

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 11 AVRIL 2007

WOENSDAG 11 APRIL 2007

Après-midi

Namiddag

La séance est ouverte à 14.32 heures et présidée par Mme Colette Burgeon.

De vergadering wordt geopend om 14.32 uur en voorgezeten door mevrouw Colette Burgeon.

La **présidente**: Il semble qu'un accord soit intervenu pour que Mme Tilmans pose ses questions reprises aux points 16 et 42 de l'ordre du jour; ensuite nous aurons les questions de M. Verhaegen reprises aux points 44, 45, 51 et 55, suivies des questions de M. Ducarme et de M. Bacquelaine.

01 Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du laser dans le domaine médical et de l'esthétique" (n° 14534)

01 Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van de laser voor medische en esthetische doeleinden" (nr. 14534)

01.01 **Dominique Tilmans** (MR): Monsieur le ministre, je souhaite vous interroger sur les problèmes de l'utilisation du laser en matière esthétique. Vous le savez bien, cette technique est utilisée dans le domaine médical, et plus particulièrement esthétique, dans le traitement des vaisseaux et des lésions pigmentaires, ainsi que pour l'enlèvement de tatouages. Mais elle est aussi couramment utilisée pour l'épilation et lors de traitements destinés à rajeunir la peau. Le problème est qu'un grand nombre de personnes manipulent le laser sans aucune formation médicale, alors qu'il n'existe actuellement aucune législation à ce sujet.

Tout le monde est libre d'acheter un laser et de l'employer pour quelque traitement que ce soit. Son utilisation n'est pas dénuée de danger pour le patient. En effet, l'énergie administrée sur la peau et la gravité des effets secondaires potentiels dus à une mauvaise manipulation ne sont pas négligeables. Il existe évidemment des risques de lésion durable, de brûlure, mais aussi d'hyper et d'hypopigmentation cutanée.

Dès lors, nous pensons qu'une loi doit être rapidement adoptée, car la mise en place d'une formation et d'un contrôle est, bien sûr, nécessaire en ce domaine. En outre, les accidents et les dérives résultant de l'utilisation du laser sont encore trop nombreux et doivent être limités.

À la demande de votre cabinet, le Conseil supérieur d'Hygiène a rendu, le 18 octobre 2006, un avis relatif à l'impact sur la santé publique de l'utilisation du laser dans le cadre de l'épilation. Même si ce cas particulier ne peut pas être considéré comme un acte médical stricto sensu, le Conseil a précisé que cela n'excluait pas la nécessité d'un contrôle ni la définition d'un cadre et de conditions strictes quant à l'exercice de cette pratique.

Le Conseil supérieur d'Hygiène est également d'avis que les traitements épilatoires au laser peuvent être exécutés par un médecin compétent, par des tiers ayant bénéficié d'une formation particulière, sous la supervision et la responsabilité d'un médecin compétent et, enfin, par des professionnels du secteur paramédical et/ou spécialistes en soins esthétiques.

La mise en place de centres laser respectant certaines normes communes, un examen préalable du patient subissant une épilation au laser et une information concernant les risques potentiels du traitement et les solutions alternatives à envisager sont évidemment tout aussi importants.

Bien entendu, notre groupe rejoint l'avis du Conseil supérieur d'Hygiène et estime qu'un cadre légal doit être créé afin qu'une formation professionnelle officiellement reconnue pour l'utilisation du laser soit organisée et ce, non seulement pour l'épilation.

Nous ne pouvons pas continuer à laisser cette activité s'autoréguler sous la seule contrainte de chartes éthiques, étant donné que trop de dégâts sont constatés.

- Que vous inspire cet avis?
- Avez-vous déjà un projet concret de législation?
- Quels aspects et quelles mesures précises comptez-vous inclure dans le projet?
- Envisagez-vous d'accompagner cette législation par d'autres actions d'information et de prévention?

01.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, madame Tilmans, Mme De Meyer m'a posé une question sur le même thème ce matin. Les questions n'ont pas été jointes mais la réponse est identique.

Je connais bien la problématique de l'épilation au laser mais ne préjugez pas de l'état de ma tête pour en tirer des conclusions! Je connais des effets qui peuvent en résulter si celle-ci n'est pas effectuée dans des conditions optimales (qualité du matériel, qualité du prestataire, cadre des prestations). Pour ces raisons, j'ai effectivement demandé au Conseil supérieur d'Hygiène de se pencher sur cette problématique et de définir dans quelles conditions – je lui avais donné à cette fin un texte sur lequel il devait se prononcer – ces systèmes d'épilation au laser pouvaient être utilisés.

Le Conseil m'a remis son avis tout récemment. J'en partage globalement les conclusions, d'autant plus qu'il va dans le sens d'une normation plus ciblée et que cela rejoint en quelque sorte les demandes que vous formulez implicitement et explicitement dans votre texte.

Il est encore un peu tôt pour vous donner maintenant les mesures que nous allons prendre mais les conclusions du Conseil vont effectivement nous servir à rédiger le texte qui nous permettra de déterminer dans quelles conditions cet "art" peut être exercé.

01.03 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le ministre, j'entends bien que vous souhaitiez légiférer en la matière, en tout cas établir un contrôle et une formation aux utilisations du laser, conformément...

01.04 Rudy Demotte, ministre: Cela peut être une législation ou un accord-cadre avec la profession. On va voir quelles sont les modalités les plus précises. À mon sens, nous devons garantir que la sécurité sera acquise et que les conditions de santé publiques seront optimales. C'est tout.

01.05 Dominique Tilmans (MR): Et que le public soit informé en toute connaissance de cause. Je vous remercie, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils par résonance magnétique" (n° 14836)

02 Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de planning inzake de plaatsing van magnetische resonantietoestellen" (nr. 14836)

02.01 Dominique Tilmans (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, lors de l'élaboration du budget 2006, le gouvernement avait décidé de financer 40 appareils d'imagerie par résonance magnétique. Cette technologie de diagnostic est incontournable pour un nombre important de pathologies.

Cet élargissement de la programmation a fait l'objet de la publication de deux arrêtés royaux au Moniteur belge le 11 décembre dernier. Ces deux arrêtés sont entrés en vigueur le 21 décembre 2006. À cet effet, un budget supplémentaire de 14,8 millions d'euros sur base annuelle a été prévu.

Le pays comptera désormais 93 services agréés, soit 40 de plus que précédemment. En Wallonie, le nombre d'appareils sera augmenté de 10 pour passer de 27 à 37.

Les appareils sont attribués en fonction de règles basées sur le nombre d'admissions, qu'elles comportent ou non une nuitée. Les chiffres doivent être atteints soit durant l'année 2005, soit en moyenne au cours des années 2003, 2004 et 2005.

Compte tenu de cela et sous réserve du respect de la programmation, les hôpitaux seront servis dans l'ordre suivant:

- sont d'abord servis les hôpitaux qui ont réalisé dans les conditions requises un nombre de 25.000 admissions;
- viennent ensuite ceux qui ont réalisé un nombre annuel de 20.000 admissions;
- ensuite, les hôpitaux qui ont réalisé un nombre annuel de 35.000 admissions pourront obtenir un deuxième appareil;
- enfin, les hôpitaux ayant réalisé un minimum de 15.000 admissions pourront également prétendre à l'admission d'un service agréé.

Au sein de chaque tranche, les hôpitaux qui comptent le plus grand nombre d'admissions sont agréés en priorité. Toutefois, à partir de la deuxième tranche, celle des 20.000 admissions, les Communautés et Régions disposent d'un large pouvoir d'appréciation puisqu'elles peuvent par dérogation agréer des services admissibles "compte tenu du souci d'une meilleure répartition géographique et/ou de l'existence d'un besoin – en particulier pour ce qui concerne la nature et le volume des pathologies qu'ils traitent – relatif à cette activité."

Par ailleurs, les chiffres des différentes tranches peuvent être atteints par une association d'hôpitaux (un accord de coopération formalisé ne suffit plus). Dans ce cadre, les sites dont l'activité est la plus importante parmi chacun de ces hôpitaux doivent se trouver à une distance maximale de cinq kilomètres les uns des autres. Mais, l'arrêté royal précise que "l'autorité compétente en matière d'agrément peut octroyer une dérogation en ce qui concerne cette distance maximale dans le but d'une meilleure répartition géographique à condition que les hôpitaux qui font partie de l'association introduisent une demande motivée à cet effet."

Enfin, à titre exceptionnel et en vue d'une répartition géographique optimale – c'est important –, la RMN peut, sous certaines conditions et dans le cadre d'une association agréée, être installée à bord d'un véhicule stationné à l'hôpital.

À ce jour, près d'une vingtaine d'hôpitaux ou associations hospitalières ont formulé une demande d'agrément de la nouvelle RMN, ce qui représente quasi le double du nombre d'appareils pouvant être attribués en Région wallonne. Parmi ces demandes, il y a celles de l'IFAC à Marche et du CHA de Libramont, l'hôpital d'Arlon disposant déjà d'une RMN.

Ces deux hôpitaux comptabilisent chacun un peu plus de 16.000 admissions. Ils n'ont dès lors aucune chance de se voir attribuer un des dix appareils supplémentaires, à moins d'introduire une demande commune et à la condition que la ministre compétente de la Région wallonne fasse usage de l'exception à la distance des cinq kilomètres maximum qui est censée séparer les sites principaux des hôpitaux formant une telle association. Dans ce cas, un seul de ces deux hôpitaux pourra bénéficier de l'appareillage, ce qui ne résout rien en termes de santé publique sauf si l'appareil est installé à bord d'un véhicule qui stationnerait alternativement dans l'un et dans l'autre hôpital.

Vous conviendrez que cela ne constitue certainement pas une solution idéale d'autant plus que c'est largement plus onéreux et ce, pour répondre aux besoins de la population luxembourgeoise à l'égard d'une technique de diagnostic très utile et devenue tout à fait courante.

Quelles dispositions allez-vous prendre pour tenir compte, une fois de plus, de la situation spécifique de la province de Luxembourg? Par ailleurs, à quand, monsieur le ministre, l'établissement de normes qui prennent en compte les zones rurales au même titre que les zones urbaines?

02.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, madame la députée, lors de la rédaction des arrêtés royaux du 25 octobre 2006, l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers a été intégralement suivi et l'arrêté royal relatif aux normes d'agrément du RMN contient un certain nombre de critères, qui permettent de déterminer quel hôpital peut entrer en ligne de compte pour exploiter un appareil RMN. Il s'agit du système en cascade.

Une trop stricte application de ce système pourrait, toutefois, amener à une concentration d'appareils, ce qui

n'est pas votre souhait - votre question finale en atteste - dans une région déterminée, alors qu'une autre devrait précisément faire face à un manque de RMN, voire à l'absence de RMN. C'est la raison pour laquelle un certain nombre d'exceptions ont été prévues, afin qu'une répartition équitable de ces équipements puisse se faire.

Lors de l'application des critères, l'arrêté en question donne la compétence au ministre de l'entité fédérée, régionale ou communautaire, en fonction de ce que l'on appartient à la Communauté française ou flamande, de tenir compte de la préoccupation d'une meilleure répartition géographique et/ou de l'existence d'un bassin de soins organisé.

En outre, l'arrêté détermine que, pour les situations reprises, on peut admettre que plusieurs hôpitaux puissent répondre ensemble aux critères d'un système en cascade, afin que des hôpitaux plus petits, avec peu d'admissions, entrent également en ligne de compte pour l'exploitation d'une RMN.

Plusieurs hôpitaux se rassemblent dans une association, pour les cas de figure, dont le service d'imagerie médicale constitue l'objet même de l'association et dont les sites avec l'activité la plus importante se situent à moins de cinq kilomètres l'un de l'autre.

Tenant compte d'une meilleure répartition géographique, le ministre régional ou communautaire peut, toutefois, accepter une dérogation pour distance maximale à condition que les hôpitaux qui font partie de l'association en question introduisent une demande motivée, qui doit contenir un document, dans lequel les besoins régionaux seront précisés.

Dans les situations exceptionnelles et en vue de garantir l'accessibilité géographique la plus optimale, une RMN peut être installée à bord d'un véhicule stationné à côté d'un hôpital. Il s'agit des fameuses RMN mobiles.

Le service d'imagerie médicale de cet hôpital doit être agréé. Il doit être exploité dans le cadre d'une association. Le cas échéant, le véhicule dans lequel la RMN est installée peut se déplacer vers les sites de l'association à laquelle les hôpitaux appartiennent. Par conséquent, une RMN peut aussi desservir une région géographique plus importante.

Les hôpitaux qui souhaiteraient obtenir une autorisation d'exploitation d'une RMN mobile doivent simplement démontrer le besoin d'une telle exploitation au ministre régional et/ou communautaire compétent.

En conclusion, l'arrêté d'agrément contient – vous aurez pu le constater – suffisamment de possibilités pour pouvoir déroger aux critères d'attribution, dans le but d'assurer la meilleure répartition géographique possible et de répondre aux besoins en la matière.

02.03 Dominique Tilmans (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, la résonance magnétique mobile est effectivement une solution. Toutefois, je tiens à souligner que cette solution est beaucoup plus coûteuse en termes d'exploitation. Il est donc regrettable qu'elle s'adresse aux hôpitaux les plus petits, ceux qui connaissent souvent des difficultés financières. Il me semble donc qu'il s'agit là d'une solution boiteuse même si je reconnais qu'elle a le mérite d'exister.

Par ailleurs, il est fondamental que les personnes chargées d'établir les normes, que ce soit en matière d'enseignement, d'agrément, d'électricité, de santé, etc. modifient leur état d'esprit: elles établissent les normes en fonction des grands hôpitaux. Il n'est jamais tenu compte de la problématique de la ruralité.

Bien entendu, il faut veiller à résoudre les problèmes qui peuvent se poser dans les grandes villes, mais pourquoi se refuse-t-on à réfléchir aux problèmes auxquels sont confrontées les communes rurales? Il faut adapter les normes à leurs besoins.

Monsieur le ministre, je voudrais qu'à l'avenir - je sais bien que nous arrivons à la fin de la législature -, quand on établira des normes, on le fasse en tenant compte de la ruralité. Il faut absolument que les grandes villes et le monde rural soient traités sur un pied d'égalité.

02.04 Rudy Demotte, ministre: Je crains malheureusement que nous ne soyons pas d'accord, non pas sur les conclusions mais sur l'analyse, parce qu'on ne fixe pas les normes et les seuils en fonction du débat ruralité/urbanité. Vous me savez d'ailleurs beaucoup plus sensible, vu ma condition géographique, à la

question de la protection des petites zones rurales. On est là devant un débat qui n'est pas un débat normatif au sens du parlement ou du législateur, mais davantage au sens médical du terme.

Que voit-on? Quelque chose qui a d'ailleurs un caractère étrange pour les profanes: plus votre seuil d'activité est élevé, plus les résultats en termes médicaux sont bons. Je vais vous donner un exemple qui vous tient à cœur parce que vous êtes intervenue régulièrement sur ce thème. C'est la clinique du sein. Dans le cadre des cliniques du sein, on voit que plus la pratique est élevée, plus on réduit les risques de mortalité et les risques de morbidité.

Il y a une illusion que je ne veux pas donner aux régions rurales, celle d'ouvrir partout des services qui seraient malheureusement de mauvais services.

Comment faire alors et c'est la question qui se pose à nous aujourd'hui, à partir du moment où les seuils sont fixés non pas par le législateur mais souvent par de "l'evidence based medecine" pour que ces conclusions scientifiques ne se traduisent pas par un démaillage du territoire?

La seule façon d'y répondre, comme on y pense en cardiologie notamment, c'est d'ouvrir la porte à la dérogation. La dérogation ici est double. Il y a d'abord les scanners mobiles, avec évidemment un coût en rapport car ces RMN mobiles sont plus chers. Mais de toute manière, toute infrastructure dans un petit hôpital est relativement plus chère. Étant donné sa taille, l'acquisition de matériel s'avérera plus chère. C'est malheureusement un constat consubstantiel des petits hôpitaux.

Le deuxième élément, c'est qu'une autre dérogation est permise. Le ministre régional, si l'on parle de la Région wallonne, a dans sa boîte à outils la faculté de reconnaître des dérogations en termes de seuils, sur base de demandes motivées, mais également des distances géographiques. Je parlais, voici cinq ou dix minutes, des distances de moins de cinq kilomètres. Ce seuil-là également peut être, par dérogation, augmenté par les ministres régionaux, puisqu'ils ont la faculté de demander une dérogation. C'est un vrai débat.

Nous sommes dans un pays où les normes sont fixées au niveau fédéral, pour ensuite être appliquées par les entités fédérées. Je dois vivre avec cela, tout comme vous!

02.05 Dominique Tilmans (MR): Monsieur le ministre, ce débat est vraiment important. Vous avez raison, il y a des seuils d'activités et des seuils de résultats, notamment vis-à-vis des médecins qui recherchent un terrain suffisamment vaste pour pouvoir pratiquer. Il n'empêche qu'il importe de pouvoir permettre, en termes de normes, de penser aussi en termes d'efficacité. Nous sommes bien d'accord sur le fait qu'il ne faut pas des hôpitaux partout ni les mêmes services partout. Mais en termes de normes, il est très important de se pencher à l'avenir sur les régions rurales, où les problèmes existent. Je pense à l'urgence dans le cas de la province de Luxembourg: il y a des poches pour lesquelles il n'y a pas de réponse dans les quinze minutes.

Je plaiderai à l'avenir pour que des normes soient aussi pensées en termes de ruralité, comme elles le sont aujourd'hui en termes de grandes villes.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toegenomen kankerrisico door zonnebanken" (nr. 14854)

03 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque accru de cancer dû à l'utilisation de bancs solaires" (n° 14854)

03.01 Mark Verhaegen (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, de zomer staat voor de deur, zoals we ook merken aan het microklimaat in dit lokaal. Velen zoeken nu de zonnebank op, vooral dan mensen met een bleke huid. Ik wil het even hebben over een verontrustende conclusie van een recent wetenschappelijk onderzoek, waaruit blijkt dat de kans op huidkanker bij een hedendaagse zonnebank, de zogenaamde turbozonnebank van het UV-4 type, met factor 2,7 zou verhogen ten opzichte van een model van een tiental jaren geleden. Dit zonnekanon zou de huid sneller en langduriger een bruine kleur bezorgen, maar tegelijkertijd ook te veel UVB uitstralen en hierdoor ook kankerverwekkend zijn.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van de schadelijkheid van dit type zonnebanken? Moeten hier

restricties worden ingevoerd die de gezondheid van de gebruiker beschermen? Zo ja, welke? Bent u van oordeel dat zonnebankuren uit voorzorg bijvoorbeeld maximaal dienen voorkomen te worden, afhankelijk van het huidtype? Een lichter huidtype is uiteraard veel gevoeliger dan een donker type. Bent u zinnens om een voorafgaand bezoek aan de dermatoloog aan te bevelen?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verhaegen, ik ben er inderdaad van op de hoogte dat de ultravioletstraling van zonnebanken het risico op huidkanker kan verhogen. Volgens een advies aan de Europese Commissie van het wetenschappelijk comité voor verbruiksgoederen, het Scientific Committee on Consumer Products of SCCP, dat in juni 2006 gepubliceerd werd, zou het gebruik van het toestellen met ultravioletstraling, zonnelampen en zonnebanken om om esthetische redenen een bruin kleurtje te krijgen en te behouden, waarschijnlijk het risico op een kwaadaardig melanoom van de huid verhogen. Ik beschouw het als een hoge prioriteit de consumenten over de aanbevelingen van het rapport te informeren.

De Commissie zal in samenwerking met de Europese Vereniging van Dermatologen, een beleidsfiche in alle officiële talen van de Europese Unie voorbereiden om het publiek te sensibiliseren over de risico's en de consumenten te helpen bepalen of zij een gevaar lopen.

De Commissie zal ook aan het Normalisatieorgaan vragen om UV-grenzen in de productnormen te introduceren en om de relevante norm te wijzigen, rekening houdend met de aanbevelingen.

Ten slotte zal de Commissie richtlijnen voor de industrie en voor de consumenten uitwerken. Ik ben inderdaad van oordeel dat uit voorzorg initiatieven dienen genomen te worden. Zodra de Europese richtlijnen beschikbaar zijn, zullen ook in België maatregelen kunnen worden genomen.

03.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de minister, wij zijn van oordeel dat ook hier het voorzorgsprincipe moet worden gehanteerd. Ik pleit dus zeker niet voor een overdreven reactie, maar wel voor een zakelijke aanpak. Ik ben overtuigd dat het op die manier zal gebeuren. Dat is ook de beste werkwijze.

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

04 **Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische gevolgen van het falend beleid inzake contraceptiva en zwangerschapsafbrekingen" (nr. 14855)**

04 **Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences médicales de l'échec de la politique en matière de contraceptifs et d'interruptions de grossesse" (n° 14855)**

04.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, door de wet van 3 april 1990, nu al ruim zeventien jaar geleden, is de strafwet in het kader van de zwangerschapsafbreking onder bepaalde voorwaarden gewijzigd. Die wet schrijft het duidelijk formuleren en doornemen van een alternatief voor abortus voor. Er schort heel wat zo heb ik begrepen van een aantal mensen op het terrein. Een aantal abortuscentra zou die voorwaarden niet echt vervullen. Er zouden zelfs een aantal centra zijn die de bedenktijd van zes dagen, alvorens over te gaan tot abortus, willen laten vallen, en zo meer.

Het feit dat het aantal zwangerschapsafbrekingen blijft toenemen ondanks meer dan dertig jaar constante propaganda voor contraconceptie, pil- en condoomcampagnes en recent ook de invoering van de gratis verspreiding van de morning-afterpil, wijst toch op een zeker falen van al die acties.

Het aantal abortussen is met 25% gestegen ten opzichte van 1993, terwijl het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd, zo heb ik me laten vertellen, over dezelfde periode met 25% is afgenomen.

Vooral verontrustend is de stijging van abortus bij kinderen, bij seksueel minderjarigen. In vier jaar tijd is dat aantal toegenomen met 30%. Die groep gebruikt, zoals u weet, alleen het condoom als contraconceptivum, of helemaal niets.

Uit gegevens van Sensoa, die ik ingezien heb, blijkt dat het condoom faalt in gemiddeld 15% van de gevallen. Daarom moeten wij ons ook ernstige vragen stellen bij de aanmoediging van het condoomgebruik bij jongeren, vermits het falen ervan verantwoordelijk wordt geacht voor 40% van de abortussen in die

leeftijdsgroep.

Abortus provocatus stelt zich echter ook als een belangrijk medisch probleem. De correlatie tussen de zwangerschapsafbreking en de epidemische toename van borstkanker is al langer aangetoond, al vele jaren geleden. Het gegeven dat in een recent wetenschappelijk onderzoek uit verschillende bronnen wordt aangetoond, dat abortus op jonge leeftijd het risico van borstkanker op latere leeftijd sterk verhoogt, is voor mij ronduit verontrustend. Indien in een gewone populatie 1,5 op 1.000 vrouwen borstkanker krijgen, dan wordt dat bij vrouwen die abortus hebben ondergaan voor hun eerste voldragen zwangerschap al 2,25 op 1.000. Dat is een verhoogd risico van 150%.

Ander aspect is het fenomeen dat weinig in de openbaarheid wordt gebracht, de zelfmoordgedachte en ook zelfmoord na abortus. Ik verwijs daarvoor naar een Finse studie die gebeurde van 1987 tot 1994. Daaruit blijkt dat dit fenomeen niet te verwaarlozen is.

Reeds jaren worden veelal sociale redenen aangehaald voor zwangerschapsafbreking. De geneeskunde wordt eigenlijk ingeroepen om een sociaal probleem op te lossen. Wellicht kan de ondersteuning of stimulatie van echte gezinsstructuren de medische ingreep van abortus provocatus nog het beste terugdringen, vinden wij. Dat moet dan echter ook van overheidswege gesteund worden.

Ook dient de zelfdestructieve vrouw geholpen te worden om haar leven te veranderen en te waarderen. Zij moet aangemoedigd worden om haar leven en dat van haar ongeborn kind te koesteren. De banalisering van echtscheiding moet in die context toch ook ernstig in vraag gesteld worden. De beschermende factor van een huwelijk waarin communicatie en consensus bestaan, is manifest aanwezig en is een dam tegen de niet-geplande zwangerschap en alle gevolgen van dien.

Een belangrijke nieuwe aanbeveling van de huidige evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking, stelt dat alle energie gestoken moet worden in de introductie van het begrip "vruchtbaarheidsbewustzijn". Dat betekent dat elke opgroeiende tiener en a fortiori elke volwassen vrouw het recht maar ook de plicht heeft om zich van haar eigen vruchtbaarheid bewust te zijn. Ook jongens moeten beseffen dat zij een belangrijke rol te spelen hebben in de gemeenschappelijke vruchtbaarheid en dat zij hun verantwoordelijkheid nooit kunnen afschuiven.

Tot daar de lange inleiding op mijn vragen.

Ten eerste, is de minister op de hoogte van de grote toename van het aantal zwangerschapsafbrekingen? In het officieel abortuscijfer werd blijkbaar enkel rekening gehouden met het cijfer van de artsen. Is de minister er zich ook van bewust dat dit een onderrapportering betreft? Geven alle instellingen de gegevens vanuit hun facturatie wel aan? Is het mogelijk dat artsen bepaalde aangiften vergeten te doen? Welke sanctionering is hiervoor voorzien?

Ten tweede, is de minister op de hoogte van het gezondheidsrisico van abortus? Zo ja, welke concrete maatregelen heeft de minister genomen of kan hij nemen om hieraan paal en perk te stellen?

Ten derde, is de minister op de hoogte van de risico's op ongewenste zwangerschap van condoomgebruik en de gezondheidsrisico's van de morning-afterpil? Zo ja, op welke wijze zal dit het beleid kunnen beïnvloeden?

Ten vierde, is de minister op de hoogte van het dikwijls ontbreken van de door de wet voorziene opgave van de besproken alternatieven bij het rapporteren van de zwangerschapsafbrekingen? Zo ja, wat wordt hieraan gedaan?

Tenslotte, in hoeverre heeft de minister de aanbeveling van de evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking over het vruchtbaarheidsbewustzijn geïmplementeerd in het beleid?

04.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verhaegen, ten eerste, het klopt dat het aantal zwangerschapsonderbrekingen gestegen is. Die stijging is gedeeltelijk te verklaren door het grotere aantal meldingen. Ik heb namelijk vernomen dat er in de eerste jaren een zekere terughoudendheid bestond bij de artsen. De onzekerheid is met de jaren sterk verminderd. Niettemin blijft het nodig voortdurend inspanningen te doen op het vlak van de meldingen. Ik heb daar in deze legislatuur dan ook aandacht aan besteed.

Er werd mij niets gerapporteerd over een gebrekkige melding. De aangiften via facturatie volgen is geen optie. Er bestaat immers geen RIZIV-code voor zwangerschapsafbrekingen. De aangifte is verplicht voor de arts die de handeling uitvoert. De aangifte behoort tot de voorwaarden voor gedeeltelijke depenalisering waarin voorzien is in de wet. Zonder melding is de zwangerschapsafbreking strafbaar. Kortom, de niet-melding is strafbaar.

Ten tweede, u vraagt naar het risico. Geen enkele medische handeling is vrij van risico. Het risico bij zwangerschapsafbreking is evenwel lager dan bij een bevalling: 1,7 overlijdens op 100.000 zwangerschapsafbrekingen, tegenover 10 overlijdens op 100.000 geboorten. Dat belet natuurlijk niet dat de zeer grote meerderheid van zwangere vrouwen kiest voor bevalling.

Laten wij niet vergeten dat de clandestiene zwangerschapsafbreking veel gevaarlijker was. Het risico bedroeg daar 100 overlijdens op 100.000 clandestiene zwangerschapsafbrekingen. Ik heb niettemin verschillende maatregelen getroffen om de noodzaak toevlucht te nemen tot zwangerschapsafbrekingen te verminderen, bijvoorbeeld door de toegang tot de pil voor jongeren te verbeteren. Mijn diensten onderzoeken ook in het raam van de begroting 2007 de mogelijkheid om de toegang tot medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen te verbeteren. De morning-afterpil is immers nog veiliger dan de zwangerschapsafbreking door vacuümaspiratie.

Ten derde, het condoom is inderdaad zeker niet volmaakt doeltreffend. Niettemin is de promotie ervan essentieel, want het beschermt de mensen tegen seksueel overdraagbare ziektes. De specialisten bevelen dan ook het dubbel gebruik van pil en condoom aan bij risicogroepen, en meer bepaald bij jongeren.

De morning-afterpil vormt geen risico als zij op basis van progesteron alleen is.

Daarom is die methode te verkiezen en daarom zijn alleen die producten vrij te verkrijgen.

Ten vierde, ik ben hiervan niet op de hoogte. Integendeel, ik verneem dat het begeleidingswerk in de centra zeer verzorgd is.

Ten vijfde, ik heb hierboven alle maatregelen vermeld die ik genomen heb. Ik voeg eraan toe dat preventie, zoals seksuele opvoeding waaronder vruchtbaarheidsbewustzijn valt, behoort tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen.

04.03 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord. Toen ik het had over het risico voor abortus, had ik het vooral over het risico op langere termijn, niet de ingreep zelf, met name voor de eerste voldragen zwangerschap.

Wat het jonge publiek betreft, moeten wij zeker alles op alles zetten, opdat men de eerste seksuele activiteit zo lang mogelijk uitstelt. We kunnen uiteraard werken aan de weerbaarheid van meisjes, maar ook aan de seksuele verantwoordelijkheid van jongens. Dat moeten sleutelbegrippen zijn. We moeten hun meer assertiviteit bijbrengen, zodat ze neen durven te zeggen.

Wat de alternatieven betreft, heb ik op het terrein andere geruchten gehoord. Ik vind juist die alternatieven heel belangrijk, omdat ze de toets vormen van de echte vrijheid van handelen van de vrouwen die voor die verscheurende keuze staan.

Ten slotte zijn er eigenlijk drie noodsituaties die vooral worden ingeroepen. De “top drie” van de noodsituaties is momenteel geen kinderwens, de vrouw die zich te jong voelt en het voltooide gezin. Ik wil maar zeggen dat 80% van de abortussen gebeurt om sociale redenen. Wij moeten oppassen voor een abortuscultuur, die China achterna gaat hollen. Dat moeten we zeker vermijden. Ik vind het ook zeer erg – daar hebt u niet over gesproken – dat veel vrouwen tot abortus genoodzaakt zijn om financiële redenen.

Wat we momenteel meemaken in het dossier, is eigenlijk te vergelijken met het roken in de jaren '50. Men weet het wel, maar men doet er blijkbaar nog te weinig aan. Ik hoop dat ik niet heb gepredikt in de woestijn, maar dat het beleid daar aandacht aan zal blijven besteden, omdat het een heel belangrijk fenomeen is. Ik dank u alvast voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van de ALS Liga België" (nr. 14949)

05 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement de la Ligue SLA Belgique" (n° 14949)

05.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag is korter, maar daarom niet minder belangrijk.

De zeldzame maar ernstige zenuwspierziekte amyotrofische lateraal sclerose of ALS is u zeker bekend, mijnheer de minister. Begin maart stelde de heer Gourtry u al een vraag over de terugbetaling van de kinesitherapie van de ALS-patiënten. Gezien de ernst van de aandoening en de beperkte levensverwachting van deze mensen, gemiddeld drie tot vijf jaar, is dringend nood aan hoogstaand wetenschappelijk onderzoek opdat de ziekte aanzienlijk zou kunnen worden vertraagd en zelfs genezen. België beschikt inderdaad over topwetenschappers, maar door een gebrek aan financiële middelen kunnen zij slechts sporadisch hun onderzoek naar de oorzaak en de behandeling van deze ziekte voortzetten.

Mijnheer de minister, kunt u bevestigen dat momenteel geen financiële middelen ter beschikking zijn voor specifieke ALS-onderzoekprojecten en voor ruimere zorgverlening zoals rolstoelen, beademingstoestellen, logistieke medewerkers voor de Belgische ALS-Liga? Ziet u een mogelijkheid om bijvoorbeeld via artikel 56 inzake de administratieve kosten van het RIZIV een proefproject of een experimenteel onderzoek naar een behandeling van deze patiënten op te zetten en te financieren? Kan het WIV, het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, eventueel in een onderzoeksproject worden ingeschakeld? Kunt u ons meedelen wat het voorstel inzake terugbetaling van kinesitherapie is dat op 9 maart 2007 in de Technische raad op de agenda stond? Welk gevolg zal hieraan worden gegeven?

05.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verhaegen, om op uw twee eerste vragen te antwoorden, het feit dat het huidige aanbod niet afgesteld is op de behoeften van de ALS-patiënten, heeft reeds het onderwerp van meerdere vergaderingen in het RIZIV uitgemaakt.

De verschillende betrokken actoren, de patiënten, de referentiecentra, de ziekenfondsen, de bandagisten, gaan akkoord met het belangrijk dringende karakter van het dossier. In het RIZIV is men momenteel bezig met de opmaak van een artikel 56. Het project waarvan sprake voorziet in het opstarten van een systeem, dat het adequaat materiaal, dus de mobiliteitshulpmiddelen, de beademingstoestellen, snel ter beschikking stelt.

Het systeem zal onder andere gestoeld zijn op overeenkomsten tussen het RIZIV en de betrokken organisaties om op die manier de expertise in het domein van de lasten ten volle te benutten.

Ten derde, momenteel is de rol van het WIV in het project nog niet bepaald. Zijn inbreng in het project is evenwel niet uitgesloten.

Ten vierde, de Technische raad voor Kinesitherapie heeft op 9 maart 2007 een voorstel geformuleerd om een tweede kinesitherapiezitting van dezelfde dag in te voeren bij palliatieve thuispatiënten die lijden aan zogenaamde zware aandoeningen, ook E-pathologie genoemd.

De ALS-patiënten vallen onder die maatregelen. Het verzekeringcomité van het RIZIV heeft dat voorstel goedgekeurd op 19 maart, samen met een ontwerp van koninklijk besluit, waardoor de patiënt geen persoonlijk aandeel moet betalen voor die twee palliatieve zittingen.

Beide ontwerpen treden in werking vanaf 1 september 2006 om de continuïteit van het recht op een tweede terugbetaalde zitting te garanderen.

Momenteel doorlopen die ontwerpen de procedure buiten het RIZIV. Het is niet mogelijk om nu reeds een datum van publicatie voorop te stellen, maar zoals ik reeds geantwoord heb op de vraag van de heer Gourtry, zal ik erop aandringen dat de nieuwe regeling zo snel mogelijk een feit wordt.

05.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is een gedeeltelijk bemoedigend antwoord. Het stemt mij tot vreugde dat er een aantal concrete stappen wordt gezet. De ALS-Liga kan immers niet veel meer dan de patiënt een kwaliteitsvol levenseinde aanbieden, een soort support-

zorg. Meer kan zij vandaag niet. Wij vonden het ook heel schrijnend dat zij middelen moet sprokkelen uit de liefdadigheid van een aantal serviceclubs.

Daarnaast is het ook heel belangrijk dat België een voorbeeldfunctie heeft in het wetenschappelijk onderzoek. Wij moeten een tandje bijsteken om te vorsen naar een duurzame aanpak, naar een therapie en dus naar een perspectief voor de getroffen en. Ik denk dat u met mij akkoord gaat dat wij niemand uit de boot mogen laten vallen, zeker niet zij die door het lot het zwaarst getroffen zijn. Dat is een beleid voeren met het hart op de juiste plaats. Ik hoop dat wij daaraan aandacht blijven besteden en dat België daarin een voorbeeldfunctie kan vervullen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het vogelgriepvirus en de import van vogels" (nr. 14966)

- de heer Mark Verhaegen aan de vice-eerste minister en minister van Justitie over "de gevolgen van de aanwezigheid van het vogelgriepvirus in de luchthaven van Zaventem in 2004" (nr. 14967)

06 **Questions jointes de**

- M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la grippe aviaire et l'importation d'oiseaux" (n° 14966)

- M. Mark Verhaegen à la vice-première ministre et ministre de la Justice sur "les conséquences de la présence du virus de la grippe aviaire à l'aéroport de Zaventem en 2004" (n° 14967)

06.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, ik zal de vragen gelijktijdig stellen.

We gaan al terug tot 9 november 2004, toen ik hierover ook tussenbeide ben gekomen.

U herinnert zich nog, in volle vogelgriepcrisis, dat het FAVV twee besmette Thaise kuifarenden op de luchthaven in Zaventem op het spoor kwam. De dieren werden uiteraard direct afgemaakt, maar het voorzichtigheidsbeleid van het FAVV ging zodanig ver dat op 25 oktober 2004 meteen ook 200 grijze roodstaartpapegaaien werden doodgespoten, die zich blijkbaar in dezelfde quarantaineruimte bevonden als die besmette arenden. Deze papegaaien waren officieel ingevoerd en zaten in een goedgekeurde quarantaine, volledig onder toezicht van een dierenarts. Er werden uiteraard ook stalen genomen die naar een labo werden gestuurd, volgens de vigerende onderrichtingen. Het was voor ons dan ook onbegrijpelijk dat die vogels toen reeds afgemaakt werden en er niet eerst gewacht werd op de uitslag van het labo. Als klap op de vuurpijl bleek immers dat het labo-onderzoek negatief was. Er was blijkbaar geen besmetting met AI, maar ondertussen waren de papegaaien wel gedood. Bovendien kreeg het betrokken import- en exportbedrijf dan nog een exploitatieverbod opgelegd tot het labo-onderzoek van de karkassen was uitgevoerd. Dat was dan ook een serieuze streep door de rekening van het bedrijf, dat eigenlijk totaal geen schuld treft in de besmetting en bovendien ook reeds getroffen werd door de rechtstreekse opruimschade. Een besluit van de Europese Commissie legde op 11 januari van dit jaar nog een volledig verbod op import van vogels uit derde landen op. Dit maakt de situatie alleen maar meer precair.

Vandaar dat ik deze twee vragen stel, mijnheer de minister.

Is de minister op de hoogte van gevallen waarbij in volle vogelgriepcrisis vogels in quarantaine werden geplaatst om door het labo op het H5N1-virus te worden onderzocht, zonder dat deze vogels werden afgemaakt? Zo ja, waarom dan deze aanpak waarin men met twee maten en twee gewichten meet?

Ten tweede, is er in een overgangstermijn en/of een vergoedingsregeling voorzien voor bedrijven die getroffen worden door het weliswaar Europees importverbod van vogels uit derde landen? Is deze maatregel permanent of afhankelijk van de insleep van het AI-virus, bijvoorbeeld uit het oosten? Voor welke vogelsoorten uit welke landen geldt dit verbod?

Aansluitend heb ik nog een vraag die ik eigenlijk aan uw collega van Justitie had willen stellen, maar ze is blijkbaar bij u terechtgekomen. Was er naar aanleiding van diezelfde besmetting een strafonderzoek? Is er een dossier geopend na het binnenbrengen van die illegale kuifarenden? Zo ja, wanneer zal dit strafonderzoek afgesloten worden? Dat is heel belangrijk voor de gedupeerden. Op welke manier kan het gedupeerde bedrijf zijn rechtmatige schadevergoeding verwerven?

Ten slotte, is hier misschien sprake geweest van onachtzaamheid bij de luchthavenautoriteiten?

Ik dank u voor uw antwoorden, mijnheer de minister.

06.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, het onderzoek naar aviaire influenza, niet noodzakelijk van het type H5N1, maakt deel uit van de normale procedure die na input van elke zending van vogels andere dan pluimvee uit derde landen wordt toegepast overeenkomstig de bepaling van de beschikking van de beschikking van de Commissie 2000/666/ee.

Vanuit het algemeen importverbod, uitgevaardigd door de Commissie werden alle ingevoerde zendingen in quarantaine geplaatst en onderzocht. De resultaten daarvan waren steeds gunstig. Het dossier waarnaar u verwijst was bijzonder omdat het H5N1-type werd geïsoleerd. Ik hoef u de gevaren verbonden aan dit type virus niet in herinnering te brengen. De minister van Justitie heeft het College van procureurs-generaal gevraagd om de informatie over het bestaan van het onderzoek te dragen. Deze informatie zal u later bezorgd worden.

Het importverbod uitgevaardigd door de Commissie voorzag niet in een overgangsperiode. Er is geen vergoedingsregeling vastgelegd voor economische schade geleden naar aanleiding van de bepaling in verband met het importverbod. De verbodsmaatregel is niet permanent en ook niet afhankelijk van de insleep van vogelgriep, maar wel van de evolutie van de uitbraken van dit virus wereldwijd en zijn epidemiologisch gedrag.

Een aanpassing van het verbod is voorzien met ingang op 1 juli 2007 zoals bepaald in de verordening 318/2007. De invoering zal slechts onder zeer strikte voorwaarden, onder andere een zeer beperkte landenlijst en alleen voor in gevangenschap gekweekte vogels, toegelaten worden. Op dit ogenblik geldt een algemeen verbod voor alle commerciële invoer van vogels andere dan pluimvee uit alle derde landen.

Ten slotte is er een degelijke en dagelijkse samenwerking tussen de douanediensdiensten die vallen onder de verantwoordelijkheid van de minister van Binnenlandse Zaken en de diensten van het FAVV. De toenmalige actie viel binnen deze normale werking en heeft geleid tot een concrete aanpak van het risico.

06.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Ik betreur het dat de sector geen middelen toegestoken krijgt om zijn activiteiten toch gedeeltelijk te heroriënteren in geval van importverbod en om de mensen van het getroffen bedrijf zelf te vergoeden. In 2004 had ik u ook gevraagd of er niet in een spaarpotje, in een fonds was voorzien, maar toen was men nog niet op de hoogte van het resultaat. Nu blijkt inderdaad dat het laboratoriumresultaat negatief was en dat die papegaaien ten onrechte zijn afgemaakt.

Het stemt mij heel treurig dat daarvoor geen middelen zijn uitgetrokken en dat die mensen gedupeerd zijn en in een situatie zijn terechtgekomen waarop zij totaal geen vat hebben. Ze zijn het slachtoffer van het feit dat daar arenden illegaal werden ingevoerd. Als er geen middelen zijn dan moeten wij verder zoeken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 **Question de M. Denis Ducarme au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les récentes déclarations de monseigneur Léonard à propos de l'inefficacité du préservatif contre les MST" (n° 14962)**

07 **Vraag van de heer Denis Ducarme aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de recente uitspraken van monseigneur Léonard over de ondoeltreffendheid van condooms tegen SOA's" (nr. 14962)**

07.01 **Denis Ducarme** (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, cette question me semble importante. J'imagine que vous avez entendu comme moi les propos tenus par monseigneur Léonard pendant le congé pascal et les échos qu'ils ont suscités dans la presse écrite et audiovisuelle. C'est urbi et orbi que la vision de cette autorité morale de l'Église catholique a pu se répandre dans l'opinion. Au-delà des propos sur l'avortement, l'euthanasie ou l'homosexualité, qu'on pourrait commenter pendant des heures, jusqu'à s'en effrayer, ma démarche en commission de la Santé porte davantage sur les propos tenus et répandus par cet homme de Dieu au sujet de l'efficacité des préservatifs.

Pour rappeler la portée de ses propos, je vais citer un court extrait de l'interview au "Télé-Moustique". Monseigneur Léonard nous dit que les études sérieuses montrent que le préservatif n'est fiable qu'à 90%, qu'il existe un risque de porosité, que des défauts de fabrication laissent passer des virus minuscules, que le préservatif est une "roulette russe" qui donne une illusion de sécurité absolue à la population. Monseigneur Léonard salue aussi la fidélité et la sobriété dans les relations sexuelles, comme on le préconise en Afrique. Or, quelle est la valeur de ce "modèle africain" de la politique de prévention de l'Église catholique quand on sait que dans certaines zones urbaines d'Afrique, une personne sur trois est touchée par le sida?

Mais je ne m'engagerai pas plus avant dans ce débat pour ne pas relancer une polémique qui opposerait encore la capote et la calotte; ce n'est pas l'objet ici. Par contre, j'ai consulté des rapports de l'OMS pour observer la démonstration du succès du préservatif comme outil de prévention et la baisse du taux de contamination VIH dans les régions du monde où le préservatif avait fait l'objet de campagnes de sensibilisation importantes. Par rapport aux éléments scientifiques en ma possession et à nos engagements aussi par rapport à l'OMS en termes de campagnes de sensibilisation, la teneur des propos de monseigneur Léonard s'apparente à un véritable sabotage de notre politique de santé publique. En outre, l'évêque n'est pas remis en question par la hiérarchie catholique. Le cardinal Danneels a indiqué que monseigneur Léonard s'inscrivait dans la doctrine de l'Église catholique.

Monsieur le ministre, depuis dix jours, j'ouvre ma gazette et je me demande quand "mon ami Demotte" – car c'est ainsi que je parle de vous dans l'intimité – va-t-il réagir à ces propos.

Une mise au point de votre part et de votre département est tout à fait essentielle dans ce dossier. Vous êtes le premier responsable de notre pays en matière de santé.

Monsieur le ministre, quand comptez-vous – si telle est votre intention – présenter une réponse claire et étayée sur des bases scientifiques qui démontre l'efficacité du préservatif dans la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles?

07.02 Rudy Demotte, ministre: En guise de préambule, je trouve inacceptable qu'un choix de vie, appuyé sur des préjugés qu'ils soient religieux ou autres, corrompe la réalité scientifique. Je pense aussi qu'un choix religieux ne peut induire les gens en erreur. Je dirai enfin qu'il me paraît important que, si nous sommes attachés à la séparation entre l'Église et l'État, nous rappelions aussi que le rôle des serviteurs de l'Église est effectivement de distiller une information dont ils peuvent être pleinement responsables. En l'occurrence, il s'agit d'une information de santé qui ne les regarde pas.

En ce qui concerne l'OMS qui, dans ce domaine, est la seule Bible à laquelle nous pouvons nous référer, le préservatif constitue l'unique mode de protection lors de rapports avec pénétration qui garantisse un haut degré de sécurité.

Il est prouvé que le préservatif masculin en latex réduit le risque de toute infection sexuellement transmissible, y compris l'infection VIH. Des études en laboratoire ont démontré que les virus, en ce compris le VIH, ne passent pas à travers un préservatif intact en latex, même lorsque le dispositif est étiré ou détendu.

Les données les plus convaincantes sur l'efficacité des préservatifs pour la prévention de l'infection au VIH proviennent d'études prospectives qui ont été entreprises sur des couples sérodiscordants, c'est-à-dire lorsqu'un partenaire est infecté par le VIH et que l'autre ne l'est pas. Ces études montrent que, si le préservatif est utilisé régulièrement, le taux d'infection au VIH chez le partenaire non infecté est inférieur à 1% par an.

Susciter et soutenir l'utilisation de préservatifs de bonne qualité constitue une stratégie fondamentale pour tous les programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles dont le VIH. Je tenais ici à le réaffirmer.

07.03 Denis Ducarme (MR): Monsieur le ministre, j'apprécie vraiment votre réponse ainsi que la force et l'engagement que vous avez mis dans le choix des mots que vous avez utilisés.

Dans ce dossier, le problème est que, depuis une quinzaine de jours, le "virus" Léonard – si j'ose dire – s'est répandu. Ces informations ont un impact sur la population. Monseigneur Léonard est une autorité morale et ce qu'il dit dans le "Télé-moustique" est lu par un certain nombre de jeunes, qui ont recours ou pas au

préservatif.

Dans ce cadre, pour tuer cette information, au-delà de la réponse que vous me donnez aujourd'hui qui, je le répète, me satisfait pleinement, je pense que le ministère de la Santé devrait répondre avec davantage d'ampleur et réaffirmer ce que vous venez de me dire, également devant les médias, afin qu'avec plus de force encore, le ministre de la Santé puisse démonter un certain nombre d'informations telles que celles-là, qui poussent peut-être les gens à l'erreur. Plus la classe politique sera large pour réagir à un tel problème, plus ce sera crédible et efficace.

Pouvez-vous nous tenir informés de vos projets en la matière, si vous souhaitez en avoir, afin de réparer une erreur qui a été distillée?

07.04 Rudy Demotte, ministre: On peut effectivement partir du constat que l'information est toujours nécessaire. Mais je signale que jusqu'il y a peu, j'ai mené une large campagne à l'endroit des publics cibles, notamment des jeunes qui sont très sensibles à la question des modes de prévention utiles, en envoyant directement une information aux familles. Je remarque que cette campagne a fait son effet; elle a d'ailleurs été critiquée dans les milieux catholiques, ce qui montre bien qu'il s'agit d'un thème éthique extrêmement sensible.

Je rappelle que ce qui me préoccupe ici, ce n'est pas l'approche morale de cette problématique mais singulièrement celle de santé. Ce que j'ai fait hier, je continuerai à le faire aujourd'hui et encore davantage demain: donner une information objective en rappelant que le seul mode de prévention efficace aujourd'hui contre les maladies sexuellement transmissibles, c'est le préservatif!

07.05 Denis Ducarme (MR): Monsieur le ministre, je communiquerai sur votre réponse aussi largement que possible. Je ferai ainsi connaître votre prise de position dans ce dossier important. Par conséquent, je vous remercie par avance de mettre votre réponse à ma disposition.

La **présidente**: Pour la communication, nous vous faisons confiance à tous les deux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de M. Daniel Bacquelaine au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds de lutte contre les assuétudes" (n° 14539)

08 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds tot bestrijding van de verslavingen" (nr. 14539)

08.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, la loi-programme du 20 juillet 2006 a prévu le financement d'un Fonds de lutte contre les assuétudes, à concurrence d'un montant annuel de cinq millions d'euros dès l'année 2006 et mis à charge du budget de fonctionnement de l'INAMI.

L'arrêté royal du 26 décembre 2006 fixe les modalités d'attribution du Fonds de lutte contre les assuétudes et prévoit notamment que toute demande de subvention en faveur d'un projet destiné à combattre les assuétudes soit introduite auprès du SPF Santé publique. Un comité d'accompagnement est d'ailleurs chargé de vous remettre son avis au sujet de ces demandes. C'est donc vous qui, in fine, décidez de l'octroi des subventions.

Je souhaitais d'abord vous demander quel était le montant actuellement alloué au Fonds de lutte contre les assuétudes.

Ensuite, est-il exact que le projet pilote de Liège de délivrance d'héroïne sous contrôle médical serait financé à raison de 80% par ce fonds? Il a été question d'une somme de 3.334.000 euros. Pouvez-vous le confirmer?

Quelle est l'utilisation et la ventilation des budgets prévus pour les différents projets qui vous ont été soumis en matière d'assuétude?

Quels sont les projets déjà financés par le fonds et quel est le nombre des projets en attente d'un

financement éventuel?

08.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le député, depuis le 1^{er} janvier 2006, le Fonds de lutte contre les assuétudes est globalement alimenté par l'INAMI, à raison de cinq millions d'euros par an, dont deux millions sont dédiés à la lutte contre le tabac, le reste étant consacré à combattre toutes les autres formes d'assuétudes, touchant à l'alcool et les drogues illicites.

Ensuite, le projet de prescription de diacétylmorphine sous contrôle médical et psychosocial est, pour ce qui est du volet santé, financé par mon département à hauteur de 2.932.000 euros sur trois ans, soit 87% du coût total du projet - l'autre volet étant pris en charge par la Ville de Liège et le SPF Justice.

Ce fonds financerait le personnel et les supports de soins, c'est-à-dire 2.368.500 euros sur trois ans; tandis que l'évaluation et le suivi scientifique seraient financés à raison de 600.000 euros sur trois ans par les budgets "drogues" du SPF.

Par ailleurs, j'ai reçu 150 demandes de financement dans le cadre du Fonds de lutte contre les assuétudes pour un montant total de 12 millions d'euros. Le comité d'accompagnement, qui regroupe des experts de terrain, des experts scientifiques, des membres de l'INAMI, du SPF Santé publique ainsi que des membres de mon cabinet, s'est réuni les mardis 13 et 27 mars pour la sélection des projets.

Au total, 34 projets ont été retenus pour un montant de 4.482.391 euros.

La sélection s'est opérée sur la base des critères suivants: le cadre des compétences fédérales, le caractère généralisable, le caractère novateur (l'originalité de l'action) ou la valeur ajoutée par rapport à ce qui existe dans une région ou une localité, et le partenariat mis en place. Une attention particulière a été portée au soutien des jeunes usagers, de leurs parents et proches à la suite des recommandations faites par les membres du comité d'accompagnement.

Comme convenu lors de la réunion de concertation tenue le 5 mars avec les Communautés, la liste des projets bénéficiant d'un soutien dans le cadre du Fonds de lutte contre les assuétudes ainsi que les conclusions et recommandations du comité d'accompagnement seront transmises à la cellule politique qui coordonne l'action santé en matière de drogues aux niveaux fédéral, communautaire et régional.

08.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je voudrais insister pour que les projets sélectionnés fassent la part belle aux prises en charge précoces des jeunes. En effet, en matière de toxicomanie, il est préférable de les prendre en charge très rapidement plutôt que d'intervenir quand les dégâts sont déjà considérables.

Les projets qui font référence à la prise en charge précoce des jeunes – avec une demande parentale heureusement de plus en plus exprimée – me paraissent devoir retenir plus particulièrement l'attention et être financés, dans la mesure du possible, de la façon la plus efficace.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de jeunes médecins et la fixation des quotas INAMI" (n° 14598)

09 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan jonge geneesheren en het vastleggen van de RIZIV-quota" (nr. 14598)

09.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Madame la présidente, monsieur le ministre, je signale qu'un délai d'un mois s'est déjà écoulé depuis le dépôt de ma question. Vous connaissez ma préoccupation sur le fait que tant les médecins généralistes que spécialistes, notamment les candidats spécialistes dans les hôpitaux, déplorent les pénuries de jeunes médecins.

Eu égard à ce qui précède, des formations ne peuvent plus être octroyées avec suffisamment de qualité, en tout cas ne peuvent plus être garanties. Les hôpitaux recourent à des étudiants étrangers pour parfaire leur formation et compléter les équipes belges, ce qui serait positif si on pouvait leur apporter une formation suffisante. Or, ce n'est pas toujours le cas. En effet, chaque année, la commission de planification et vous-

même êtes amenés à modifier les quotas prévus au regard des pénuries constatées.

Dans ma question écrite, j'avais dressé un tableau reprenant le nombre d'étudiants inscrits dans les universités et les quotas autorisés pour la Communauté française. Les chiffres sont éloquentes! Parallèlement à ces pénuries, nombre d'étudiants seront écartés des études de médecine, alors que l'on risque d'en avoir besoin.

Mon objectif n'est pas de plaider pour la dérégulation de l'offre médicale, mais d'organiser différemment l'évaluation du nombre de médecins spécialistes, incluant aussi des généralistes. Si je sais que nous ne pourrions réfléchir à cette problématique ni ne parviendrons à une solution sous cette législature, j'ose néanmoins espérer qu'un moratoire sera décidé de manière à nous donner le temps de trouver un système au cours de ces prochaines années, car ce sujet sera assurément d'actualité.

En fait, j'aurais voulu connaître le point exact de la situation actuelle en termes de quotas qui seront fixés selon les différentes spécialités. Aux étudiants qui ont manifesté devant votre cabinet, vous avez dit que des mesures seraient prises pour essayer de combler les besoins et, en tout cas, apporter une réponse à la quarantaine d'étudiants qui, à la fin de l'année 2007, risquent de se retrouver sur le carreau.

Je ne dispose pas des chiffres relatifs à la situation des étudiants néerlandophones mais, d'après les derniers échos, il semblerait qu'elle devienne équivalente.

L'année scolaire touchant à sa fin de même que nos possibilités de dialogue, j'aurais voulu savoir si vous avez récemment pris des mesures concernant les quotas dans les différentes spécialisations. De plus, j'aurais voulu connaître les chiffres relatifs à la Flandre afin de pouvoir établir une comparaison avec la situation en Communauté française.

Quant à la dernière question que je vous posais dans mon texte concernant le moratoire, les élections étant toutes proches, je sais déjà que la réponse est "non!".

09.02 Rudy Demotte, ministre: Je confirme!

Madame Gerken, dans l'arrêté royal du 30 mai 2002, une période de lissage a été prévue. De ce fait, il est possible de la faire commencer dans les différentes formations proposées aux médecins qui seront diplômés cette année, conformément aux minima tels que fixés dans l'arrêté royal.

Tout comme vous, je dispose de chiffres officiels sur le nombre d'étudiants en médecine dans les différentes années d'études. Il en ressortirait que, tant dans les universités francophones que flamandes, il y a des problèmes par rapport à la pléthore d'étudiants.

Le système de lissage s'étale jusqu'à 2012. La pléthore de médecins qui seront diplômés pour les années 2004 à 2012 peut être répartie sur cette période, en tenant compte du total pour les années concernées. Cela nous permet donc de trouver une solution adaptée au problème.

Vous me demandez si l'on va modifier le système avant la fin de la législature, indépendamment des outils qui existent. J'en doute!

09.03 Muriel Gerken (ECOLO): Monsieur le ministre, je sais qu'on ne règlera pas le problème aujourd'hui et que nous devons nous y atteler après les élections.

Cela dit, avez-vous pris ou comptez vous prendre des dispositions, avant la fin de l'année scolaire, pour permettre à un plus grand nombre d'étudiants de se spécialiser dans cette voie?

09.04 Rudy Demotte, ministre: Madame Gerken, permettez-moi de vous rappeler les mesures qui ont été prises.

1. En tout début de législature, une série de dispositions a été prise en vue de permettre le lissage. Si tel n'avait pas été le cas, on se serait retrouvé devant un mur et face à une situation catastrophique. J'ai donc obtenu de mes collègues un accord pour qu'on lisse. Vous vous souviendrez qu'en son temps, cela a fait l'objet d'un contentieux au niveau communautaire.

2. Le nombre de spécialités immunisées a été élargi.

3. Une mesure a été prise afin que les étudiants en médecine ou les médecins qui vont se spécialiser à l'étranger ne soient pas comptabilisés.

4. Tenant compte des derniers avis de la Commission de planification dans lesquels on nous invitait à observer ce qui se passait: féminisation de la profession, demande d'amélioration de la vie au quotidien des médecins, courbe de croissance démographique, nous nous sommes rendu compte qu'il existe aujourd'hui des besoins justifiant un élargissement des chiffres. C'est ainsi que l'on est passé de 740 à près de 1.000 médecins sur la période. La planification a donc également été élargie.

Tout cela pour dire qu'en tenant compte du lissage, de l'augmentation des chiffres et des données dont nous avons connaissance, nous pourrions, par ce mécanisme, répondre à l'ensemble des étudiants qui sont aujourd'hui sur les bancs des académies.

Cela dit, il appartiendra au prochain gouvernement de se prononcer au sujet de la dernière question que vous avez posée. Toutefois – et Mme Dierickx est là pour en témoigner –, il semble qu'un problème commence également à se poser en Flandre au niveau du nombre de médecins généralistes. C'est donc un constat qui est fait tant au Nord qu'au Sud du pays.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de provinciale geneeskundige commissies en de wachtdienst" (nr. 14611)

10 Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les commissions médicales provinciales et le service de garde" (n° 14611)

10.01 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, ik verwijs naar vroegere vragen die ik heb gesteld in verband met de wachtdienst voor tandartsen en dit in november 2003 in plenaire vergadering en vorig jaar in mei in de commissie, vraag nr. 11484.

U hebt mij toen geantwoord dat individuele deelname aan de wachtdienst een wettelijke verplichting is voor elke beoefenaar van de tandheelkunde. De verantwoordelijkheid voor de wachtdienst ligt bij de provinciale geneeskundige commissies die instaan voor de organisatie van de wachtdiensten. Toch blijken er wel verschillen te bestaan tussen de wachtdiensten in de verschillende provincies. Kan er niet voor gezorgd worden dat er meer eenvormigheid komt tussen de verschillende diensten?

Vorig jaar hebt u gesproken over een rapport dat u zou ontvangen en waarin wijzigingen zouden kunnen worden aangebracht. Het is vooral een probleem voor patiënten in grensgebieden van provincies en voor tandartsen die wonen in een provincie en hun praktijk uitoefenen in een andere provincie. Voor de patiënt is het toch belangrijk dat die degelijk kan geïnformeerd worden en dat er uniformiteit bestaat.

U hebt mij vorig jaar ook geantwoord dat in de tweede helft van 2006 de resultaten bekend zouden zijn van een studie over de organisatie van de medische wachtdiensten in het algemeen. In dat verband zou u dan een beslissing nemen om één centraal telefoonnummer in te voeren voor alle wachtdiensten.

Mijnheer de minister, hebt u daar al antwoord in bekommen? Komt er één nummer voor alle zorgverstrekkers?

10.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, de activiteiten betreffende de implementatie van een centraal nummer voor het geheel van de wachtdiensten zijn nog aan de gang. U begrijpt dat dit dossier belangrijk en complex is en dat het bijgevolg noodzakelijk is een beslissing te nemen die niet leidt tot een desorganisatie van de huidige diensten. U begrijpt ook - en dit is geen belediging voor deze sector - dat de tandheelkunde niet de moeilijkste sector is in deze discussie. Deze sector is onderworpen aan de besluiten die worden genomen op het vlak van de medische wachtdiensten.

De kwestie van de verschillende soorten benaderingen die tussen de provinciale commissies bestaan, wordt momenteel geanalyseerd op mijn kabinet. Het is niet opmerkelijk dat er betreffende de organisatie van de wachtdiensten nuances ontstaan tussen de benaderingen van de provinciale commissies. Deze houden namelijk rekening met de lokale noden en eveneens met het aantal beschikbare dienstverleners. Het is

echter wel moeilijk aanvaardbaar dat dit verschil in benadering leidt tot onrechtvaardige situaties en voor dit aspect van de zaak hoop ik oplossingen te vinden.

10.03 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, u zegt dat de besprekingen worden afgerond, maar het is een dossier dat toch al jaren aansleept. Ik begrijp uiteraard dat er een groot verschil is tussen een wachtdienst voor geneesheren en voor tandartsen. Voor geneesheren is de wachtdienst meer noodzakelijk want het kan zware gevolgen hebben en zelfs tot de dood leiden wanneer niet tijdig een arts aanwezig is. Voor tandheelkunde is dat gelukkig meestal niet het geval. Het is ook niet nodig dat er een permanentie van 24 uren is voor tandheelkunde. Ik hoop toch dat daar spoedig een echte finalisering komt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Interpellatie van mevrouw Hilde Dierickx tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tandarts-stagiair" (nr. 1062)

11 Interpellation de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le stagiaire-dentiste" (n° 1062)

11.01 Hilde Dierickx (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn volgende vragen zullen wat omslachtiger zijn.

Toevallig stond vandaag ook in De Standaard een artikel over de organisatie van het stagejaar dat tandartsen moeten volgen. Het betrof een opiniestuk van een laatstejaarsstudente tandheelkunde. Ik stel mijn vragen onafhankelijk daarvan. Mijn vraag werd trouwens al een maand geleden ingediend.

Over ongeveer drie maanden zullen tientallen studenten tandheelkunde afstuderen. Zij zullen nog geen bijzondere beroepstitel krijgen van algemeen tandarts, paradontoloog of orthodontist, want zij moeten nog een stage van een, drie of vier jaar volgen. Daarna zal de erkenningscommissie nagaan of de stagiair wel voldoet aan de voorwaarden om de bijzondere beroepstitel te ontvangen. Het jaar stage voor de algemene tandarts is nieuw. Het is de eerste keer dat het ingevoerd wordt, maar – ik ben daarin duidelijk – de studenten zijn daarvan reeds op de hoogte sinds 2002. Elke student die zich na 2002 heeft ingeschreven in de richting tandheelkunde moet weten dat een bijkomend stagejaar volgt. De situatie is vergelijkbaar met die van de huisartsen in beroepsopleiding, de HIBO's.

Er rijzen heel wat vragen bij de organisatie van dit stagejaar. Wat, eerst en vooral, het tijdstip betreft, is het hoogst eigenaardig dat het extra stagejaar voor de algemeen practicus nu wordt ingevoerd, ook al besef ik dat het sinds 2002 bekend is. Bij de invoering van de bachelor-master-opleiding werd de studie grondig hervormd, maar pas over twee jaar studeren de eerste studenten af. Het zou dus ook logisch zijn bij de hervorming een extra jaar toe te voegen, maar nu niet. Nu geldt nog het kandidatuur-licentiaatsprogramma. Tandartsen die tot vorig jaar afstudeerden hebben een identiek programma gevolgd, maar zij hoeven geen extra jaar te doen. Ik vind dat onvoorstelbaar.

Wat de bissers en trissers betreft, het extra stagejaar geldt voor studenten die na 2002 hun studie aangevangen hebben. Tot nu toe is niet geweten of bissers of trissers ook een bijkomend jaar moeten doen. Wat moeten de studenten doen die vóór 2002 hun studie begonnen zijn, maar die om diverse redenen, bijvoorbeeld ziekte of familiale redenen, hun studie onderbroken hebben voor een of meerdere jaren?

In de meeste Europese landen bestaat dit extra stagejaar nog niet. Men kan dus direct aan de slag gaan in Nederland. Moeten tandartsen die uitwijken naar Nederland, daar een of meerdere jaren de tandheelkunde beoefenen en dan terugkomen naar België, ook nog dat extra stagejaar doen? Voor zover mij bekend is dat nog niet geregeld. Het is wel een feit dat jarenlang bijna de helft van de afgestudeerde Vlaamse tandartsen uitgeweken is naar het buitenland.

Het grootste probleem blijkt nog altijd de stagemeesters te zijn. Een tandarts-stagiair moet bij een erkende stagemeester kunnen werken, maar tot nu toe is nog geen officiële lijst van stagemeesters bekend. Gaan alle studenten wel een stageplaats hebben? Wat gebeurt er met de studenten die geen stageplaats meer vinden? Gaan die verder aan de universiteit hun stage doen? Wanneer start het stagejaar; is dat 1 juli of is dat 1 oktober? Wanneer het stagejaar niet start onmiddellijk na de opleiding, wat moeten de studenten dan ondertussen doen? Welke regeling is getroffen voor studenten die eerste zittijd hebben en voor studenten die tweede zittijd hebben?

Is de stagemeester zelf verantwoordelijk? Wordt die stagemeester gecontroleerd, want uiteindelijk wordt het diploma toch afgeleverd door de universiteiten en hebben de universiteiten dan voldoende inspraak in de stage, zowel in de theorie als in de praktijk?

Het komt erop neer dat de tandarts-stagiair vier dagen stage moet doen per week, een vijfde dag moet theorie gevolgd worden, maar wat is het programma van de theoretische cursussen? Het zouden programma's zijn die al gedoceerd zijn aan de universiteit en waar ze dus eigenlijk al voor gediplomeerd zijn. Of gaat het nu eigenlijk om nascholingscursussen, om post-doctoraatscursussen?

Ook het sociale statuut of het loon blijkt nog niet volledig op punt te staan. Het is niet duidelijk of het loon van 15.000 euro per jaar netto of bruto is. De tandarts-stagiair zou het statuut hebben van een zelfstandige. Ik heb hier een bevestiging van het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekering van de Zelfstandigen. Enerzijds heeft een zelfstandige geen gezagsrelatie. Er is dus geen arbeidsovereenkomst. De stagiair sluit een soort overeenkomst met de stagemeester. Anderzijds moet de stagiair zich wel onderwerpen aan bepaalde uren en aan bepaalde tarieven. Dus is dat eigenlijk toch niet echt zelfstandig? De ene spreekt van een studentenstatuut, volgens anderen gaat het om een post-graduaat. Wat is het eigenlijk juist?

Krachtens artikel 5 vierde hoofdstuk van het ministerieel besluit van 29 maart 2002, moet de stagemeester ervoor zorgen de kandidaat een billijke vergoeding ontvangt die minstens gelijk is aan de brutowedde van een adjunct-adviseur in het federale ambtenarenkader met gelijke anciënniteit.

Blijft in het ministerieel besluit dat u zult uitvoeren, de koppeling met de ambtenarenwedde behouden? Zult u daarin duidelijk maken of het om een bruto- of een nettoloon gaat?

De tandarts-stagiair zou dus een loon ontvangen van de stagemeester, maar kan hij ook nog een bijkomende vergoeding krijgen door de stagemeester wanneer deze vindt dat hij extra inspanningen doet?

Gaan wij hier niet terechtkomen, zoals de situatie bij de HIBO's, namelijk dat de stagiair afhankelijk is van de goodwill van de stagemeester? Zullen alle stagiairs evenveel verdienen of kan de stagemeester bepalen of een stagiair meer loon krijgt?

De tandarts-stagiair zou een voorlopig RIZIV-identificatienummer krijgen. Wordt dan ook een andere nomenclatuur gehanteerd voor de stagiair, met een verschillend honorarium?

U moet beseffen mijnheer de minister, dat binnen drie maanden de eerste tandartsen zullen afstuderen. Ik meen dat het tijd is dat een duidelijk antwoord op al hun vragen gegeven wordt, zeker wat betreft de stageplaatsen. Een stagiair mag toch weten of hij al dan niet een stage kan uitoefenen in zijn regio.

11.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dierickx, ten eerste, wat het tijdstip betreft, het stagejaar algemeen tandarts werd ingevoerd bij ministerieel besluit van 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts. Daarin werd in overgangsmaatregelen voorzien, zodat het stagejaar pas dit jaar voor het eerst georganiseerd wordt voor de studenten in de tandheelkunde die dit jaar afstuderen. Deze overgangsmaatregelen waren noodzakelijk om te vermijden dat de studenten die in 2002 reeds aan hun opleiding begonnen waren, in de loop van hun studies opeens te horen kregen dat ze een stagejaar moesten doen om de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts te bekomen.

Ten tweede, wat de bissers en trissers betreft, het ministerieel besluit van 29 maart 2002 bepaalt dat studenten die op het ogenblik van de inwerkingtreding van het besluit, in casu 1 juni 2002, reeds de universitaire opleiding tot het behalen van het diploma van tandarts of "licencié en sciences dentaires" aangevat hadden na het behalen van dit diploma, de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts kunnen verkrijgen. Studenten die met andere woorden hun opleiding begonnen zijn in het academiejaar 2001-2002 of vroeger maar die nu pas afstuderen – dus de bissers en trissers – moeten het stagejaar dan ook niet doorlopen. Zij krijgen automatisch de beroepstitel van algemeen tandarts.

Ten derde enkele woorden over Europa. Tandartsen die in België afstuderen maar het stagejaar niet doorlopen kunnen in andere landen inderdaad autonoom een praktijk voeren. Als zij terugkeren naar België zullen zij evenwel geen aanspraak kunnen maken op de beroepstitel van algemeen tandarts. Bijgevolg zullen zij het stagejaar alsnog moeten doorlopen of zullen zij buiten het RIZIV om moeten werken.

Ten vierde, wat de stagemeesters betreft, momenteel zijn er nog niet voldoende stagemeesters voorhanden. De Raad voor Tandheelkunde die de minister van Volksgezondheid adviseert over aanvragen inzake stagemeesterschap voorziet evenwel geen al te grote problemen en neemt momenteel reeds een vijfendertigtal aanvragen in overweging. Dit aantal groeit nog iedere dag.

De stagemeesters worden erkend door de minister op advies van de erkenningscommissie "Algemene tandartsen" en op advies van de Raad van de Tandheelkunde. In deze beide organen zetelen vertegenwoordigers van de universiteiten en van de representatieve beroepsorganisaties. Deze stellen specifieke en strenge eisen aan de stagemeester zodat de kwaliteit gewaarborgd wordt. De universiteiten organiseren het stagejaar in overleg met de representatieve beroepsorganisaties. Op die manier hebben ze veel inspraak in de stage. De uiteindelijke erkenning wordt evenwel afgeleverd door de erkenningscommissie. Het stagejaar wordt niet beloond met een universitair diploma, enkel met een erkenningsbesluit.

De stage is voltijds gedurende één jaar met een theoretisch deel van minstens 250 uren studiebelasting en een klinisch deel van minstens 1.250 uren. Concreet is het theoretisch deel één dag per maand. Dat omvat seminaries over geïntegreerde patiëntbenadering. Het gaat daarbij om besprekingen over de behandelingsplannen en casereports, waarbij de eventuele interactie met andere gespecialiseerde disciplines en algemeen medische vakgebieden aan bod komt.

De theoretische opleiding bevat eveneens het gedeelte dat gemeenschappelijk is aan alle opleidingen met het oog op het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel in de tandheelkunde. Dit gedeelte bestaat uit de opleiding tot de autonome uitoefening van het beroep alsmede uit interactieve seminaries over de volgende onderwerpen: economische aspecten van de mondverzorging, organisatie en administratie van het tandheelkundig kabinet, beroepsreglementering en verantwoordelijkheden, aansprakelijkheid informatica binnen de tandheelkunde, kritische analyse van de wetenschappelijke literatuur, elementen van forensische tandheelkunde, elementen van communicatie, ergonomische aspecten, aanvullingen in de röntgendiagnose met inbegrip van de radioprotectie, maatschappelijke aspecten van de gezondheidszorg, relatie tussen eerste- en tweedelijnszorg. Dit deel wordt afhankelijk van het onderwerp, gedoceerd door vertegenwoordigers van de universiteiten of van de beroepsorganisatie.

Ten slotte, een paar woorden over het sociaal statuut van de stagair. Specialisten van de RSZ hebben bevestigd dat de stagairs onder het sociaal statuut van zelfstandigen zullen werken. Momenteel voorziet de wet in een billijke vergoeding van de stagair. Deze vergoeding wordt bepaald door de stagemeester. Ik heb op advies van de Raad van de Tandheelkunde beslist dat de vergoedingen minstens 15.000 euro moeten zijn. Het ontwerp dat dit regelt is net teruggekeerd van de Raad van State en zal binnenkort gepubliceerd worden. Aangezien het gaat om een minimale vergoeding kunnen de stagair en de stagemeester steeds onderling beslissen deze vergoeding te verhogen.

De door Volksgezondheid erkende stagemeester kan onder bepaalde voorwaarden aanspraak maken op een vergoeding van het RIZIV voor de begeleiding van stagairs.

De jaarlijkse vergoeding bedraagt maximaal 10.080,79 euro per stagair en wordt jaarlijks geïndexeerd. De stagemeester ontvangt ook het door de patiënten betaalde ereloon en de terugbetaling van het RIZIV. Dit jaar werd de vergoeding voor de eerste maal uitgekeerd aan de stagemeester voor de begeleiding van kandidaat-specialisten in het eerste jaar van hun opleiding tijdens het academiejaar 2005-2006.

Het is inderdaad zo dat aan de stagairs een voorlopig RIZIV-identificatienummer zal worden toegekend. De stagair dient steeds te werken onder de begeleiding van de stagemeester die de verstrekking zal mogen aanrekenen. Er wordt dus niet voorzien in een aparte nomenclatuur met een verschillend honorarium. Dit wordt nog verder besproken in de adviesorganen van het RIZIV.

11.03 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord.

Ik heb wat vragen bij de stagemeesters. U zegt wel dat er momenteel 35 in overweging worden genomen en dat het aantal nog dagelijks groeit. Het is te hopen dat het aantal stijgt want het is dringend. De stagemeesters weten dit ook al vijf jaar. Er zijn tandartsen die zich daarvoor geroepen voelen en die zich wat konden voorbereiden. Ik denk dat u niet aan het aantal zult geraken. Wat moeten de studenten dan echter doen? Kunnen de studenten niet tijdig ingelicht worden over een mogelijke stageplaats?

Ik vind het een beetje een eigenaardige redenering dat tandartsen kunnen werken zonder RIZIV-nummer omdat ze bijvoorbeeld tijdelijk in het buitenland gewerkt hebben. De patiënt heeft dan geen recht op een tussenkomst van het RIZIV.

Ik verkies dat, behalve het basisloon van 15.000 euro, het surplus dat een stagiair eventueel kan ontvangen beter wordt gedefinieerd, anders gaat het echt afhangen van de goodwill van de tandartsen. Er is wel collegialiteit en de ene stagiair zal meer kunnen werken dan de andere. Het zal ook afhangen van de kwaliteit en het soort werk dat hij doet; het ene werk is moeilijker dan het andere. Toch meen ik dat dit beter moet geregeld worden bij ministerieel besluit.

11.04 Minister **Rudy Demotte**: Denk niet dat ik dat zelf gedurende de week of 's avonds uitgevonden heb, maar dat komt van de verschillende adviesorganen. Wat er tot nu toe bestaat, is volgens mij erger. Alles hangt af van de relatie tussen de stagiair en de stagemeeester en dus zijn er mensen die goed betaald zijn en anderen die zeer slecht betaald zijn.

Hier hebben de adviesorganen een voorstel gedaan om toch een minimum te bepalen in de tekst, een minimum van 15.000 euro, het is natuurlijk niet veel, maar het bewijst ook dat het tot nu toe ook kon gebeuren dat de mensen aan dit niveau niet geraakten. Het bewijst dat er iets moest gebeuren.

Ten tweede heb ik ook laten horen, het was impliciet, ik heb het niet zo gezegd, dat het een eerste stap was. Ik ben natuurlijk gehecht aan het feit dat wij in de toekomst ook moeten garanderen dat andere stappen zullen volgen, in termen van informatie aan de stagiairs, over de stageplaatsen die er zijn en zo meer.

Eén van de pistes die zou kunnen gevolgd worden in de toekomst, en dat geldt voor alle stagiairs, is het waarborgen van transparantie in de voordelen en de verschillende beloningen die nu bestaan, om een vergelijking mogelijk te maken.

Tot nu toe is het duidelijk niet transparant. Hier vecht men voor de verdediging van de mensen om een minimum vast te stellen, maar men geeft toch geen transparantie over de voordelen, de erelonen of de beloning die boven de grens kan komen.

Misschien is dit een piste voor de toekomst.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Dierickx, u hebt het woord voor uw vraag nr. 14623 over sterilisatie bij katten.

11.05 **Hilde Dierickx** (VLD): Mevrouw de voorzitter, ik zou deze vraag nr. 14623 en vraag nr. 14762 in schriftelijk vragen willen omzetten.

12 **Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan vroedvrouwen" (nr. 14761)**

12 **Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie d'accoucheuses" (n° 14761)**

12.01 **Hilde Dierickx** (VLD): Mijnheer de minister, u zult wel al lang weten dat ik altijd hamer op het tekort aan zorgverstrekkers. Wij hebben het daarnet ook nog gehoord van mevrouw Gerkens. Nu blijkt er ook een tekort aan vroedvrouwen te zijn.

Het is al langer bekend dat zowel in grote als in kleine ziekenhuizen de operatiezalen niet meer voltijds gebruikt kunnen worden wegens de onderbezetting aan verpleegkundigen, en dat terwijl er een wachtlijst van te behandelen patiënten is en de dokters eigenlijk niet weten wat eerst te doen.

Een bepaald ziekenhuis moet tijdelijk bevallingen weigeren wegens een tekort aan vroedvrouwen. Ik focus zeker niet op één geval. Het is al langer geweten dat er een tekort aan verpleegkundigen en vroedvrouwen bestaat. In dit geval gaat het erom dat de zwangere vrouwen wel nog op consultatie kunnen komen bij hun gynaecoloog maar dat ze voor de bevalling zelf doorverwezen worden naar een andere campus van het ziekenhuis, in een andere stad, soms tientallen kilometers verder. De veiligheid van moeder en kind kon niet

meer verzekerd worden wegens het tekort aan vroedvrouwen. In dit specifieke geval was het onder andere omdat enkele van de vroedvrouwen zelf zwanger waren.

Ik weet dat er heel wat inspanningen gedaan worden om het tekort aan verpleegkundigen en vroedvrouwen te proberen oplossen. Het is ook duidelijk geworden op een symposium dat er nooit veel studenten verpleegkunde ingeschreven waren. Toch blijkt het aantal nog steeds onvoldoende te zijn om de noodzakelijke vacatures in te vullen.

Daarom vraag ik u of u als minister van Volksgezondheid nog verdere maatregelen zult nemen, eventueel in overleg met uw regionale collega's van Onderwijs, om het tekort weg te werken?

12.02 Minister **Rudy Demotte**: Net zoals het beroep van verpleegster is het beroep van vroedvrouw in sommige ziekenhuizen een kritische functie en zal dit ook blijven zolang het aanbod op de arbeidsmarkt niet op een duurzame manier aan de vraag beantwoordt. Zelfs al verschilt het aanbod van vroedvrouwen aanzienlijk per provincie van het land, toch is de situatie veel minder ernstig dan voor het beroep van verpleegster. De situatie van het AZ van Wetteren is trouwens zeer bijzonder en kan worden gelinkt aan de suggestie van het sluiten van de materniteit. Het invoeren van een beleid op lange termijn vereist een objectieve kennis van de situatie op het terrein. Wij beschikken momenteel echter niet over alle volledige en geldige gegevens wat het kadaster betreft van het beroep van vroedvrouw. De invoering van dit kadaster wordt momenteel uitgewerkt en vormt voor mij een prioriteit. Om deze reden werden bij mijn administratie belangrijke middelen en informaticapersoneel aangewend.

In het raam van de problematiek van het aanbod bestaan er verschillende aspecten, verbonden aan de aantrekkelijkheid van het beroep, waarover ik zeer optimistisch gestemd ben. Ten eerste, de stijging van het aantal studenten vroedkunde is voor mij een zeer positief signaal. Vervolgens is er het sociaal akkoord dat werd afgesloten in 2005 tussen de vertegenwoordigers van werknemers, werkgevers en de regering met de ambitie om gedurende de volgende vijf jaar te beantwoorden aan de gerechtvaardigde eisen inzake werklast, evenwicht tussen beroepsleven en privéleven, bezoldiging en het einde van de loopbaan. Vervolgens heeft de hervorming van het beroep van vroedvrouw op aanvraag van en in samenwerking met de vroedvrouwen geleid tot de definitie van het beroep van vroedvrouw in het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Deze herwaardering van het beroep van vroedvrouw is de beste garantie voor de aantrekkelijkheid ervan gedurende de volgende jaren.

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

13 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vrijwilligers in de dringende hulpverlening" (nr. 14766)

13 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les volontaires des services d'urgence" (n° 14766)

13.01 **Yolande Avontroodt** (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het is telkens vóór het einde van cruciale perioden dat wij op deze kwestie terugkomen. Ik verheer evenwel niet dat ik ontgoocheld ben over het feit dat wij er na vier jaar niet in zijn geslaagd om voor het statuut van de vrijwilligers in de dringende hulpverlening een oplossing te geven.

U kent het probleem. U beloofde net voor Nieuwjaar 2006 nog dat het probleem in de maand januari 2006 zou zijn opgelost. Wij zijn nu 2007 en er is jammer genoeg nog geen oplossing, hoewel u in verschillende vragen en antwoorden uw beste hoop op een oplossing had laten blijken.

U kent het probleem dus. Enerzijds zijn er de normen en anderzijds de hoge verwachtingen. Enerzijds is er ook de grote verantwoordelijkheid van de hulpverleners bij het dringend ziekenvervoer en anderzijds is het bedoelde vervoer tot op vandaag onbetaalbaar, indien alle betrokkenen professionelen zouden zijn.

Daarom stel ik nogmaals deze vraag, in de hoop dat ik ditmaal een positief antwoord krijg, met name dat de oplossing nabij is. Ik formuleerde mijn vraag schriftelijk met referenties. Ik zal ze hier niet voorlezen. Dat zou ons te ver leiden. Ik zou ook niet aan de cijfers uitgeraken. Ik neem aan dat de diensten ze wel in het verslag zullen opnemen.

Mijnheer de minister, er is een uitweg die de huidige regering via de wet van 3 juli 2005 mogelijk maakte. In

voornoemde wet werd een maximumplafond voor de onkostenvergoedingen voor vrijwilligers vastgelegd. Artikel 12 voorziet in de mogelijkheid om aan bepaalde categorieën afwijkende onkostenvergoedingen toe te staan.

U weet – u was het ook met mij eens bij de vorige vraagstelling – dat voornoemde mogelijkheid noodzakelijk is. In het andere geval dreigt in bedoelde sector een catastrofe, indien de betrokkenen niet worden geholpen met het vrijwilligersstatuut dat zij hebben en tegelijkertijd met de contraintes en normen die inzake opleiding en kwaliteitsvoorwaarden worden opgelegd. Ik hoop dat u en het ministerie van Volksgezondheid, op de valreep, dus vooraleer de regering wordt ontbonden, nog een definitieve oplossing kunnen bieden.

13.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Avontroodt, je pourrais vous traduire ma réponse mais je préfère vous lire le texte officiel qui m'a été remis en français.

Vous savez que ce dossier était lié à la loi sur les droits des volontaires, prise le 3 juillet 2005, ainsi qu'au dossier sur la réforme des services de secours, vu que de nombreux pompiers sont volontaires et effectuent des tâches d'aide médicale urgente.

Lors du dépôt des textes relatifs à la réforme de la protection civile, le Conseil des ministres a décidé de dissocier la problématique du statut des pompiers volontaires de celui des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente, pour que ceux-ci puissent sans attendre bénéficier d'un statut plus protecteur et qui corresponde davantage à l'activité qu'ils exécutent pour la collectivité.

Je soumettrai au prochain Conseil des ministres un projet d'arrêté royal, en exécution de la loi du 3 juillet 2005 qui comprend deux dispositions importantes en faveur des ambulanciers volontaires qui travaillent dans l'aide médicale urgente et qui sont dès lors détenteurs du badge d'ambulancier secouriste, conformément à la réglementation applicable.

D'une part, le montant des indemnités qui peuvent être octroyées sur base annuelle est aligné sur celui des pompiers volontaires. En effet, ces volontaires détenteurs du badge exécutent les mêmes missions que celles des pompiers volontaires, quasiment 80% de l'activité des pompiers étant dans l'aide médicale urgente. Il était dès lors discriminatoire de ne pas leur accorder la même exonération alors que l'activité et le niveau de formation sont identiques.

D'autre part, une assurance pour couvrir les accidents liés à cette activité ainsi que sur le chemin du travail est rendue obligatoire.

À nouveau, c'est une disposition qui se justifie, tant par la nécessité d'accorder à ces personnes une couverture correcte et complète en cas d'accident, que par le souci de leur donner la même couverture que leurs homologues pompiers volontaires.

13.03 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, ik begrijp dat een koninklijk besluit nog aan de Ministerraad zal worden voorgelegd over de gelijkschakeling met de pompiers. Ik hoop dat dat voldoende zal zijn voor de personen in de dringende hulpverlening, natuurlijk behoudens zij die met vrijwillige brandweermensen werken. Er is ook nog de hele sector, waarbij ik bijvoorbeeld denk aan het Rode Kruis en de andere privédiensten. Het is vijf voor twaalf om een oplossing daarvoor te bieden. Maar is er voor de financiering van de verplichte verzekering die u oplegt, een bijdrage vanwege de overheid? Is daarover overlegd met de sector?

13.04 Minister Rudy Demotte: Ik kan alleen maar het antwoord voorlezen, want ik heb natuurlijk geen kennis van de onderhandelingen die hebben plaatsgevonden. Men mag natuurlijk geen onderscheid maken tussen de manier waarop de verplichting geldt voor alle andere sectoren – ik heb het over de dekking door de verzekeringen – en de ambulanciers. Voor alle andere aspecten van de wet, waarvoor een verplichting bestaat, was er niet in een financiering voorzien.

13.05 Yolande Avontroodt (VLD): Voor mij is dat een nieuw element. Ik denk dat die kosten aanzienlijk kunnen zijn. Men geeft die personen de verantwoordelijkheid en men wil de beroepsverzekering verplichten, en daar kan ik inkomen. Het mag echter geen vestzak-broekzakoperatie worden met de vergoedingen die kunnen worden verhoogd. Goed, dat is een ander facet, maar hopelijk hebt u daarover overlegd of kan er daarover een overleg worden georganiseerd. Ik weet dat het Rode Kruis, Ambuce, de Unie der Belgische Ambulancediensten en het Vlaamse Kruis zich hebben verenigd in één gezamenlijk standpunt daarover.

Hopelijk is er hier een eerste aanzet voor een oplossing.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tbc-opsporing" (nr. 14866)

14 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de la tuberculose" (n° 14866)

14.01 Yolande Avontroodt (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag betreft de zin of onzin van de verplichting van tuberculoseopsporing bij mensen die werkzaam zijn in de horeca of die in aanraking komen met voedingswaren.

Reeds sedert jaren geldt dat mensen in de horecasector verplichte opsporingstests moeten ondergaan om te zien of zij al dan niet drager zouden zijn van tuberculose of eventueel zelf besmet zijn of besmettelijk zijn. Dankzij recente ontwikkelingen in de wetenschap is duidelijk aangetoond dat die screening niet meer verantwoord is en dat de opsporing van actieve tuberculose op een andere manier zou moeten gebeuren.

Vroeger maakte men een onderscheid met degenen die in de horeca werkzaam zijn en eventueel zelf rechtstreeks andere personen zouden kunnen besmetten, in casu in een discotheek of op plaatsen waar heel veel mensen dicht bij mekaar vertoeven.

Mijnheer de minister, blijkbaar is het toch ook uw verantwoordelijkheid. Overweegt u, en binnen welke termijn, om de verplichting om mensen die in de voedingssector werken, te onderwerpen aan een tuberculusetest te schrappen en een andere procedure op te starten?

14.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw Avontroodt, het is steeds mijn bedoeling geweest de huidige reglementering, in het koninklijk besluit van 17 maart 1971 te actualiseren en ook te vereenvoudigen.

Een gezamenlijke werkgroep van het wetenschappelijk comité van het voedselagentschap, het FAVV, en de Hoge Gezondheidsraad heeft zich gebogen over de problematiek van het medisch attest en van tbc voor personen die betrokken zijn bij de productie, de bewerking, de verwerking en het hanteren van levensmiddelen.

Het advies, dat al door het FAVV goedgekeurd is, moet volgens de procedure ook de instemming van beide comités krijgen. De goedkeuring door de Gezondheidsraad is gepland voor de volgende vergadering van het college in mei 2007.

14.03 Yolande Avontroodt (VLD): Op welke manier zal men dan de tuberculosebewaking organiseren?

14.04 Minister Rudy Demotte: Dat wordt georganiseerd via een attest.

14.05 Yolande Avontroodt (VLD): Ik begrijp dat het gaat over een attest van de huisarts en niet over verplichte testen.

14.06 Minister Rudy Demotte: (...) Er is ter zake reeds onderhandeld en er werd voor volgende week een vergadering gepland met het Rode Kruis. Naar verluidt zouden er zich a priori geen problemen voordoen.

14.07 Yolande Avontroodt (VLD): Zij situeren zich dus allen op dezelfde lijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van de heer Francis Van den Eynde aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de communautaire problemen bij het Rode Kruis" (nr. 14532)

15 Question de M. Francis Van den Eynde au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes communautaires au sein de la Croix-Rouge" (n° 14532)

15.01 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, ik stel deze vraag over het Rode Kruis, al was het maar omdat de bloedinzameling in heel het land voornamelijk het werk is van het Rode Kruis. Dat heeft uiteraard heel veel te maken met de volksgezondheid en zal uw departement bijgevolg bekommeren.

Het Rode Kruis bestaat bijna honderd vijftig jaar. Het werd opgericht na de slag bij Solferino, maar ik weet niet of het toen al in België bestond. Dat is echter een andere zaak. Het bestaat in elk geval al heel lang, het is een Belgisch monument, bijna even Belgisch als de monarchie. Het Rode Kruis heeft trouwens sinds heel lang een vooraanstaand lid van de koninklijke familie als voorzitter en nog steeds. Het Rode Kruis ging als het ware door voor een instelling die op communautair vlak op zijn minst zeer zeer neutraal was. Het Rode Kruis was in die mate neutraal dat de Vlaamsgezinden in dit land al heel lang geleden een soort van parallelle organisatie opgericht hebben, die het Vlaams Kruis heet. Ik vernoem dat om maar te vertellen hoe het Rode Kruis in Vlaanderen als een zeer Belgische instelling overkwam.

Plots, een goede maand terug, hebben er zich zeer zware problemen voorgedaan, die ik niet anders dan als communautaire problemen kan bestempelen, vermits er een stevige ruzie tot stand is gekomen tussen enerzijds het Vlaamse Rode Kruis, met zetel in Mechelen, en la Croix Rouge, waarvan de hoofdzetel zich in Brussel bevindt.

De herrie heeft voornamelijk te maken met de financiële kant van de zaak. De Franstalige vleugel van het Rode Kruis zou, wat betreft het laatste jaar waarover de cijfers beschikbaar zijn, een verlies geboekt hebben van 6 miljoen euro, terwijl het Rode Kruis in Vlaanderen een winst maakte van 16 miljoen euro. Met andere woorden, het Vlaamse Rode Kruis betaalt voor het financieel debacle van het Franstalige Rode Kruis en wijt dat financieel debacle voornamelijk aan het personeelsbeleid aldaar en aan de grote sier die er gevoerd wordt.

Aan het hoofd van de twee instellingen - het Belgische Rode Kruis bundelt in feite de beide instellingen - staat prinses Astrid als voorzitter. Die heeft een dame laten aanstellen als haar persoonlijke assistente wat betreft de problemen van het Rode Kruis. De opdracht die men zou kunnen verwachten van die dame, bestaat erin dat zij probeert oplossingen aan te brengen voor de conflicten die zich voordoen. Dat zou ze echter niet gedaan hebben. In opdracht van wat ik met een eufemisme het Hof zal noemen, zou zij constant de zijde van de Franstaligen gekozen hebben en een belgicistische kaart uitgespeeld hebben ten opzichte van de mensen van het Vlaamse Rode Kruis, die in feite niets meer of minder zouden willen tot stand brengen van wat zij noemen rechtspersoonlijkheid of zelfstandigheid. Ik zou dat in politieke termen willen vertalen als het Vlaamse Kruis wil een soort confederaal systeem en het Belgische Rode Kruis en ook de monarchie verzet zich hiertegen.

Dat heeft heel wat problemen veroorzaakt, zozeer zelfs dat er een proces gekomen is over het ontslag van de assistente van prinses Astrid. Zij werd ontslagen door het Vlaamse Rode Kruis, dat voornamelijk voor de verloning van de dame zorgt. Het ontslag is niet gegeven door het Franstalige Rode Kruis, met als gevolg dat op het proces voor de arbeidsrechtbank er twee advocaten waren van het Rode Kruis, die elkaar volledig tegenspreken en die tegenovergestelde standpunten verkondigden.

Nu kom ik natuurlijk terug op de problematiek van het Rode Kruis als belangrijke pion in de volksgezondheid. Ik denk dat hier toch een tussenkomst mag verwacht worden vanwege de regering. Ondertussen is de zaak nog dramatischer geworden. De voorzitter van het Vlaamse Rode Kruis heeft ook al ontslag genomen, want hij wordt door de rest van het Rode Kruis beschouwd als te koningsgezind. Het staat nergens geschreven, maar het komt daar op neer. Met andere woorden, het zit de Vlamingen in het Rode Kruis zeer hoog. Ik kom vragen wat het standpunt van de regering is ter zake.

15.02 Minister Rudy Demotte: De regering betreurt dat zo'n belangrijke organisatie als het Rode Kruis in een negatief daglicht komt te staan en dat prinses Astrid hierin wordt meegesleurd.

De regering roept alle betrokkenen op hun gezond verstand te gebruiken en het gerezen conflict niet op de spits te drijven.

Ik voer al enige tijd gesprekken met de drie vleugels van het Rode Kruis. Nog voor de paasvakantie werden op mijn kabinet in een constructieve sfeer een aantal afspraken gemaakt, maar er zijn nog andere vergaderingen voorzien in de komende dagen en weken, die een akkoord moeten afsluiten.

De eerste minister is ervan overtuigd dat alle partijen een bevredigende oplossing moeten vinden. Zij zijn het immers verplicht aan de talrijke vrijwilligers en aan de gemeenschap, die de werkzaamheden van het Rode Kruis ondersteunen en op een deskundig beheer moeten kunnen rekenen.

Die federale overheid heeft, als belangrijkste sponsor van het Rode Kruis, haar financiële inspanningen de jongste jaren nog opgedreven. U weet dat wij, in de bloedproblematiek bijvoorbeeld, nog enkele miljoenen euro hebben gespendeerd om het Rode Kruis te steunen.

Ten slotte wijst de eerste minister op de ondersteuning die het Rode Kruis door de jaren heen heeft genoten vanwege het Koningshuis. Met volledig respect van de autonomie van elk van de afdelingen, heeft Koning Albert II in het verleden een prominente rol gespeeld, een rol die nu in dezelfde geest door zijn dochter, prinses Astrid, werd overgenomen.

Ik verwacht nu dat de verschillende actoren gedurende de volgende weken een goede oplossing vinden.

15.03 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik heb een zeer korte repliek.

Ten eerste, ik onthoud uit uw antwoord dat de eerste minister dit dossier nog altijd behandelt, wat toch aantoont dat hij de zaak zeer au sérieux neemt.

Ten tweede, ondanks dat het de eerste minister is, is men in feite niet echt heel ver gevorderd, wat mij niet verbaast, aangezien ik weet dat heel het conflict veel dieper zit dan men meestal denkt. Mijnheer de minister van Volksgezondheid, bij het Vlaamse Rode Kruis zijn het geen militante flaminganten. Als zij boos worden, moeten ze wel een reden hebben.

Ten derde, ik hoor dat men probeert te bemiddelen bij de verschillende partijen. Ik geef u of de eerste minister een tip mee. Het zou misschien goed zijn de voorzitter, prinses Astrid, aan te bevelen iets of veel discreter te werk te gaan in die zaak. Ik zal u een voorbeeld geven dat mij persoonlijk heeft gestoord. In het Gentse is er een vrijwilliger van het Rode Kruis, die man heeft een getuigschrift in het Nederlands, maar voor redenen die de zijne zijn – ik wil daarover hier geen woord zeggen en ik weet niet waarom – wou hij absoluut een Franstalig getuigschrift. Hij kon dat niet krijgen van het Vlaamse Rode Kruis, hij heeft geschreven naar de prinses en hij heeft er van haar een gekregen. Dit is misschien niet zeer diplomatisch, want in feite springt de prinses daar over de bevoegdheid van het Vlaamse Rode Kruis. Nogmaals, over de beweegredenen van die man om dat document te krijgen, spreek ik mij niet uit, maar het was niet zeer diplomatisch. Ook dat is misschien eufemistisch.

Ik dank u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van de heer Francis Van den Eynde aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "schapenvlees" (nr. 14781)

16 Question de M. Francis Van den Eynde au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la viande de mouton" (n° 14781)

16.01 Francis Van den Eynde (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik wil u bedanken omdat u ermee akkoord ging dat ik mijn vragen vanmiddag samen mocht komen stellen. U weet dat ik ook de commissie voor de Infrastructuur moest voorzitten. Het was moeilijk voor mij om tegelijkertijd op twee plaatsen te zijn. Ondanks mijn omvang kan ik mij niet in twee snijden.

Mijnheer de minister, deze vraag vindt – ik beken het – voor een deel haar oorsprong in nieuwsgierigheid en ook voor een deel in het feit dat wij af en toe bekommerd moeten zijn over dierenwelzijn. U kent de organisatie GAIA. Ik moet ze u niet voorstellen. GAIA beweert, zwart op wit, dat al het schapenvlees dat wij in dit land eten op halal-wijze wordt geslacht.

Godsdienst is ons allemaal dierbaar, maar slachten op halal-wijze is een rituele slachting. Rituele slachtingen zijn toegelaten bij wijze van uitzondering, voor religieuze redenen en mogen alleen maar plaatsvinden in slachthuizen of op erkende slachtvloeren. Ik zal u, de minister van Volksgezondheid, niet beledigen door u uit te leggen wanneer rituele slachtingen mogen of niet mogen. De rituele slachtingen zijn

in elk geval gebaseerd op godsdienstige rituelen omdat ze nu eenmaal vrij pijnlijk uitvallen voor de betrokken dieren. U weet het, ze worden naar Mekka gedraaid en de keel wordt overgesneden zonder verdoving, terwijl het bij ons de regel is dat dieren die geslacht worden verdoofd worden. Ik kan begrip opbrengen voor godsdienstige tradities, maar dan moet het zo blijven en mag het geen algemene regel worden.

Ik heb de volgende vraag.

Klopt de bewering van GAIA of is ze sterk overdreven? Indien ze klopt, zijn er verschillende problemen. De consument heeft ten minste het recht te weten of het vlees dat hij koopt van ritueel geslachte dieren komt. Er is in dat geval ook een probleem met het dierenwelzijn.

16.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Van den Eynde, het schapenvlees dat in België wordt verkocht is afkomstig van dieren die ofwel in België geslacht zijn en waarvan het vlees in België in de handel wordt gebracht, ofwel van dieren die geslacht zijn in het buitenland: in een ander land van de Europese Unie, bijvoorbeeld Groot-Brittannië, of in een derde land, bijvoorbeeld Australië. Na veterinaire inspectie in een grensinspectiepost wordt het vlees in België in de handel gebracht. Het is voor schapen die niet in België geslacht zijn niet mogelijk uit te maken of die schapen op rituele of op conventionele wijze werden geslacht.

Het vlees van dieren die voor eigen consumptie worden geslacht in tijdelijke erkende slachtplaatsen of in erkende slachthuizen, bijvoorbeeld bij particuliere slachtingen ter gelegenheid van het Offerfeest, komt daarbij niet in aanmerking omdat het niet in de handel mag worden gebracht, evenmin trouwens als vlees van schapen die met verdoving bij de eigenaar thuis voor eigen consumptie worden geslacht.

Wat het slachten voor commerciële doeleinden in België betreft, is de verdeling tussen conventioneel slachten en ritueel slachten voor 2006 als volgt: conventionele slacht: 112.206 schapen, en slacht volgens ritus: 51.656 schapen. Deze cijfers zijn gebaseerd op de gegevens van Beltrace, het traceer- en identificatiesysteem in de slachthuizen in België.

Het is niet zeker dat al dat vlees in België in de handel wordt gebracht om in België te worden gebruikt. Het is immers mogelijk dat een deel van het vlees wordt uitgevoerd. Het is bijgevolg totaal onjuist te beweren dat het vlees dat in België wordt verkocht afkomstig is van dieren die ritueel worden geslacht.

Ik vestig uw aandacht op het feit dat België ongeveer 83% van zijn schapenvlees invoert, daar de zelfvoorzieningsgraad ongeveer 17% is.

16.03 **Francis Van den Eynde** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik neem aan dat we van het ingevoerd vlees uiteraard niet weten hoe het geslacht is. Voor de rest onthoud ik dat van de dieren die hier geslacht worden – ik heb de nuance genoteerd: geslacht betekent niet hier geconsumeerd – ongeveer een derde ritueel en twee derde niet ritueel geslacht is.

De vraag rijst, maar daar kunnen we nu niet op antwoorden, of dat niet aan de consument signaleerd moet worden als het in de handel komt. Ik denk dat nogal wat consumenten omwille van dierenleed morele bezwaren kunnen hebben tegen het eten van halalvlees, maar dat is een ander debat.

16.04 Minister **Rudy Demotte**: U weet dat alle specificaties op de producten aanvaard moeten worden door Europa. Ik weet dat wij in het verleden al veel problemen hadden, gelet op de concurrentiewetten.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 **Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tarifs des emplacements de parkings des hôpitaux" (n° 14895)**

17 **Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tarieven van ziekenhuisparkings" (nr. 14895)**

17.01 **Colette Burgeon** (PS): Monsieur le ministre, sauf exception, les hôpitaux appliquent des tarifs élevés dans leurs parkings visiteurs. Aucune étude n'existerait en Belgique sur le sujet, au contraire d'autres pays.

La presse a récemment rapporté que vous étiez régulièrement interpellé par les directions d'hôpitaux qui sont contraintes de facturer aux visiteurs des montants importants. Cette question ferait l'objet d'une

réflexion au sein du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH). La piste suivie serait d'accorder une enveloppe budgétaire plus élevée aux cliniques qui accepteraient de rendre leur parking gratuit. La mesure s'inscrit dans un système de refinancement spécifique comme c'est déjà le cas pour les hôpitaux qui ne demandent pas de supplément pour les chambres adultes. Le budget parking relèverait du poste "reconstruction" ou "rénovation des hôpitaux". Libre à ces derniers d'accepter ou de refuser la revalorisation.

Confirmez-vous ces informations? Où en est la réflexion au sein du Conseil national des établissements hospitaliers? Quand ce financement spécifique pourrait-il voir le jour?

17.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la députée, je dois tout d'abord signaler que la demande concernant un avis sur les parkings cadrerait en réalité dans la problématique du calendrier de construction des éléments subsidiables et de révision des arrêtés de 1978 concernant les plafonds à la construction.

Le CNEH n'a, en fin de compte, pas fait de proposition précise en ce qui concerne les parkings, si ce n'est de reprendre les éléments subsidiables pouvant être pris en charge partiellement dans le budget des moyens financiers: la construction de parkings, y compris les surfaces couvertes à concurrence de deux places par lit. J'ai donc suivi cet avis et les arrêtés sont en cours. Leur entrée en vigueur correspondra à celle du calendrier de construction, soit au 1^{er} janvier 2006 et leur publication se fera le plus rapidement possible.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le MON 863, le maïs génétiquement modifié" (n° 14896)

18 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de genetisch gemodificeerde MON 863-maïs" (nr. 14896)

18.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, dans une étude qui vient d'être rendue publique, Greenpeace et le CRII-GEN (Comité de recherche et d'information indépendante sur le génie génétique) mettent une nouvelle fois en cause le maïs génétiquement modifié de la société américaine Monsanto, le MON 863, qui pourrait perturber le foie et les reins.

Selon cette étude financée partiellement par Greenpeace et publiée dans la revue américaine "Archives of Environmental Contamination and Toxicology", la consommation d'OGM entraîne chez les rats nourris aux organismes génétiquement modifiés des perturbations sur les filtres que sont le foie et les reins.

Le MON 863 autorisé en Europe pour l'alimentation animale depuis août 2005 et pour l'homme depuis janvier 2006 est l'objet d'une polémique depuis trois ans. Hélas, l'Agence européenne de sécurité alimentaire a donné un avis positif au MON 863 en avril 2004 le jugeant, je cite: "aussi sûr que le maïs conventionnel". Si les recherches de Monsanto ne sont manifestement pas au point, cela ne signifie pas que les OGM n'ont aucun intérêt.

En médecine, par exemple, les plantes modifiées vont bientôt être utilisées pour obtenir des substances thérapeutiques (vaccins ou médicaments) sans passer par des systèmes chimiques. Les chercheurs ont aussi réussi à déclencher des réponses immunitaires au virus de l'hépatite B chez les souris en les nourrissant de pommes de terre auxquelles on avait inoculé un gène de la maladie.

Quelles sont vos réactions par rapport à cette étude inquiétante? Pourquoi les analyses effectuées par Monsanto restent-elles confidentielles? Quelles sont les études menées actuellement en Europe par les autorités publiques? Envisagez-vous des mesures spécifiques par rapport à ce phénomène?

18.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Burgeon, vos questions sur l'étude du CRII-GEN et le MON 863 sont légitimes. Je vais vous faire part de ma position à ce sujet.

Vous mentionnez l'étude du CRII-GEN sur le MON 863 que je connais et qui semble, elle aussi, sujette à controverse. Des personnes, nombreuses, paraît-il, la considèrent comme inquiétante alors que d'autres ont jugé erronées certaines de ses conclusions. Il existe une controverse. L'Autorité européenne pour la sécurité alimentaire (ASEA) a annoncé qu'elle allait évaluer cette nouvelle publication et essayer d'éclaircir ses

implications sur l'évaluation du risque du MON 863.

Quant à la confidentialité de l'étude réalisée par Monsanto, il est important de rappeler que tout État membre et l'Autorité européenne ont accès au dossier complet, la partie confidentielle comme la non confidentielle, relatif aux demandes d'autorisation d'OGM. Les experts qui évaluent ces dossiers au niveau européen comme dans la plupart des États membres y ont également accès. Néanmoins, l'accès du public aux documents est un sujet délicat et complexe. On doit assurer la transparence des procédures d'évaluation et d'autorisation d'OGM tout en respectant la confidentialité de certaines études, considérant une sauvegarde légitime et la position concurrentielle des firmes. Je suis de près le débat qui est en cours sur ce sujet au niveau européen.

En ce qui concerne les études menées en Europe par les autorités publiques, j'ai déjà indiqué que l'ASEA était en train d'évaluer l'étude du CRII-GEN en tenant compte de toute information qu'elle juge pertinente. L'ASEA tente de donner un avis qu'elle promet dans quelques semaines. En conclusion, pour le moment et dans l'attente de cet avis, je n'envisage pas de prendre des mesures particulières dans ce dossier. J'attendrai les conclusions de l'ASEA pour interpréter l'étude du CRII-GEN de façon plus large en m'appuyant sur l'opinion qui me paraîtra la plus fiable, comme ferait tout ministre de la Santé.

Enfin, j'attire votre attention sur le fait que j'avais déjà décidé pour tout nouveau dossier OGM de demander un avis du Conseil consultatif de bio-sécurité belge en plus de l'avis donné par l'Autorité européenne.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17.01 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.01 uur.