forme de compétences, des disciplines à caractère pédiatrique est impérative pour une meilleure prise en charge des patients pédiatriques aigus.

B. Échange de vues avec les membres

M. Jean-Jacques Flahaux (MR) voudrait connaître les conséquences concrètes de l'absence d'accréditation, en dessous de 1000 actes par an. Il estime contradictoire que des pédiatres, qui se situent en dessous de ce seuil, se plaignent de leurs revenus. Alors qu'ils prestent moins que par le passé, ils sollicitent une meilleure rémunération.

La féminisation va se poursuivre. Elle est liée à la problématique des gardes, ce qui n'est pas propre à la pédiatrie. En quoi les solutions proposées sont-elles convaincantes? Les pédiatres voient leurs activités évoluer dans un rôle plus social. Est-ce lié à la féminisation?

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) rappelle qu'elle demande l'actualisation de l'étude Cannoodt-Casaer pour mieux évaluer les normes et les critères de reconnaissance des services de pédiatrie dans les hôpitaux. L'étude apprend que le nombre de pédiatres par service tend vers sept. Permet-elle de tirer des conclusions ou de formuler des recommandations pour fixer des normes en la matière?

L'étude est réalisée à la demande des pédiatres et répond à leurs demandes. Les besoins pédiatriques des enfants ne sont pas l'élément central de l'étude. L'oratrice aurait voulu que ces besoins fassent partie du mandat de recherche. Qu'il s'agisse de la charte EACH ou de l'étude Cannoodt-Casaer, l'enfant malade restait au centre des préoccupations.

L'étude ne met pas non plus l'accent sur le suivi psychosocial de l'enfant, sans même aller jusqu'aux soins psychiatriques au sens strict. Même dans la psychiatrie pédiatrique de liaison, ce suivi ne paraît pas une priorité.

lijkt die begeleiding al evenmin een prioriteit. Steeds meer wordt – onder andere in de Nederlandstalige pers – gewezen op het tekort aan opvangplaatsen in de pediatrie psychiatrie. Ook dat aspect komt in het onderzoek niet aan bod.

De heer Jacques Otlet (MR) had ook liever gewild dat het onderzoek informatie zou verschaffen over de behoeften op het stuk van pediatrie ziekenhuiszorg, zoals de inleiding van het onderzoek overigens deed uitschijnen.

De meeste kinderartsen werken graag in verschillende werkomgevingen. Die professionele belangstelling valt te begrijpen, maar wellicht schuilt daar toch een noodzaak of een financieel belang achter. Kan een raming worden gemaakt van het ideale aantal voltijdse equivalenten om te kunnen voorzien in een behoorlijk functionerende pediatrie ziekenhuisbegeleiding? Welk loon moet daar tegenover staan?

Voorzitter Muriel Gerken valt het op hoezeer de kinderartsen evolueren naar artsen met algemene competenties. Bepaalde aandoeningen vergen van de arts niet dat hij of zij gespecialiseerd is. Bestaat in dat verband geen wijdverbreide perceptie dat men voor een ziek kind altijd naar een kinderarts stapt? Als dat zo is, wat de spreekster overigens vermoedt, dan kunnen we ook niet om de vaststelling heen dat de kinderartsen weigeren bepaalde taken op zich te nemen die doorgaans de huisartsen toekomen (wachtbeurten, huisbezoeken enzovoort), wat niet billijk is.

De spreekster deelt de bekommelingen van de twee vorige sprekers en heeft niet de indruk dat de kinderartsen expliciet begaan zijn met een optimale begeleiding van de kinderen in een ziekenhuisomgeving.

Wat is het respectieve aandeel van de prestaties die worden geleverd door de geconventioneerde en de niet-geconventioneerde kinderartsen?

Zonder al deze aspecten (werktijd in het ziekenhuis, privé - kabinetten voor «kinderhuisartsen», de vrijheid van barema's voor niet-geconventioneerde artsen, algemeen tekort aan kinderartsen of enkel aan ziekenhuisartsen), is het moeilijk om het zorgaanbod overeenkomstig de noden van kinderen te organiseren.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) hoort kinderartsen wel eens bepleiten dat de huisartsen een betere opleiding in de pediatrie zouden moeten krijgen, om aldus de thuisverzorging te verbeteren. Bijgevolg rijst de vraag of er geen nood is aan een specifieke RIZIV-nomenclatuur voor pediatrie zorg die door huisartsen wordt verleend. Dat alles vergt wel voorafgaand overleg

On pointe de plus en plus, entre autres dans la presse néerlandophone, un manque de place d'accueil en psychiatrie pédiatrique. Ceci non plus n'est pas pris en considération dans l'étude.

M. Jacques Otlet (MR) aurait lui aussi voulu que l'étude fournisse des informations sur les besoins en soins hospitaliers pédiatriques, comme d'ailleurs le préambule de l'étude semblait le proposer.

La plupart des pédiatres apprécie de travailler dans plusieurs milieux. On peut comprendre l'intérêt professionnel, mais sans doute existe-t-il derrière ce phénomène une nécessité ou un intérêt financier. Une estimation peut-elle être proposée de la norme d'encadrement idéale en équivalent temps plein pour la pédiatrie hospitalière? À quel revenu ceci correspondrait-il?

Mme Muriel Gerken, présidente, est frappée par la transformation des pédiatres en généralistes. Certaines affections ne nécessitent pas nécessairement une spécialisation. N'existe-t-il pas une perception, assez fortement généralisée, qu'un patient enfant appelle toujours l'intervention d'un pédiatre? Si tel est le cas, ce que pense l'oratrice, on doit aussi constater que les pédiatres refusent de se voir imposer les charges usuellement assumées par les généralistes (gardes, déplacements à domicile, etc.), ce qui n'est pas équitable.

L'oratrice se joint aux interrogations des deux précédents orateurs et ne sent pas chez les pédiatres une préoccupation explicite d'assurer un encadrement optimal des enfants qui se retrouvent dans une structure hospitalière.

Quelle est la part des prestations réalisées par les pédiatres entre les conventionnés et les non conventionnés?

Sans toutes ces dimensions (temps de travail en hôpital, cabinets privés à tendance «pédiatre généraliste», liberté de barèmes des non-conventionnés, pénurie de pédiatres en général ou en hôpital seulement), il est difficile d'organiser au mieux l'offre de soins correspondant aux besoins des enfants.

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) entend parfois des pédiatres affirmer que les médecins généralistes devraient être mieux formés dans la pediatrie afin d'améliorer les soins à domicile. La question se pose alors de savoir s'il ne faudrait pas une nomenclature INAMI spécifique pour les soins pédiatriques assumés par les généralistes. Tout ceci ne pourrait se faire sans

met de huisartsen. Toch kan het een manier zijn om de ziekenhuispediatrie aantrekkelijker te maken.

Professor-dr. Alain De Wever stipt aan dat heel wat – inzonderheid vrouwelijke – kinderartsen kiezen voor een – nogal beperkte – activiteit die voornamelijk op de ambulante verzorging is toegespitst. Die keuze valt te vergelijken met deeltijdwerk. Die kinderartsen vragen niet noodzakelijk een betere betaling, maar wel meer levenskwaliteit.

Het feit dat kinderartsen met een beperkte activiteit hun accreditering mislopen, heeft tot gevolg dat zij geen aanspraak maken op identieke honoraria, maar ook dat zij niet noodzakelijk bijscholingen of seminars moeten volgen.

De kinderartsen nemen een deel van het cliëntèle van de huisartsen over – althans veeleer de patiënten die pediatrie eerste lijnszorg nodig hebben. Overigens wordt die zorg 's nachts door de huisartsen verstrekt. Het zorgaanbod qua ambulante pediatrie zou beter kunnen worden georganiseerd. Sommige kinderartsen weigeren 's nachts gestoord te worden, terwijl eerste lijnsartsen weigeren continue pediatrie thuisverzorging te verstrekken.

Verschillende internationale wetenschappelijke studies tonen aan dat de vrouwelijke artsen veel meer tijd aan de patiënten, inzonderheid aan de kinderen, besteden. Die tijd wordt gebruikt om psychosociale problemen op te lossen. Heel wat vrouwelijke kinderartsen vinden het belangrijk een link te leggen met de pedopsychiatrie.

Het onderzoek was besteld door de voorganger van de minister, nadat de kinderartsen hun eisen kenbaar hadden gemaakt. De Belgische Academie voor Kindergeneeskunde had om die studie verzocht. Dat lijkt de reden te zijn waarom de behoeften inzake pediatrie niet nader werden onderzocht. Een nieuwe versie van de studie «Cannoodt-Casaer» kan nuttig zijn om het overzicht op deze aangelegenheid aan te vullen, zonder dat de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde daar noodzakelijk bij moet worden betrokken.

De spreker herinnert eraan dat de voorgestelde cijfers betrekking hebben op eenheden, niet op voltijdse equivalenten. Alleen een kadaster kan tot betere begeleidingsnormen leiden. De kinderartsen zijn trouwens net rond met een enquête, die de aanzet tot een kadaster van de pediatrie beroepen kan vormen. Volgens de spreker zijn voor een gedegen pediatrie formatie ten minste vier voltijdse equivalenten nodig.

une concertation préalable avec les généralistes. Toutefois, il pourrait s'agir d'une piste pour rendre la pédiatrie hospitalière plus attractive.

M. Prof. Dr. Alain De Wever remarque que nombre de pédiatres, spécialement de sexe féminin, font le choix d'avoir une activité essentiellement ambulatoire assez réduite en nombre. Ce choix est comparable au travail à mi-temps. Ces pédiatres ne demandent pas nécessairement une augmentation de leurs revenus, mais bien une augmentation de leur confort de vie.

L'absence d'accréditation, qui touche les pédiatres dont l'activité est réduite, implique qu'ils n'ont pas droit à des honoraires identiques, mais aussi qu'ils ne doivent pas nécessairement suivre des activités de recyclage ou de séminaire.

Les pédiatres prennent une part de la patientèle des généralistes en assurant des prestations pédiatriques qui relèveraient plutôt de la première ligne. D'ailleurs, la nuit, ces prestations sont assurées par les médecins généralistes. L'offre de soins en pédiatrie ambulatoire pourrait être mieux organisée. Certains pédiatres refusent de se déranger la nuit. Des médecins de première ligne refusent de prendre en charge des soins pédiatriques continus à domicile.

Plusieurs études scientifiques internationales démontrent que les femmes consacrent bien plus de temps aux malades, particulièrement aux enfants. Ce temps est mis à profit pour résoudre les problèmes psychosociaux. Beaucoup de femmes pédiatres consacrent du temps à la liaison avec la pédopsychiatrie.

L'étude a été demandée par le prédécesseur de la ministre, à la suite de revendications de pédiatres. L'Académie de pédiatrie l'a demandée. C'est la raison pour laquelle les besoins de pédiatrie semblent inexplorés. Une nouvelle version de l'étude Cannoodt-Casaer pourrait utilement compléter la vue d'ensemble, sans passer nécessairement par l'Académie de pédiatrie.

L'orateur rappelle que les chiffres proposés concernent des unités et non des équivalents temps plein. Seul le cadastre permettra de définir les meilleures normes d'encadrement. Les pédiatres eux-mêmes viennent toutefois de terminer une enquête qui sont les prémisses d'un cadastre des professions pédiatriques. Selon l'intervenant, le taux d'encadrement devrait au moins être égal à quatre pédiatres en équivalents temps plein.

In verband met een opmerking van *de heer Luc Goutry (CD&V)* erkent *professor Alain De Wever* dat dit cijfer in de kleine ziekenhuisinstellingen niet wordt gehaald en pleit hij ervoor de diensten voor kindergeneeskunde bijeen te brengen. Dan zou het cijfer hoger zijn. Men zou dan ook makkelijker subspecialiteiten kunnen invullen. Met enige flexibiliteit zou het voor de minst bevolkte gebieden (met name de provincie Luxemburg) mogelijk moeten zijn over voldoende diensten voor kindergeneeskunde te beschikken en deze toegankelijk te laten blijven.

De band met de psychiatrie maakte helaas geen deel uit van de onderzoeksopdracht, hoewel die een aanzienlijke clientèle vertegenwoordigt. De kinderpsychiatrie is onderbemand. De kinderarts zou een verbindingsrol moeten spelen. In de praktijk stelt de spreker een zekere onverschilligheid van de kinderartsen vast, wat hij betreurt. Wellicht is dat toe te schrijven aan de opleiding van de kinderpsychiater, die hoofdzakelijk psychiatrisch gericht is. Er heerst een zeker onbegrip. Aangezien het aantal kinderpsychiaters beperkt is — ondanks de herziening van de *numerus clausus*-regeling —, is het moeilijk om over een echte voortzetting van de zorg te beschikken.

Het inkomen van de kinderarts is in België laag. Hij rekent in het algemeen geen bijkomend honorarium aan. Hij verricht weinig technische handelingen. De kinderartsen gaan niet makkelijk over tot eisen inzake opwaardering.

Aan *mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld)*, die vraagt of een vergelijking met de inkomens in het buitenland is uitgevoerd, antwoordt *professor Alain De Wever* negatief: er is hem in die zin geen enkele opdracht gegeven. Op dat punt is een andere studie mogelijk, aangezien de zijne dat punt niet moest uitdiepen.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) herhaalt dat de band met de behoeften aan kindergeneeskundige zorg ontbreekt.

De heer Luc Goutry (CD&V) steunt de vorige spreker. De eisen van de kinderartsen beantwoorden niet noodzakelijk aan de zorgbehoeften van de bevolking.

De door de spreker voorgestelde normen zijn niet aangepast aan een gebied zoals West-Vlaanderen. In die sterk bevolkte provincie bieden meer dan tien perifere ziekenhuizen kwaliteitsopvang voor de belangrijkste aandoeningen aan. Het is evenwel mogelijk dat ze voor de kindergeneeskundige afdeling niet beantwoorden aan de normen. Kindergeneeskunde is een van de basisdiensten van een ziekenhuis, vaak verbonden aan de kraamafdeling. De toegankelijkheid van de zorg zou in gevaar kunnen komen.

À la suite d'une intervention de *M. Luc Goutry (CD&V)*, *M. Alain De Wever* reconnaît que ce taux n'est pas rencontré dans les petites structures hospitalières et plaide pour rassembler les services de pédiatrie. Le taux serait alors plus élevé. Des sous-spécialités seraient aussi plus facilement rencontrées. Une certaine flexibilité devrait permettre aux régions les moins peuplées (notamment la Province de Luxembourg) de disposer de suffisamment de services pédiatriques et faire en sorte que ceux-ci restent accessibles.

La liaison avec la psychiatrie n'a malheureusement pas fait partie du mandat de recherche. Elle représente une clientèle importante. La pédopsychiatrie est en situation de sous-encadrement. Le pédiatre devrait jouer un rôle de liaison. Sur le terrain, l'orateur constate et déplore un certain désintérêt des pédiatres. Sans doute est-ce imputable à la formation du pédopsychiatre, principalement psychiatrique. Une certaine incompréhension prévaut. Le nombre de pédopsychiatres étant réduit, malgré la réforme du *numerus clausus*, il est difficile d'avoir une vraie continuité des soins.

Le revenu du pédiatre est bas en Belgique. Il n'a en général pas recours à l'honoraire supplémentaire. Il pose peu d'actes techniques. Les pédiatres ne revendiquent pas facilement des revalorisations.

À *Mme Yolande Avontroodt (Open Vld)*, qui demande si une comparaison des revenus a été réalisée avec l'étranger, *M. Alain De Wever* répond par la négative, aucun mandat de recherche en ce sens ne lui ayant été donné. Une autre étude pourrait être réalisée sur ce point, la sienne n'ayant pas vocation à épuiser le sujet.

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) répète qu'il lui manque le lien avec les besoins en soins pédiatriques.

M. Luc Goutry (CD&V) appuie la précédente oratrice. Les revendications des pédiatres ne répondent pas nécessairement à des besoins en soins de la population.

Les normes proposées par l'orateur ne sont pas adaptées à une région telle que la Flandre occidentale. Dans cette province très peuplée, plus de dix hôpitaux périphériques proposent un accueil de qualité pour les principales pathologies. Ceux-ci pourraient toutefois ne pas répondre aux normes pour les services pédiatriques. La pédiatrie est un des services de base d'un hôpital, souvent lié à la maternité. L'accessibilité aux soins pourrait être mise en péril.

Kinderziekten zijn niet in die mate specifiek dat zij een behandeling door een subspecialiteit vergen. Op die wijze dreigt men de zorgkwaliteit te benadelen.

*Voorzitter Muriel Gerken*s is van mening dat om beter aan de zorgbehoeften te beantwoorden, men de kinderartsen ertoe zou moeten aanzetten hun werktijd te verhogen. Dat zal niet mogelijk zijn zonder hun instemming.

De heer Jacques Otlet (MR) en *de heer Luc Goutry (CD&V)* vragen een raming van het bruto jaarinkomen dat de kinderarts «behoorlijk» zou vinden, bij voltijdse arbeid.

Professor Alain De Wever vindt dat men dit inkomen op 200.000 euro (bruto) per jaar zou kunnen brengen, door die verhoging te verbinden aan strikte verplichtingen. Een groot gedeelte van dat bedrag gaat op in kosten. Een radioloog verdient per jaar minstens 250.000 euro bruto.

*Voorzitter Muriel Gerken*s vraagt of de kinderartsen rekening houden met de verpleegsters en de andere medische beroepen waarbinnen ook specialismen van kindergeneeskunde worden ontwikkeld.

Professor Alain De Wever verwijst naar zijn uiteenzetting en legt de nadruk op de wil van de kinderartsen om te komen tot een verbetering van de begeleiding en de opleiding van de begeleidende beroepen. Ook de wil om in teamverband te werken werd onderstreept. België is in dat debat enigszins achterop geraakt.

*
* *

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) erkent het nut van het onderzoek van de FOD, maar stelt niettemin vast dat er een andere benadering wordt voorgestaan dan in de studie «Cannoodt-Casaer», over de kwaliteits- en erkenningsnormen. De spreekster handhaaft bijgevolg haar verzoek nr. 1.

Verzoek nr. 2

Verzoek nr. 2 vraagt de regering door een op te richten College voor pediatrie een actieplan te laten opmaken voor de zorg voor het kind in het ziekenhuis en dit in overleg met de huisartsen.

De vertegenwoordiger van de minister onderstreept dat in de oprichting van een «College voor pediatrie» is voorzien in de normen voor de erkenning van het zorgprogramma voor kinderen, krachtens het koninklijk

Les pathologies des enfants ne sont pas à ce point spécifiques qu'elles justifieraient d'être traitées par une sous-spécialité. On risque de cette manière de nuire à la qualité des soins.

*Mme Muriel Gerken*s, présidente, estime que, pour mieux rencontrer les besoins de soins, il faudrait amener les pédiatres à augmenter leur temps de travail. Ceci ne pourra se faire sans obtenir leur adhésion.

M. Jacques Otlet (MR) et *M. Luc Goutry (CD&V)* demandent une estimation du revenu annuel brut que le pédiatre jugerait «convenable», en équivalent temps plein.

M. Prof. Dr. Alain De Wever estime qu'on pourrait porter ce revenu à 200.000 euros bruts par an, en liant cette augmentation à des obligations strictes. Sur ce montant, une grande proportion part dans les frais. Un radiologue touche au moins 250.000 euros bruts par an.

*Mme Muriel Gerken*s, présidente, demande si les pédiatres prennent en considération les infirmières et les autres professions médicales au sein desquelles se développent aussi des spécialisations en pédiatrie.

M. Prof. Dr. Alain De Wever renvoie à son exposé et souligne la volonté des pédiatres d'améliorer l'encadrement et la formation des professions d'encadrement. La volonté de travailler en groupe a aussi été soulignée. La Belgique est un peu en retard dans ce débat.

*
* *

Même si elle reconnaît l'utilité de l'étude du SPF, *Mme Yolande Avontroodt (Open Vld)* constate qu'elle privilégie une approche différente de celle de l'étude Cannoodt-Casaer, sur les normes de qualité et de reconnaissance. L'oratrice maintient en conséquence sa demande n° 1.

Demande n° 2.

La demande n° 2 vise à charger un Collège de la pediatrie à élaborer un plan d'action relatif aux soins à dispenser aux enfants hospitalisés, et ce, en concertation avec les médecins généralistes

Le représentant de la ministre souligne que la création d'un Collège de pediatrie est prévue dans les normes d'agrément du programme de soins pour l'enfant, en vertu de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes

besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie «chirurgische daghospitalisatie» moet voldoen om te worden erkend.

De samenstelling van dit College is nog niet vastgesteld. Aan de Academie voor Kindergeneeskunde werd immers gevraagd voorstellen in verband met die samenstelling uit te brengen. Er wordt nog op hun antwoord gewacht. Zodra dit advies binnen is, zullen maatregelen worden getroffen om het College zo spoedig mogelijk samen te stellen.

Van de colleges van geneesheren-specialisten wordt verwacht dat zij, volgens de diensten onder hun respectieve bevoegdheid, actief deelnemen aan de kwalitatieve evaluatie van de ziekenhuisgeneeskunde, met name via de bepaling van indicatoren.

De minister kan er voorts mee akkoord gaan dat onder de prioritaire taken van het op te richten «College voor pediatrie» de opstelling voorkomt van een actieplan voor kinderen in het ziekenhuis. Men kan er ten slotte op wijzen dat het College ook zal moeten optreden in het kader van de opvolging van de multidisciplinaire handboeken aangaande de zorg voor het in het ziekenhuis opgenomen kind.

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s. dient amendement nr. 2 (DOC 52 0482/002) in, dat ertoe strekt de vermelding weg te laten dat het College voor pediatrie nog moet worden opgericht. Daarin is immers voorzien in de erkenningsnormen van het zorgprogramma voor kinderen. De samenstelling ervan zal worden vastgesteld op grond van de voorstellen van de Academie voor Kindergeneeskunde.

Voorzitter Muriel Gerkens stelt een technische correctie voor: zij wil de vermelding «een College voor pediatrie» vervangen door de vermelding «het College voor pediatrie». Als het al is ingesteld, is het immers bepaald.

De commissie neemt de voorgestelde technische correctie eenparig aan.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) herinnert eraan dat zij de instelling van het College voor pediatrie verdedigt. De rol ervan is te zorgen voor de organisatie van *peer control* en de bepaling van kwaliteitscriteria. De spreker vertolkt het standpunt van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, die tegen het

auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour» pour être agréée.

La composition de ce collège n'a pas encore été arrêtée. L'Académie de Pédiatrie a en effet été sollicitée pour émettre des propositions quant à la composition du Collège. Sa réponse est attendue. Dès réception de cet avis, des mesures seront prises pour que ce Collège soit rapidement constitué.

Les Collèges de médecins spécialistes sont appelés à prendre une part active dans l'évaluation qualitative de médecine hospitalière, en fonction des services relevant de leurs compétences respectives, notamment via la définition d'indicateurs.

La ministre peut par ailleurs marquer son accord pour que, parmi les missions prioritaires du Collège de pédiatrie à créer, figure l'élaboration d'un plan d'action pour les enfants hospitalisés. On peut enfin relever que le Collège est également appelé à intervenir dans le cadre du suivi des manuels pluridisciplinaires relatifs à la prise en charge de l'enfant hospitalisé.

Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts introduisent un amendement n° 2 (DOC 52 482/002) en vue de supprimer la mention que le Collège de Pédiatrie doit encore être créé. En effet, il est prévu dans les normes d'agrément du programme de soins pour l'enfant. Sa composition sera arrêtée suite aux propositions de l'Académie de Pédiatrie.

Mme Muriel Gerkens, présidente, propose la correction technique de remplacer la mention «un Collège de Pédiatrie» par la mention «le Collège de Pédiatrie». En effet, s'il est déjà institué, il est déterminé.

La commission adopte à l'unanimité la correction technique proposée.

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) rappelle qu'elle défend l'institution du Collège de Pédiatrie. Son rôle est d'organiser un contrôle par les pairs et de fixer des critères de qualité. L'oratrice se fait l'écho du Conseil national des établissements hospitaliers, qui s'est opposé à l'arrêté royal précité du 13 juillet 2006 et l'a estimé

voornoemde koninklijk besluit van 13 juli 2006 is en het niet toepasselijk acht. Zou het College niet buiten de context van dat koninklijk besluit moeten worden ingesteld?

De vertegenwoordiger van de minister betwist dat het koninklijk besluit niet toepasselijk zou zijn. Het besluit is er precies gekomen als gevolg van het rapport Cannoodt-Casaer. De oprichting van het College volgt uit artikel 33 van dat besluit. Het koninklijk besluit is op 1 januari 2007 in werking getreden. Niets belet dat er naast de al in die bepaling voorkomende taken aanvullende taken worden toegevoegd, met name door in een actieplan voor het in het ziekenhuis opgenomen kind te voorzien.

Het ministerieel besluit tot vaststelling van het aantal leden van het College voor pediatrie zal eerstdaags worden bekendgemaakt. De oproep tot de kandidaten heeft in april plaatsgehad. De eerste vergadering is gepland voor juli.

Verzoek nr. 3

Verzoek nr. 3 strekt er toe aan de regering te vragen een evaluatie op te maken van de toepassing van het EACH-charter in de Belgische ziekenhuizen, het nodige reglementair kader uit te werken om de implementatie van deze rechten van het kind in het ziekenhuis te realiseren en hiervoor voldoende financiële middelen uit te trekken.

De vertegenwoordiger van de minister deelt mee dat aan de meeste in het EACH-charter omschreven punten vorm is gegeven bij de erkenningsnormen van het zorgprogramma voor voormelde kinderen. Zo wordt de aanwezigheid van de ouders aangemoedigd, ook in de verkoeverkamer na een chirurgische ingreep (artikel 9), is er geen sprake van enige confrontatie tussen opgenomen kinderen en volwassenen (artikel 8), moeten aan de kinderen een speelruimte en een educatieve ruimte ter beschikking worden gesteld (artikel 16), moet er worden voorzien in een mogelijkheid tot «rooming in» (artikel 15), moeten de kinderen volgens hun leeftijd worden gegroepeerd, moeten er strenge normen voor medisch, verpleegkundig en paramedisch personeel worden ingesteld (spelbegeleiding en psychosociale ondersteuning, artikelen 21 e.v.) enzovoort.

De gemeenschappen en gewesten zijn bevoegd voor de controle op de toepassing van die normen. Er kan reeds op worden gewezen dat het jaarlijks statistisch ziekenhuisonderzoek (DG Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen), verscheidene gegevens over de toepassing van die normen bevat. Zodra het College

inapplicable. Le Collège ne devrait-il pas être institué hors du contexte de cet arrêté royal?

Le représentant de la ministre conteste que l'arrêté royal serait inapplicable. L'arrêté a été adopté justement ensuite du rapport Cannoodt-Casaer. La création du Collège se déduit de l'article 33 de cet arrêté. L'arrêté royal est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2007. Rien n'empêche d'ajouter des missions complémentaires par rapport à celles figurant dans cette disposition, notamment en fixant d'un plan d'action pour l'enfant hospitalisé.

L'arrêté ministériel déterminant le nombre de membres du Collège de pédiatrie est en voie de publication. L'appel à candidatures a été lancé en avril. La première réunion est prévue au mois de juillet.

Demande n° 3

La proposition vise à demander au gouvernement d'évaluer l'application de la charte EACH dans les hôpitaux belges, d'élaborer le cadre réglementaire nécessaire à la mise en oeuvre de ces droits de l'enfant hospitalisé et de dégager à cet effet des moyens financiers suffisants.

Le représentant de la ministre informe que la plupart des points décrits dans la charte EACH ont été traduits dans les normes d'agréments du programme de soins pour enfants précitées: présence des parents encouragée, et ce y compris dans la salle de réveil (après une intervention chirurgicale) (art. 9), absence de toute confrontation entre enfants et adultes hospitalisés (art. 8), obligation de mettre à disposition des enfants des espaces ludique et éducatif (art. 16), une salle de séjour pour les parents, possibilité de «rooming in» (art. 15), regroupement les enfants en fonction de leur âge, établissement de normes élevées en matière de personnel médical, infirmier et paramédical (accompagnement ludique et soutien psycho-social, art. 21 et s.), etc.

Le contrôle de l'application de ces normes est une compétence des communautés et régions. On peut déjà relever que l'enquête statistique hospitalière annuelle des hôpitaux (DG Organisation des Établissements de Soins) contient plusieurs données relatives à l'application de ces normes. Une évaluation de leur application

voor pediatrie is opgericht, zou het als een van zijn eerste taken kunnen worden opgedragen de toepassing ervan te evalueren.

Wat de aan de ziekenhuizen ter beschikking te stellen middelen betreft, zullen in beginsel dankzij de in verzoek nr. 1 bedoelde studie in beginsel denksporen kunnen worden uitgetekend om zulks te verwezenlijken. Doordat de behoeften ongelimiteerd zijn en de – jammer genoeg wél beperkte – financiële middelen daar niet op zijn afgestemd, rijst in dezen een schrijnend knelpunt. Er wordt tot de nodige logica opgeroepen: vragen bijkomende middelen voor gezondheidszorg uit te trekken, moet gepaard gaan met steun om de groeinorm van 4,5% te handhaven.

In verband met de uitvaardiging van bouwnormen impliceert de financiering van de infrastructuur dat de deelgebieden optreden.

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s. dient amendement nr. 3 (DOC 52 0482/002) in, dat tot vervanging van het verzoek nr. 3 strekt, met inachtneming van de institutionele bevoegdheidsverdeling. De gemeenschappen zijn bevoegd voor de controle op de naleving van de normen.

Verzoek nr. 4

Verzoek nr. 4 betreft de herwaardering van de pediatrie en meer in het bijzonder de ziekenhuispediatrie, onder meer door een apart statuut van de ziekenhuispediater en een verhoging van het toezichtshonorarium.

De vertegenwoordiger van de minister verwijst naar de toelichting bij verzoek nr. 1.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) erkent dat al een herwaardering tijdens de vorige regeerperiode heeft plaatsgevonden. De spreekster dringt erop aan dat in verband met de toezichtshonoraria nog altijd wordt aangegeven dat ze moeten worden geherwaardeerd.

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s. dient amendement nr. 4 (DOC 52 0482/002) om bij de zinswending «werk te maken van de herwaardering» ook aan te geven dat zulks moet blijven gebeuren.

Verzoek nr. 5

Verzoek nr. 5 strekt ertoe een actieplan op te stellen om tegemoet te komen aan de steeds toenemende noden in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

pourrait être une des premières missions confiées au Collège de pédiatrie dès sa mise sur pied.

Quant aux moyens nécessaires à mettre à la disposition des hôpitaux, le rapport de l'étude mentionnée en demande n° 1 permettra en principe de dégager des pistes pour y parvenir. Le problème de l'inadéquation entre les besoins qui sont illimités, particulièrement en matière de prise en charge des enfants, et les moyens financiers qui, eux, ne le sont malheureusement pas, est ici criant. Un appel est lancé à la cohérence: demander de dégager des moyens supplémentaires en matière de santé doit aller de pair avec un soutien au maintien de la norme de croissance de 4,5%.

Pour ce qui concerne la prise de normes architecturales, le financement des infrastructures implique l'intervention des entités fédérées.

Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts introduisent un amendement n° 3 (DOC 52 482/002) en vue de remplacer la demande en tenant compte de la répartition institutionnelle des compétences. Le contrôle du respect des normes est de la compétence des communautés.

Demande n° 4

La demande n° 4 porte sur la revalorisation de la pédiatrie, en particulier de la pédiatrie hospitalière, notamment en octroyant un statut particulier au pédiatre hospitalier et en augmentant les honoraires de surveillance.

Le représentant de la ministre renvoie aux développements consacrés à la demande n° 1.

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) reconnaît qu'une revalorisation a déjà été opérée au cours de la précédente législature. L'oratrice insiste pour que les honoraires de surveillance soient encore toujours mentionnés comme devant être revalorisés.

Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts introduisent un amendement n° 4 (DOC 52 482/002) en vue de remplacer la mention qu'il faut «procéder» à la revalorisation par la mention qu'il convient de la «poursuivre».

Demande n° 5

La demande n° 5 visait à élaborer un plan d'action pour répondre aux besoins sans cesse croissants de la psychiatrie infanto-juvénile.

Op dit punt herinnert *de vertegenwoordiger van de minister* eraan dat in het kader van de Interministeriële Conferentie is besloten een inventaris op te maken van het huidige zorgaanbod voor die specifieke doelgroep van kinderen en adolescenten met psychiatrische problemen. In dat verband moet worden opgemerkt dat het zorgaanbod in de kinder- en jeugdpsychiatrie niet louter beperkt is tot de ziekenhuissector of tot de ziekenhuisbedden. Ook met het eerstelijnszorgaanbod en met de in de geestelijke gezondheidszorg actieve voorzieningen buiten de ziekenhuizen dient rekening te worden gehouden.

Voorts zij erop gewezen dat met de begroting 2009 terzake een aanvang is gemaakt. In de bijzondere categorie van intensieve behandelingseenheden voor kinderpsychiatrische zorgverstrekking werden niet minder dan zes nieuwe eenheden met «FOR K»-bedden opgericht die in totaal 48 bedden tellen (voor een budget van 4,6 miljoen euro).

Bovendien is in de studie over medicatie ter behandeling van psychische aandoeningen die werd toevertrouwd aan de professoren Dirk Deboutte van de Universiteit Antwerpen en Jean-Marie Maloteaux van de *Université catholique de Louvain* een heel hoofdstuk aan kinderen gewijd.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) pleit voor de handhaving van het verzoek. De Wereldgezondheidsorganisatie verdedigt het standpunt dat psychiatrie niet uit het ziekenhuis mag worden geweerd. Een al te sterke socialisering van psychiatrische patiënten is geen goed idee. Psychiatrische aandoeningen hebben naast een biologische component ook een sociale component. Dat geldt ook voor de kinderpsychiatrie.

Mevrouw Inge Vervotte (CD&V) zou niet willen dat voorbij wordt gegaan aan een visie op psychiatrische patiënten die hen ziet in hun biologische, sociale en psychologische context. De drie pijlers zijn even belangrijk. De psychiatrische sector evolueert naar een doeltreffende samenhang van de ambulante en de residentiële sector. De zorgcircuits en –netwerken zullen tegemoet komen aan een sterke evolutie tijdens de komende jaren. Die evolutie mag niet worden geschaad door het idee voor een complex, gestructureerd en alomvattend plan op te geven.

Voorzitter Muriel Gerkens erkent dat het naast het residentiële sector belangrijk is de ambulante jonge patiënten niet te vergeten. Deze eerste moet een uitzondering blijven want de doelstelling moet zijn de kinderen zoveel mogelijk thuis te verzorgen.

Sur ce point, *le représentant de la ministre* rappelle que, dans le cadre de la Conférence interministérielle, il a été décidé de réaliser un inventaire de l'offre actuelle en soins pour cette catégorie-cible particulière que constituent les enfants et les adolescents présentant des problèmes d'ordre psychiatrique. Il faut à ce titre remarquer que l'offre en soins en psychiatrie infanto-juvénile ne se limite pas au secteur hospitalier ou aux lits hospitaliers. L'offre de soins de première ligne tout comme les structures extrahospitalières actives dans la santé mentale doivent également entrer en ligne de compte.

Il faut par ailleurs relever que des premiers pas ont été réalisés dans le cadre du Budget de 2009. Pour la catégorie particulière que constituent les unités médico-légales de soins pédopsychiatriques, ce ne sont pas moins de 6 nouvelles unités de lits «FOR K», soit 48 places, qui ont été créées (pour un budget de 4,6 millions euros).

Par ailleurs, dans le cadre de l'étude sur la psychomédication confiée aux professeurs Dirk Deboutte de l'Université d'Anvers et Jean-Marie Maloteaux de l'Université catholique de Louvain, un volet entier est consacré aux enfants.

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) plaide pour le maintien de la demande. L'Organisation mondiale de la santé défend le point de vue que la psychiatrie ne peut être écartée de l'hôpital. Une trop grande socialisation des malades psychiatriques n'est pas une bonne idée. Les affections psychiatriques ont une composante biologique, outre la composante sociale. Ceci vaut aussi pour la psychiatrie infantile.

Mme Inge Vervotte (CD&V) ne voudrait pas qu'on omette une vision du patient psychiatrique qui le replace dans son contexte biologique, social et psychologique. Les trois piliers sont d'égale importance. L'évolution dans le secteur psychiatrique se dirige vers une cohésion efficace des secteurs ambulatoires et résidentiels. Les circuits et les réseaux de soins vont rencontrer une forte évolution dans les prochaines années. Il convient de ne pas nuire à cette évolution en abandonnant l'idée d'un plan complexe, structuré et global.

Mme Muriel Gerkens, présidente, reconnaît l'importance de ne pas oublier les jeunes patients suivis et accompagnés en ambulatoire au côté du secteur résidentiel. Celui-ci doit rester exceptionnel car l'objectif doit être de préserver les interventions en milieu de vie des enfants en familles.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) heeft hoegeenaamd geen moeite met de uitwerking van een plan dat ook rekening zou houden met de drie pijlers en met de andere plaatsen waar verzorging wordt verstrekt dan het ziekenhuis. Indien een kind in het ziekenhuis is opgenomen, moet de dienst die het opvangt aan kwaliteitsnormen voldoen en aan erkenningscriteria onderworpen zijn.

Mevrouw Inge Vervotte (CD&V) is er niet van overtuigd dat de bewoordingen waarin de verzoeken nr. 2 en nr. 5 zijn gesteld, duidelijk zijn omtrent de vraag of het plan al dan niet een alomvattende visie voorstaat. De verklaringen van de hoofddienster van het voorstel van resolutie zijn echter wel duidelijk.

Verzoek nr. 6

Verzoek nr. 6 is erop gericht de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon aan te passen aan de recente Europese beslissing die klinische proeven op kinderen mogelijk maakt.

De vertegenwoordiger van de minister constateert dat dit verzoek in de lijn ligt van een aantal punten die worden uiteengezet in het voorstel van resolutie betreffende geneesmiddelen voor kinderen (DOC 52 1708/001).

Kennelijk hebben onder impuls van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten terzake reeds contacten plaatsgevonden, meer bepaald met de leden van deze commissie, met het *European Medicines Agency/Paediatric Committee* (EMA/PDCO). Over een dergelijke aangelegenheid kan het Nationaal Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek om advies worden verzocht.

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) c.s. dient amendement nr. 5 (DOC 52 0482/002) in, dat ertoe strekt het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek om advies te verzoeken alvorens enige aanpassing in de wet van 7 mei 2004 door te voeren.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) stemt in met dat amendement.

De heer Jean-Jacques Flahaux (MR) wijst erop dat elke aanpassing van de wet een wetsvoorstel of een wetsontwerp in die zin zal vergen. Wie moet daartoe het initiatief nemen, het parlement of de regering?

Mevrouw Yolande Avontroodt (Open Vld) zal evalueren of het wenselijk is een wetsvoorstel in te dienen, mocht dat nodig zijn. Niets hoeft de aanneming te

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) n'a pas le moindre problème avec la confection d'un plan qui tiendrait également compte des trois piliers et des autres lieux de soins que l'hôpital. Si l'enfant est hospitalisé, alors le service qui l'accueille doit répondre à des conditions de qualité et être soumis à des critères d'agrément.

Mme Inge Vervotte (CD&V) n'est pas convaincue que le libellé des demandes n^{os} 2 et 5 était clair quant à la question de savoir si le plan promeut ou non une vision globale. Les déclarations de l'auteur principal de la résolution sont cependant claires.

Demande n° 6

Dans une demande n° 6, la proposition vise à adapter la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine en fonction de la récente décision européenne autorisant les essais cliniques sur des enfants.

Le représentant de la ministre constate que cette demande se rapproche d'éléments développés dans la proposition de résolution relative aux médicaments destinés aux enfants (DOC 52 1708/001).

Il semble que, sous l'impulsion de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, des contacts aient déjà été pris en la matière, notamment avec des membres de cette commission, avec le EMA/PDCO (*European Medicines Agency / Paediatric Committee*). Sur une telle question, le Comité national de bioéthique peut être appelé à rendre un avis.

Mme Marie-Claire Lambert (PS) et consorts introduisent un amendement n° 5 (DOC 52 482/****) contraignant à saisir, avant toute adaptation de la loi du 7 mai 2004, le Comité national de bioéthique d'une demande d'avis.

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) approuve cet amendement.

M. Jean-Jacques Flahaux (MR) relève que toute adaptation de la loi nécessitera une proposition ou un projet de loi en ce sens. Entre le parlement et le gouvernement, qui doit prendre l'initiative?

Mme Yolande Avontroodt (Open Vld) évaluera l'opportunité d'introduire une proposition de loi si la nécessité s'en fait sentir. Rien ne doit empêcher d'adopter la

verhinderen van het voorstel van resolutie, dat over een specifiek onderwerp gaat. Vaak beschikken de ministers over deskundige experts.

De heer Jean-Jacques Flahaux (MR) onderstreept hoe belangrijk het is dat het parlement zijn eigen bevoegdheden niet uit handen geeft.

Verzoek nr. 7

Verzoek nr. 7 strekt ertoe alle opleidingen geneeskunde en verpleegkunde aan te vullen met een vorming over contact met kinderen en kinderrechten.

De vertegenwoordiger van de minister en mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) beklemtonen dat het gaat om een met de deelgebieden gedeelde bevoegdheid. Desalniettemin is in dit kader een optreden van de federale overheid denkbaar.

IV. — STEMMINGEN

De consideransen A tot E, amendement nr. 1 tot invoeging van een considerans E/1, alsmede de consideransen F tot J worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Verzoek nr. 1, amendement nr. 2 tot wijziging van verzoek nr. 2, het aldus geamendeerde verzoek nr. 2, amendement nr. 3 ter vervanging van verzoek nr. 3, het aldus geamendeerde verzoek nr. 3, amendement nr. 4 tot wijziging van verzoek nr. 4, het aldus geamendeerde verzoek nr. 4, verzoek nr. 5, amendement nr. 5 tot wijziging van verzoek nr. 6, het aldus geamendeerde verzoek nr. 6, alsmede verzoek nr. 7 worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Er worden technische verbeteringen aangebracht.

Het gehele, aldus geamendeerde en verbeterde voorstel van resolutie wordt eenparig aangenomen.

De rapporteurs,

Sophie PÉCRIAUX
Katia della FAILLE
de LEVERGHEM

De voorzitter,

Muriel GERKENS

proposition de résolution, qui a un objet particulier. Les ministres disposent souvent d'experts de qualité.

M. Jean-Jacques Flahaux (MR) souligne l'importance que le parlement ne se dessaisisse pas de ses compétences propres.

Demande n° 7

La demande n° 7 vise à compléter toutes les formations en médecine et en art infirmier par une formation relative aux contacts avec les enfants et aux droits des enfants.

Le représentant de la ministre et Mme Marie-Claire Lambert (PS) soulignent qu'il s'agit d'une compétence partagée avec les entités fédérées. Une intervention du niveau fédéral peut toutefois se concevoir dans ce cadre.

IV. — VOTES

Les considérants A à E, l'amendement n° 1, qui introduit un considérant E/1, et les considérants F à J, sont successivement adoptés à l'unanimité.

La demande n° 1, l'amendement n° 2, qui modifie la demande n° 2, la demande n° 2 ainsi modifiée, l'amendement n° 3, qui remplace la demande n° 3, l'amendement n° 4, qui modifie la demande n° 4, la demande n° 4 ainsi modifiée, la demande n° 5, l'amendement n° 5, qui modifie la demande n° 6, la demande n° 6 ainsi modifiée et la demande n° 7 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Des corrections techniques sont apportées.

L'ensemble de la proposition de résolution, ainsi amendée et corrigée, est adopté à l'unanimité.

Les rapporteurs,

Sophie PÉCRIAUX
Katia della FAILLE
de LEVERGHEM

La présidente,

Muriel GERKENS