

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

WOENSDAG 25 JUNI 2008

MERCREDI 25 JUIN 2008

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 14.21 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 14.21 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van mevrouw **Sofie Staelraeve** aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "de SINE- en ACTIVA-maatregelen" (nr. 5809)

01 Question de Mme **Sofie Staelraeve** à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "les mesures SINE et ACTIVA" (n° 5809)

01.01 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de SINE- en ACTIVA-maatregelen zorgen ervoor dat kansarmen kunnen worden tewerkgesteld en kunnen doorstromen naar de arbeidsmarkt. Op die manier worden kansen gecreëerd voor hun maatschappelijke integratie.

In uw beleidsnota belooft u deze initiatieven verder te versterken, alsook de begeleiding van de werkzoekenden te versterken, om vooral degenen die nu nog het verst van de arbeidsmarkt staan zo goed mogelijk naar een permanente job te begeleiden.

Opmerkelijk is echter dat, wanneer wij de cijfers zien, we kunnen vaststellen dat vooral in het Waalse landsgedeelte gebruik wordt gemaakt van SINE- en ACTIVA-maatregelen. Ik wil u daarom de volgende vragen stellen.

Wat is de evaluatie van de SINE- en ACTIVA-maatregelen in het algemeen? Hoe beoordeelt u het wisselend succes ervan in de beide landsdelen? Hoe komt dat volgens u? Wat denk u daaraan te doen? Welke concrete initiatieven zult u nemen ter versterking, zoals aangekondigd in uw beleidsnota?

01.02 Minister **Marie Arena**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Staelraeve, uw vraag valt uiteen in twee delen, de maatregelen en de resultaten.

Zowel SINE - sociale inschakelingseconomie - als ACTIVA zijn een uitbreiding van het instrumentarium voor activering waarover de OCMW's beschikken.

Waar artikel 60 vooral de bedoeling heeft om via tewerkstelling mensen opnieuw in te schakelen in het systeem van sociale zekerheid, gaan SINE en ACTIVA een stap verder. Ze bieden beiden een langdurig perspectief op werk doordat zij doelgroepgericht zijn en doordat ook werkgevers die voor het systeem in aanmerking komen mogelijkheden bieden tot omkadering. Daardoor zijn het zeker maatregelen die een OCMW-publiek kansen bieden.

Alleen mogen zij niet los gezien worden van het algemene arsenaal aan mogelijkheden en van de aanpak door verschillende actoren die op het vlak van tewerkstelling en begeleiding naar de arbeidsmarkt actief zijn, en zeker niet los van de situatie op de arbeidsmarkt. Die is verschillend in de verschillende regio's. De werkloosheidscijfers liggen ver uit elkaar, en dus is ook de samenstelling van de groep mensen die verder van de arbeidsmarkt staan anders. Dat heeft zijn effect op de maatregelen die kunnen worden ingezet.

Dat er verschillen bestaan tussen de regio's inzake specifieke instrumenten is op zich niet erg. Het is het gehele plaatje dat in aanmerking moet worden genomen.

U stelde mij de vraag welk concreet initiatief ik zal nemen voor de versterking van de SINE- en ACTIVA-maatregelen. Ik ben ervan overtuigd dat er nog marge is in het naar de arbeidsmarkt leiden van mensen die steun ontvangen van een OCMW. Er gebeurt al veel maar er is meer mogelijk. Ik wil vooral die dynamieken ondersteunen door de drempels weg te werken waardoor bepaalde instrumenten minder gebruikt worden, bijvoorbeeld met artikel 61, en door de stimuli te vergroten bij sommige instrumenten of door de OCMW's structureel te belonen die een grotere inspanning leveren.

Activering van de arbeidsmarkt mag dan al niet de enige weg zijn naar emancipatie, het is wel een belangrijke hefboom om het leven weer in eigen handen te kunnen nemen. Het is ook zeer belangrijk om daaraan te werken met de OCMW's.

01.03 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik vraag mij af wat u precies bedoelt met de drempels die OCMW's ervan zouden weerhouden om nu reeds de middelen voldoende te gebruiken.

Kunt u daar een voorbeeld van geven, en misschien ook een voorbeeld van hoe u denkt dat concreet weg te nemen?

01.04 Minister **Marie Arena**: Bijvoorbeeld, artikel 61 is niet gemakkelijk om te gebruiken voor ondernemingen. We zullen zien of het gemakkelijker is om artikel 60 te gebruiken voor ondernemingen, of misschien kunnen we artikel 61 aanpassen om het werk tussen de OCMW's en de ondernemingen beter op mekaar af te stemmen.

01.05 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Is een vergelijking met de IBO-maatregel correct, waarbij in bedrijven stage wordt voorzien, of is dat op een heel ander terrein?

01.06 Minister **Marie Arena**: Het gaat niet om een stage. Het ligt in de bedoeling om artikel 61 te veranderen. De bijdrage van de werkgevers, van de ondernemingen, is misschien te hoog op dit moment.

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

02 **Vraag van mevrouw Sofie Staelraeve aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "de OCMW-steun aan geregulariseerden" (nr. 6010)**

02 **Question de Mme Sofie Staelraeve à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "l'aide du CPAS dont bénéficient les personnes régularisées" (n° 6010)**

02.01 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ons buurland Nederland organiseerde in 2007 een generaal pardon voor asielzoekers. Alle vluchtelingen die nog voor april 2001 onder de oude vreemdelingenwet asiel hadden aangevraagd en nog in Nederland waren, kregen een verblijfsvergunning. De maatregel kostte de Nederlandse overheid jaarlijks 40 tot 50 miljoen euro aan bijstandsuitkeringen. Dit blijkt uit een rapport dat in het voorjaar in Nederland voor heel wat ophef heeft gezorgd. Men stelde immers vast dat heel wat geregulariseerde mensen in een steunparcours terechtwamen en daarin ook bleven vastzitten omdat zij onvoldoende werden geactiveerd of begeleid naar een permanente of passende job en misschien ook onvoldoende opleiding kregen.

In België hebben wij al een grootscheepse regularisatiecampagne achter de rug. 30.000 mensen kregen de mogelijkheid om zich te laten regulariseren. Naar analogie van wat in Nederland werd vastgesteld, wilde ik u vragen of u cijfers kan geven over het aantal geregulariseerde mensen van de wet van 1999 dat momenteel nog steun van het OCMW krijgt? Hoeveel mensen werden geregulariseerd en hoeveel mensen daarvan krijgen nog steun? Vindt u het in het raam van het budget en als verantwoordelijke minister niet veeleer noodzakelijk dat werk wordt beloond en geldt als een eventueel criterium voor toekomstige regularisaties?

02.02 Minister **Marie Arena**: Mevrouw de voorzitter, ten eerste, cijfers in verband met de regularisatie kan ik niet geven om de eenvoudige reden dat dit niet apart wordt bijgehouden. Wie geregulariseerd is, heeft een volwaardig burgerschap en valt onder de voorwaarden die recht op een leefloon geven, als de

bestaansmiddelen onvoldoende zouden zijn. De statistische gegevens worden dus in het geheel opgenomen.

Als enige, weliswaar ruwe, indicatie kan ik aangeven dat in drie steden en enkele gemeenten een specifieke werking is opgezet voor geregulariseerden met middelen uit het federaal grootstedenbeleid. In 2007 werden zo 1.500 geregulariseerden in Antwerpen en 1.300 in Luik bereikt. In Brussel ging het in 2006 om 280 dossiers, 200 in Molenbeek, 150 in Sint-Joost-ten-Node en 265 in Schaarbeek.

Nogmaals, dat zijn rudimentaire aanduidingen die betrekking hebben op individuele acties, zoals het geven van taallessen.

Ik kom tot uw tweede vraag. In het raam van de begeleiding naar meer emancipatie beschikken OCMW's over een ruim instrumentarium van maatregelen om activering te stimuleren. Voor een omzendbrief is werkbereidheid belangrijk, in het Frans "employabilité". Dat is de basis voor een geïndividualiseerde begeleiding die vanuit het OCMW kan worden opgezet.

Ik vind het criterium van werkbereidheid dus zeer belangrijk. Velen hebben geen kans op legaal werk als zij geen papieren hebben. Voor tal van personen is het dus zeer moeilijk werk te krijgen zonder papieren. De werkbereidheid is dus zeer belangrijk voor de omzendbrief.

02.03 Sofie Staelraeve (Open Vld): Mevrouw de minister, ik vind het een vreemde vaststelling dat er daarvoor blijkbaar geen cijfermateriaal aanwezig is en dat de overheid geen zicht heeft op het parcours dat zij afleggen, wat de succesfactoren en de mogelijke valkuilen zijn. Zo zouden wij ons beleid kunnen verbeteren en hen meer kansen geven, zeker wanneer wij kijken naar wat in Nederland is gebeurd. Het verbaast mij dat daarover geen concrete gegevens zijn.

Daarnaast hebt u een aantal voorbeelden van steden en gemeenten aangehaald die middelen hebben gebruikt voor deze groep. U spreekt over begeleiding. Betekent dat dat zij die in die gemeente begeleiding kregen, ook tegelijkertijd steun van de OCMW's ontvingen, een tegemoetkoming voor maatschappelijke integratie? Het gaat over de cijfers die u hebt genoemd.

02.04 Minister Marie Arena: Ja, tegelijkertijd.

02.05 Sofie Staelraeve (Open Vld): En zij kregen dan een specifieke extra begeleiding in dat specifieke OCMW?

02.06 Minister Marie Arena: Ja.

02.07 Sofie Staelraeve (Open Vld): Ik heb ook vragen bij de norm werkbereidheid. Uiteraard is dat een norm voor alle OCMW's wanneer zij steun toekennen. Maar hoe definiëren wij de werkbereidheid?

02.08 Minister Marie Arena: We zijn in onderhandeling met mevrouw Turtelboom om dat te definiëren. Het is niet gemakkelijk maar ik vind dat zeer belangrijk, bijvoorbeeld de kennis van talen, de kwalificaties en andere criteria.

Wat uw eerste vraag betreft, de mensen die geregulariseerd worden zijn Belgen. We hebben geen etnische statistieken in België of in de OCMW's. We hebben een studie gevraagd aan het Centrum voor Gelijkheid van Kansen.

On ne dispose d'informations que pour un échantillon de personnes. Le Centre pour l'égalité des chances va nous fournir des indications sur les trajectoires de certaines personnes qui sont sorties de la demande d'asile, qui ont été régularisées. On pourra ainsi observer la trajectoire suivie par ces personnes et connaître les difficultés qu'elles rencontrent.

Un rapport nous sera communiqué à Mme Turtelboom et moi-même en la matière. Il ne s'agira pas de statistiques automatiques. On part en effet du principe que les personnes régularisées ont les mêmes droits que les Belges. Il n'y a donc pas de statistiques spécifiques.

Dès que nous disposerons des informations, nous pourrons venir au Parlement les communiquer.

02.09 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Hebt u enig idee of de studie vóór of na het reces bekendgemaakt zal worden?

02.10 **Marie Arena**, ministre: Je dois vous avouer que Mme Turtelboom et moi-même devons prendre contact avec le Centre pour l'égalité des chances. Cette étude a été commandée par le ministre Dupont.

Dès que nous serons en possession d'une analyse du rapport que le Centre réalise, nous vous communiquerons les informations. Ce rapport sera public car quand le centre réalise des études, elles sont versées dans le rapport d'études. Je me ferai un plaisir de venir en discuter en commission mais je pense que ces informations seront accessibles à tous les parlementaires par le biais du Centre.

La **présidente**: Ce sera l'occasion d'un beau débat.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "dringende medische hulp aan mensen zonder wettig verblijf" (nr. 6289)**

03 **Question de Mme Maggie De Block à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "l'aide médicale urgente accordée aux personnes en séjour illégal" (n° 6289)**

03.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik heb in het verleden al eens een vraag over het onderwerp aan de toenmalige minister gesteld, zonder een duidelijk antwoord te krijgen.

Voor mensen zonder wettig verblijf kan een geneesheer terecht dringende medische hulp bieden. Vermits het aantal mensen zonder papieren echter vooralsnog niet daalt en die mensen hier steeds langer verblijven, rijst het volgende probleem. In het koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp aan vreemdelingen zonder wettig verblijf wordt geen opsomming gegeven van wat men dient te begrijpen onder dringende medische hulpverlening aan die mensen.

Het koninklijk besluit stelt dat dringende medische hulp zowel van preventieve als van curatieve aard kan zijn. Het gaat dus over een heel breed gamma van zorgverstrekkingen zoals een ingreep, een bevalling, een onderzoek, kinesitherapeutische bevindingen, tandzorg, medicatie enzovoort. Dat kan allemaal in aanmerking komen. Die zorg kan zowel ambulante als in een verpleeginstelling worden verstrekt, met inbegrip van de noodzakelijke nazorg, thuisverpleging, kinesitherapie enzovoort.

In de praktijk beslist doorgaans de behandelende arts of de hulpverlening al dan niet als dringend moet worden beschouwd. Het OCMW, dat instaat voor de terugbetaling van de dringende hulp, kan eventueel bij twijfel of bij uit de pan rijzende kosten een tegenexpertise laten uitvoeren door een geneesheer. Daarbij moeten wij wel in aanmerking nemen dat de toegediende zorg onder de verantwoordelijkheid van de geneesheer qua indicatie onder het beroepsgeheim valt. De tegenexpertise is dus niet zo'n gemakkelijke zaak en wordt ook door de OCMW's niet nodeloos gedaan.

Toch zorgt die invulling van het begrip dringende medische zorgverlening al jaren voor onduidelijkheid. In sommige gevallen zou er zelfs sprake zijn van oneigenlijk gebruik. Dat gaat bijvoorbeeld ook op voor tandartsen. Men kan bijvoorbeeld een tand laten trekken of vullen. Volgens mij is dat dringende, noodzakelijke zorg. Een hele mond vol tanden vervangen door prothesen, al of niet in de gepaste kleur, is natuurlijk een andere zaak.

Ik zou graag van u vernemen of u overweegt om het KB aan te passen en een limitatieve lijst op te maken van wat er precies onder de dringende medische hulpverlening dient te worden begrepen.

03.02 Minister **Marie Arena**: Ik heb dezelfde vraag een maand geleden gekregen en ik heb toen antwoord gegeven, maar ik zal toch antwoorden.

Mensen zonder wettig verblijf hebben recht op dringende medische hulpverlening. Het plaatselijke OCMW neemt de kosten voor zijn rekening en de POD Maatschappelijke Integratie betaalt die terug binnen wettelijk vastgelegde criteria en op voorwaarde dat het OCMW een getuigschrift voorlegt waaruit blijkt dat de geboden hulp dringend noodzakelijk is.

Een van de voorwaarden is bijvoorbeeld dat de verstrekking voorkomt op de lijsten van de RIZIV-nomenclatuurcode of van de pseudonomenclatuurcode. Het klopt dat het de arts is die bepaalt of de verstrekking dringend is of niet. Een OCMW kan altijd een tegenexpertise aanvragen, maar het is niet zo gemakkelijk een tegenexpertise te doen.

Het werken met een gesloten lijst, zoals bij het RIZIV gangbaar is, garandeert een gelijke behandeling. Of de medische interventie wel of niet dringend is, is een medische beoordeling. Alleen een arts kan dat beoordelen. Het hangt af van de persoon, de situatie enzovoort. In een koninklijk besluit een omschrijving vastleggen van wat medisch dringend is, lijkt mij om die reden dan ook niet haalbaar. Men kan dat te gemakkelijk zeggen zonder de patiënt te kennen, maar het is een kwestie van de arts, niet een kwestie van een koninklijk besluit, om te zeggen of het dringend is. Ik vind het dus geen idee een lijst te maken van dringende of niet-dringende medische hulpverlening.

03.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik ben geen vast lid van deze commissie, dus ik had geen idee dat de vraag een maand geleden ook al aan u gesteld was. Het antwoord is mij dan ook ontsnapt.

De arts is blijkbaar rechter en partij. Hij oordeelt of de door hem toebedeelde zorg dringend is of niet. Ik ga er wel vanuit dat mijn collega-artsen ter zake redelijk correct zouden kunnen oordelen, maar ik ga er ook vanuit dat sommige collega's arbitrair oordelen.

Er zijn wel degelijk misbruiken gerapporteerd. De tandarts oordeelt ook zelf. Als een tandarts zegt dat men een hele mond nieuwe kronen moet hebben, dan is hij rechter en partij. Hij plaatst de kronen en rekent zijn honorarium aan. Hij kan zelf beslissen of het noodzakelijk is of niet.

Ik ben wel van oordeel dat het misschien niet zo interessant is om in alle gevallen nadien te zeggen dat het geen dringende ingreep was. In een aantal gevallen, als de kosten echter de pan uitswingen, ben ik toch van oordeel dat er iets aan gedaan moet kunnen worden. Ik hoef u niet te zeggen dat die kosten werkelijk zeer hoog kunnen oplopen. Het gaat nu ook al om esthetische ingrepen, die voor andere mensen ook niet binnen de nomenclatuurlijst vallen. Het rechtzetten van een kaak of het remodeleren van een neus omdat er een obstructie is, moet voor een ander ook aangevraagd worden. Ik wil u toch vragen om daar in de toekomst met de nodige aandacht naar te kijken.

Ik zal nog eens de cijfers opvragen van de bedragen die daaraan gespendeerd worden. De OCMW's hebben er ten eerste een probleem van cash flow mee, omdat de facturen direct moeten betaald worden. Het duurt bovendien een tijdje voor ze het geld terugkrijgen. Ten tweede ben ik het er wel mee eens dat medische hulpverlening voor iedereen hetzelfde moet betekenen. Ze moet dan echter ook voor iedereen gelijk zijn. We moeten daarin de lat gelijk leggen.

03.04 Minister Marie Arena: Ik ben het met u eens dat, als er misbruiken zijn in de medische hulp, we daaraan moeten werken. Het is echter niet gemakkelijk om een lijst op te stellen voor dringende of niet-dringende medische hulp. De tegenexpertises van de OCMW's moeten misbruiken tegengaan. Een lijst als middel tegen misbruiken vind ik echter geen goed idee.

03.05 Maggie De Block (Open Vld): Ik heb begrip voor uw argument. U zegt dat het niet op te lossen valt door een lijst. Er moet dan gewoon, met bewaring van het beroepsgeheim, een procedure opgesteld worden waarmee men kan bekijken of het bedrag in feite overeenstemt met de dringende medische hulpverlening die op dat moment moest worden geboden, inclusief de nazorg. Dan kan men daar een balans van maken.

La présidente: Nous allons devoir clore cet échange, vu que le temps pour les questions est limité. En ce qui concerne les questions posées et reposées, il faut que nous prenions des dispositions. Idéalement, il faudrait que les services où sont déposées les questions puissent dire au parlementaire qu'elle a déjà été posée et renvoyer aux Questions-Réponses, pour voir s'il y a des éléments nouveaux. Il faut rappeler que le ministre a l'autorisation de dire qu'il a déjà répondu et de renvoyer le parlementaire à cette question.

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

04 Question de Mme Zoé Genot à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "la prise en charge des frais médicaux relatifs aux grévistes de la faim" (n° 6603)

04 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "de tenlasteneming van de medische kosten van de hongerstakers" (nr. 6603)

04.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, actuellement, comme vous le savez, deux lieux sont occupés par des sans-papiers en grève de la faim: l'église du Béguinage dans le centre ville et une église à Forest.

À l'heure actuelle, la situation est assez compliquée. D'ailleurs, j'ai interrogé ce matin Mme Turtelboom pour tenter de la convaincre d'établir un dialogue un peu plus poussé afin de mettre fin à ces grèves qui mettent en danger les personnes concernées. Mon objectif était également de lui demander de faire avancer les négociations en vue d'établir ces fameux critères de régularisation promis aux sans-papiers depuis maintenant des années. On leur demande de patienter, de se mobiliser, mais sans grève de la faim. Manifestement, certains désespérés n'ont trouvé que ce moyen pour se faire entendre.

Dans "De Standaard" d'aujourd'hui, j'ai lu le témoignage du docteur Wuidar selon lequel "une mort peut survenir à tout moment; en effet, certains souffrent déjà de séquelles importantes aux reins et, pour d'autres, ce sont des problèmes au cerveau ou au cœur. Bref, la situation médicale est grave.

Madame la ministre, ma question a été rédigée voilà déjà trois semaines, c'est-à-dire au début de la grève de la faim, au moment où l'on s'est rendu compte de la difficulté d'organiser le suivi médical de ces personnes. Depuis, M. Mayeur et vous-même avez eu l'occasion de discuter et, par la presse, j'ai appris que la situation avait été résolue et que le suivi médical était dorénavant bien organisé. J'ai donc décidé de retirer ma question.

Si je suis revenue sur cette décision, c'est que ce suivi médical sur le terrain n'est malheureusement pas aussi performant que souhaité vu que les médecins sont trop peu nombreux. Comme d'habitude, les maisons médicales et certains médecins font preuve de bonne volonté, mais ils sont surchargés de travail. C'est pourtant bénévolement qu'ils passent de longues heures afin d'assurer ce suivi médical. Ce type de suivi est, selon moi, inacceptable: il s'avère impossible, dans de telles conditions, d'assurer le suivi médical d'autant de personnes en très mauvaise santé.

Madame la ministre, pourrait-on renforcer cette équipe de médecins? La situation est telle qu'Ecolo Bruxelles a dû s'engager à payer la facture relative aux honoraires des médecins de garde appelés au chevet des grévistes, sinon ils refusaient de s'y rendre.

Le mode de fonctionnement actuel est inadmissible.

Tout à l'heure, il a été question d'acte chirurgical, mais nous n'en sommes pas là. Il est plutôt question de prise de vitamines B afin de permettre au cerveau de continuer à fonctionner convenablement malgré l'absence de nourriture. Or le CPAS de Bruxelles-Ville, par exemple, a décidé de ne plus les rembourser considérant qu'il s'agit d'un produit de confort. Voilà le type de difficultés sur le terrain.

Madame la ministre, au vu de ce bilan, quelles mesures pourraient-elles être envisagées pour payer les prestations des médecins appelés au chevet de ces personnes? On parviendrait alors à en mobiliser davantage. Les médecins qui ont assuré le suivi médical des grévistes de la rue Royale n'ont jamais été payés, malgré le faible nombre de reçus rédigés relativement au nombre important d'heures effectivement prestées.

04.02 Marie Arena, ministre: Je ne me permettrai pas de parler ici du contexte de l'action "grève de la faim", ni de l'opportunité de ce moyen d'action; ces grèves de la faim feront certainement l'objet d'autres discussions. Le fait est que les pouvoirs locaux, les CPAS en particulier, sont confrontés à une action qui ne relève pas de leur responsabilité, mais de celle de services les concernant tout particulièrement. Il est vrai qu'un soutien est offert afin de protéger contre les catastrophes les personnes elles-mêmes et l'environnement. On parlait de personnes dans des situations très précaires – c'est peu dire –, comme c'est également le cas dans les exemples que vous citez. Via le système de l'aide médicale urgente, une intervention dans l'accompagnement médical est effectivement prévue. On voit là que l'aide médicale urgente prend tout son sens pour ces personnes.

Ce système vous est bien entendu connu: un CPAS peut décider d'accorder une aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal. Un médecin doit néanmoins attester de l'urgence médicale. Si un CPAS

l'autorise dans le cadre d'une grève de la faim, les frais peuvent être récupérés auprès du SPP Intégration Sociale.

En ce qui concerne les actions en cours, il existe de conventions entre le CPAS et le SPP. Pour les personnes qui entrent en ligne de compte pour une aide médicale urgente, un examen social peu consistant (pas de longue enquête durant des jours) est effectué et un médecin agréé délivre une attestation d'urgence. Si elle est validée au sein du Conseil de l'Aide Sociale comme un dossier pour une aide individuelle, les frais seront récupérés auprès du SPP et le remboursement suivra.

Il ne m'est pas possible de prévoir un traitement distinct pour une catégorie spécifique et, en particulier, en ce qui concerne les actions de grève de la faim. Il s'agit bien du mécanisme global de l'aide médicale urgente. Dès lors, le suivi se fait dans le cadre et les dispositions légales existantes. Cependant je peux manifester de la compréhension pour cette charge supplémentaire au préjudice des CPAS.

Pour cette raison, les exigences administratives sont effectivement prises en considération: un examen social le plus "light" possible pour les personnes qui figurent dans une liste fermée et la garantie que la présentation d'une attestation médicale sera suivie d'un remboursement. C'est ce qui a été convenu et qui doit être suffisant, j'espère, pour garantir au médecin un remboursement.

Il est vrai, comme vous le disiez, que ces médecins font preuve d'un engagement exemplaire envers ces personnes en difficulté; il ne serait donc pas juste qu'ils ne soient pas rémunérés, remboursés. Normalement, le cadre légal existant doit permettre de le prendre en considération, mais toujours avec l'autonomie communale de la décision du CPAS de pouvoir rentrer dans cette logique. Le cadre légal permet un certain nombre de choses. Il s'agirait d'un mauvais signal si, particulièrement vis-à-vis de la grève de la faim, un dispositif spécifique était élaboré.

Il importe que les CPAS se montrent attentifs et utilisent au mieux le cadre légal pour répondre à ces attentes. Quand une difficulté surgit, nous en dialoguons avec les CPAS concernés, car ce sont manifestement souvent les mêmes qui sont confrontés à ces problèmes.

04.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, cela ne fonctionne pas pour le moment. De nouveaux médecins ne rejoignent pas leurs confrères qui assurent traditionnellement ce suivi médical. Et comme ceux-ci ne sont pas payés, cela n'améliore pas la situation.

Une réunion de coordination doit être rapidement organisée pour délivrer, dans le cadre légal actuel, un signal plus positif afin que d'autres médecins s'engagent dans ce suivi.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 6435 de Mme Martine De Maght est reportée. La question n° 5623 de M. Xavier Baeselen sera reportée.

05 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "le traitement des résidents et la gestion du personnel dans les centres ouverts pour demandeurs d'asile" (n° 6563)

05 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "de behandeling van de bewoners van de open centra voor asielzoekers en het personeelsbeheer" (nr. 6563)

05.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, en novembre 2007, j'interrogeais le ministre Dupont après avoir été informée des plaintes déposées par des résidents contre la direction et le personnel pour traitements dégradants et pour un suivi insuffisant de leurs problèmes de santé. Ils avaient envoyé un fax à Fedasil. La procédure veut que le directeur du centre enquête sur les événements. Or le directeur était visé par la plainte des résidents pour non-respect de leurs droits.

Le ministre Dupont avait reconnu qu'il y avait un problème dans la procédure et qu'il fallait envisager une modification. Quelles suites ont été données à cette affaire? Toujours dans le même sujet, nous avons ajouté les centres ouverts dans l'objet de l'audit. En effet, une institution de ce genre, ouverte ou fermée, présente des risques, quelle que soit la qualité des travailleurs. A-t-on fait quelque chose à ce sujet? Le

ministre Dupont avait répondu à une autre occasion que les différents centres élaboraient collectivement une charte de déontologie. Je voudrais savoir où cela en est.

Plus particulièrement, je me suis intéressée à la situation de certains membres du personnel du centre de Bovigny qui avaient eux aussi déposé plainte pour harcèlement moral en décembre 2006. En juin 2008, leur plainte n'a toujours pas été traitée. Ils sont passés par l'IDEWE pour déposer leur plainte puisque telle est la procédure choisie par Fedasil. Je me suis inquiétée auprès de la ministre de l'Emploi du vide dans la loi en matière de protection des travailleurs victimes de harcèlement moral qui ont déposé une plainte. La plainte n'est pas traitée dans le délai d'un an. Si on porte plainte au tribunal, la protection s'étend jusqu'à ce qu'il y ait une réponse.

En revanche, si on passe par un organisme intermédiaire, comme c'est le cas avec IDEWE, la protection ne semble pas assurée dans les propos de la loi. La ministre de l'Emploi m'a confirmé que la loi n'est pas assez claire mais que l'intention du législateur était bien de protéger tout le monde de la même manière. Je déposerai donc une proposition de loi pour clarifier cette protection. La ministre me rappelait que, depuis l'arrêté royal du 17 mai 2007, il y a obligation d'informer les plaignants tous les trois mois du traitement de leur plainte.

Or selon mes informations, il y a loin de la théorie à la pratique, en tout cas entre Fedasil, IDEWE et les travailleurs. Eu égard à ce qui précède, j'aurais voulu de plus amples informations quant à cette procédure. Pour quelles raisons Fedasil ne la respecte-t-elle pas? À moins qu'elle le fasse et que les travailleurs l'ignorent. J'aimerais pouvoir les informer correctement, soit en leur garantissant le bénéfice d'une protection dans l'attente du traitement de leur plainte, soit en les dirigeant vers un tribunal plutôt que d'attendre le suivi hypothétique de leur plainte.

05.02 Marie Arena, ministre: Madame Gerkens, les centres ouverts accueillent 15.000 résidents dans leurs structures d'accueil. Nous avons à cœur que cet accueil se passe dans la dignité humaine comme le prévoit la loi. Cela étant, un problème peut survenir. C'est extrêmement rare, comme en atteste l'évaluation de la loi. J'y reviendrai.

Que prévoit la loi en la matière? Les articles 46 et 47 de la loi "Accueil" prévoient la possibilité pour les bénéficiaires de l'accueil, d'introduire une plainte concernant les conditions de vie au sein de la structure d'accueil et l'application du règlement d'ordre intérieur. La loi permet aussi d'introduire un recours contre la révision d'une décision infligeant une sanction ou encore la révision d'une décision relative à l'accompagnement médical. Les règles de procédure applicables au traitement des plaintes font actuellement l'objet d'instructions, dont les structures d'accueil ont été informées par circulaire. Ces instructions feront l'objet d'un arrêté royal en octobre 2008.

Quel a été l'impact de la nouvelle loi sur les pratiques du personnel d'accueil en matière de plaintes? L'évaluation nous montre que les plaintes relatives aux conditions de vie et à l'application du règlement d'ordre intérieur dans les structures d'accueil sont au nombre de 57. Seules 20 plaintes se sont avérées fondées, soit un nombre dérisoire, compte tenu des quelque 15.000 résidents dont je parlais tout à l'heure. Pour les plaintes fondées, une solution a pu être trouvée pour corriger la situation et mettre un terme à l'insatisfaction des plaignants. Les plaintes qui n'ont pas été déclarées fondées ont parfois fourni l'occasion de prendre des mesures et d'apporter plus de clarté, en élaborant, par exemple, une procédure pour l'évacuation des chambres qui sont liées à la vie dans les structures collectives.

Les 57 plaintes ont été déposées dans douze structures d'accueil différentes: cinq centres d'accueil fédéraux, un centre de la Rode Kruis Vlaanderen et six initiatives d'accueil locales. La majorité des plaintes (35) concernaient le Petit-Château avec dix plaintes en partie fondées, chaque fois suivie par une solution et/ou une mesure correctrice.

En ce qui concerne l'audit en cours de réalisation par les médiateurs fédéraux, ces derniers travaillent en parfaite collaboration avec les services de Fedasil qui leur ont fourni l'ensemble des informations nécessaires.

Vous abordez aussi la question des plaintes pour harcèlement du centre de Bovigny. À ce sujet, mon administration m'indique que vos informations ne sont pas complètes. En effet, un rapport a été réalisé par l'IDEWE, l'organisme d'accompagnement en matière de procédures pour harcèlement et ce, quatre mois après la plainte des quatre personnes concernées. À la suite de ce rapport, il est apparu que les difficultés

devaient être traitées au-delà du cas individuel de ces personnes.

C'est la raison pour laquelle un travail global a été réalisé via un entretien avec tout le personnel. Une analyse de la gestion des ressources humaines a également été effectuée. Les conclusions de ce travail ont pointé la nécessité de mettre sur pied une nouvelle culture du personnel mais également de renforcer la formation de la hiérarchie en matière de leadership fonctionnel. C'est à cette tâche que l'administration et le centre de Bovigny s'attèlent actuellement.

En ce qui concerne la protection légale des plaignants, je peux effectivement vous assurer qu'elle a été respectée. Certes des départs ont eu lieu. À ce sujet, mon administration m'indique qu'une plaignante a souhaité quitter son emploi de sa propre initiative et une deuxième plaignante a quant à elle demandé un changement d'affectation et a été transférée au centre de Jodoigne. Telle est la situation vécue à Bovigny aujourd'hui.

05.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je vous remercie pour votre réponse.

Les informations dont je dispose indiquent effectivement qu'un travail a été effectué avec l'ensemble de l'équipe et des superviseurs extérieurs. C'est très bien. On ne peut qu'apprécier la démarche.

Néanmoins, le fait qu'un rapport ait été rédigé quatre mois après a-t-il eu pour conséquence que les plaintes soient éteintes? J'aurais tendance à répondre par la négative quoique je n'aie pas vu le contenu des plaintes ni celui du rapport. En d'autres termes, considère-t-on qu'on a statué sur les plaintes via le rapport ou la plainte est-elle toujours en cours, auquel cas il faudrait informer régulièrement les plaignants de leur sort – surtout depuis la publication de cet arrêté royal de mai 2007?

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

La **présidente**: Je confirme le report de la question n° 5623 de M. Baeselen. Je remercie Mme Arena. Nous allons pouvoir commencer la série de questions à poser à Mme la ministre de la Santé.

Chers collègues, étant donné le grand nombre de questions, je vais m'efforcer d'être rigoureuse et j'espère que vous le serez également afin de respecter au mieux les temps impartis pour les questions et les réponses.

Je vous rappelle qu'en tant que présidente, je ne peux pas refuser des questions, même si je sais que certaines ont été posées voici 15 jours. On travaille avec les services de la chambre afin qu'ils informent les parlementaires en ce sens et les orientent vers les réponses déjà fournies. Je rappelle à la ministre qu'elle a tout fait le droit de dire qu'elle a déjà répondu à une question et de renvoyer au compte rendu.

05.04 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik vraag het woord over de regeling van de werkzaamheden.

Ik heb begrip voor uw verzoek om rigoreus te zijn, want dat is ook nodig. Er vinden echter ook nog andere commissievergaderingen plaats, waar ook wetsontwerpen worden besproken. Ik wil maar zeggen, er zijn hier leden aanwezig die na het stellen van hun vraag meteen naar huis kunnen gaan, maar er zijn ook leden aanwezig die bijvoorbeeld om 15.30 uur in de commissie voor de Sociale Zaken moeten zijn. Daarmee zou u, misschien met toestemming van de leden, toch rekening kunnen houden.

La **présidente**: Madame De Block, vous souhaiteriez poser votre question n° 6288 avant vos collègues! Pour cela, il faut leur accord. De plus, Mme Becq a également le même problème.

05.05 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik wil aangeven dat ik, misschien nog met andere leden, inderdaad hetzelfde probleem heb. Ik heb ook de bespreking van dat ontwerp op mijn agenda staan, alsook vragen in de commissie voor de Financiën.

La **présidente**: Tout le monde a le même problème! Vous devez être à 15.30 heures en commission des Affaires sociales. Le plus simple est que l'on vous appelle quand c'est à votre tour. Nous ferons aussi le point sur qui est présent ou pas.

06 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation d'un anesthésiant au xénon" (n° 5511)

06 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van een xenonhoudend anestheticum" (nr. 5511)

06.01 **Katrin Jadin** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, ma question concerne l'utilisation d'un anesthésiant à base de xénon apparu en France et qui a déjà été utilisé depuis décembre 2007 au CHU de Nîmes. Plusieurs anesthésies se sont déroulées avec succès. C'est en effet une innovation d'Air Liquide appelée "LENOXe" et composée de xénon. Ce gaz présent en très petite quantité dans l'air dispose de propriétés anesthésiques remarquables.

Administré en mélange avec de l'oxygène, il agit sur les récepteurs cérébraux centraux. Inerte, non métabolisé par l'organisme, il est éliminé sous forme inchangée par voie pulmonaire. Constituant de l'air, le xénon peut être rejeté sans dommage. Son élimination est rapide à l'arrêt de l'anesthésie et permet un réveil rapide et une récupération facilitée du patient après l'intervention chirurgicale.

Les praticiens français qui ont pu utiliser ce gaz affirment son caractère révolutionnaire, notamment pour les interventions de longue durée, représentant un atout supplémentaire pour la sécurité et le confort des patients. En effet, ce gaz n'entraîne pas de baisse de la pression artérielle.

La direction du groupe Air Liquide a obtenu une autorisation de mise sur le marché européen en mars 2007 et s'attèle à développer LENOXe dans les pays européens, ce qui est déjà le cas en France et en Allemagne. En France, plusieurs centres hospitaliers ont emboîté le pas au CHU de Nîmes et plus de 200 anesthésies au xénon ont été pratiquées en Allemagne, dans les hôpitaux de Halle, Berlin et Aachen.

Madame la ministre, je souhaiterais savoir ce qu'il en est de l'introduction de cet anesthésiant dans les blocs opératoires belges. Si elle n'est pas encore effective, quelles sont les intentions de votre département en la matière?

Les procédures d'anesthésie sont de plus en plus difficiles à supporter pour les personnes âgées. Je pense dès lors qu'il y a là aussi une réelle opportunité.

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame Jadin, pour le LENOXe, une demande d'enregistrement d'un gaz liquide composé de xénon a été introduite auprès des instances européennes le 19 septembre 2006. Les experts n'ont pas émis de remarque particulière, à l'exception d'un commentaire sur la dénomination communiquée le cinquantième jour de la procédure, soit le 12 décembre 2006. En effet, l'appellation "LENOXe" est trop proche de celle d'un médicament existant.

Ce dossier a fait l'objet de la part des différents pays européens de remarques sur l'efficacité et la sécurité du produit. La procédure de reconnaissance mutuelle s'est terminée le 6 avril 2007. La décision d'adopter un plan de gestion de risque a été imposée.

Pour la Belgique, la Commission des médicaments à usage humain a émis un avis favorable à l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché en date du 18 janvier 2008. Actuellement, le département Enregistrement de l'Agence des médicaments et des produits de santé attend toujours une proposition de nouvelle dénomination ainsi que certains documents administratifs, parmi lesquels les notices nationales nécessaires à la finalisation du dossier. À cette fin, un courrier de rappel a été envoyé à l'entreprise concernée le 22 mai dernier.

06.03 **Katrin Jadin** (MR): Madame la ministre, j'aimerais vous poser une question subsidiaire. J'imagine que la pertinence de ce médicament a bien été analysée. À partir de quand son utilisation en milieu hospitalier est-elle envisageable?

06.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Comme je viens de vous le dire, nous devons nous-mêmes envoyer des rappels pour que l'entreprise régularise son dossier. Cela dépend donc de sa bonne volonté.

06.05 **Katrin Jadin** (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: J'en viens à la modification de l'ordre des questions. Madame Becq, vous devez poser plusieurs questions, dont certaines sont jointes à d'autres interventions. Mme De Block n'a qu'une question à poser. Si elle parvient à convaincre ses collègues de passer après elle, je n'y vois pas d'inconvénient. En attendant qu'un arrangement soit trouvé, je donne la parole à M. Crucke.

07 Question de M. Jean-Luc Crucke à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "le certificat d'aptitude pour le transport d'animaux" (n° 5587)

07 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van KMO, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "het getuigschrift van vakbekwaamheid voor het vervoer van dieren" (nr. 5587)

07.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, madame la ministre, vous connaissez mon intérêt pour le monde rural et je viens vers vous à propos du règlement européen 1/2005 relatif à la protection des animaux durant le transport. Ce règlement imposait, à partir du 5 janvier 2008, l'obligation aux conducteurs et aux convoyeurs de transports agricoles d'être en possession d'un certificat d'aptitude professionnelle. Le SPF a largement reconnu son retard en la matière et la difficulté de se mettre en conformité avec ce Règlement.

Si mes renseignements sont exacts, le premier examen devait être organisé mi-mai, je ne sais pas si cela a été le cas.

Comme cela pourrait poser problème à l'étranger, entre-temps, on a imaginé un système bien belge: le certificat provisoire d'aptitude professionnelle. Ce certificat est provisoire et couvre donc une période temporaire.

En matière de justice, l'expérience permet de devenir magistrat: si on est avocat depuis vingt ans, on peut devenir magistrat en passant un examen très simple. C'est un peu le cas ici. Pour tous ceux qui sont en possession de cette autorisation provisoire et qui pourraient prouver l'exercice de la profession sur une certaine durée, peut-on imaginer que le provisoire devienne du définitif?

L'examen en tant que tel a-t-il été mis sur pied? Si oui, quels en sont les résultats? Sinon, quand sera-t-il mis en pratique?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Crucke, lors des réunions au niveau européen concernant le règlement relatif au transport d'animaux, la délégation belge de l'époque a défendu le point de vue visant à valoriser les personnes disposant d'une vaste expérience dans le transport d'animaux. Mais ce point de vue n'a pas été partagé par les collègues européens.

Le règlement 1/2005 relatif à la protection des animaux pendant le transport stipule que tous les conducteurs et convoyeurs doivent présenter un examen en vue de l'obtention du certificat d'aptitude. Il ne prévoit aucune dérogation pour les personnes disposant d'une expérience.

Comme vous êtes un spécialiste, vous savez qu'un règlement européen est contraignant et que les États membres ne peuvent y accorder aucune dérogation, si ce n'est pas prévu par ce règlement.

Aucun examen n'a eu lieu pour l'instant parce qu'il n'existe encore aucun centre d'examen officiel agréé. Le service du bien-être animal de l'administration Santé publique a rédigé à cet effet un projet d'arrêté royal mais les gouvernements des Régions vont devoir marquer leur accord avant que nous puissions le publier. Dès que ces formalités seront terminées, nous pourrons commencer les examens.

On me dit que selon toute probabilité, les premiers examens auront lieu à l'automne.

07.03 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, on a toujours tort d'avoir raison trop tôt. Si le point de vue de la Belgique avait été soutenu, nous ne serions pas face aux difficultés que nous connaissons actuellement. Dura lex, sed lex!

J'entends que l'examen va voir le jour. J'espère qu'il n'écartera pas trop de monde. J'aurais tendance à vous dire de ne pas agréer trop vite car, pour l'instant, le provisoire fait du bien pour ceux qui disposent de ce certificat.

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

08 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de ambulanciers" (nr. 6288)**

08 **Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des ambulanciers" (n° 6288)**

08.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, zoals u weet wordt het statuut van de ambulancier en het vervoer van patiënten geregeld door artikel 22 van KB 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Er zouden evenwel plannen bestaan om de ambulanciers te onttrekken aan dit artikel en hen onder te brengen bij artikel 21 van hetzelfde KB. Dat is het artikel dat het statuut van de verpleegkundigen en de zorgkundigen regelt. In de praktijk zou dit betekenen dat zij als het ware een logistiek medewerker van de verpleegkundige worden en geen autonoom paramedisch beroep vormen dat eigen handelingen en prestaties kan stellen. Bovendien zou het voorstel enkel de ambulanciers beogen die dringende medische hulp verlenen. Dit betekent dat een groot deel van de ambulanciers in de kou zou blijven staan en dat hun statuut niet zou geregeld worden.

Ik heb enkele concrete vragen. Mevrouw de minister, klopt het dat er plannen zijn om het statuut van ambulancier te onttrekken aan de lijst van de paramedische beroepen? Zo ja, wat is de motivatie om het vervoer van deze patiënten onder een andere categorie onder te brengen? Hebt u het advies van de Nationale Raad van Paramedische Beroepen gevraagd? Zo ja, wat is hun advies? Zo nee, wil u dat dan doen? Indien niet, bent u dan alsnog bereid om hen hierover te horen en u te laten inlichten?

08.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Ik denk dat u zich vergist want er bestaat geen lijst van paramedische beroepen. Die werd oorspronkelijk gepubliceerd door het KB van 12 augustus 1988 maar werd door een arrest van de Raad van State opgeheven op 27 november 1989.

Inzake het project waarvan sprake wil ik preciseren dat het de bedoeling is om de hulpverleners-ambulanciers te integreren die bedoeld zijn door wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende medische hulpverlening en alleen deze. Het is al jaren dringend dat dit personeel geïntegreerd wordt want het verricht regelmatig handelingen die voorbehouden zijn aan de zorgverstrekkers zonder daarvoor in feite toelating te hebben. Ik moet echter vaststellen dat er niets gebeurde. Ik roep ook de getuigenis in van mijn collega van Binnenlandse Zaken want minstens 60% van de hulpverleners-ambulanciers in kwestie, op een totaal van meer dan 9.000, maakt deel uit van de brandweer.

Ik ben ervan overtuigd dat de hulpverleners-ambulanciers op hun plaats zijn in het KB 78 en wel in het kader van een functionele relatie arts-verpleegkundige-hulpverlener-ambulancier en niet in het kader van een apart beroep.

Ik ben immers van mening dat het te vaak verplicht is en dat het KB 78 een goed besluit blijft dat de bijzondere beroepstitels zeer goed bepaalt, maar dat het vooral zorgt voor een organisatie van de zorg, voor de relatie tussen de gezondheidswerkers en inzake de verantwoordelijkheid bij de zorgverstrekking. Hier is de organisatie op het terrein duidelijk: de tussenkomst concentreert zich rond, ten eerste, artsen urgentiegeneeskunde, medische urgentiegroep en behandelende arts, ten tweede, verpleegkundigen urgentiegeneeskunde en medische urgentiegroep en, ten derde, hulpverleners-ambulanciers.

De beambte van een eengemaakt oproepsysteem doet een beroep op deze middelen die elkaar op het terrein wederzijds beïnvloeden binnen een respectievelijke en trapsgewijze verantwoordelijkheid en ondersteuning. Het lijkt me dus evident dat de filosofie van de organisatie van de zorgverlening die ten grondslag ligt aan de relatie arts-verpleegkundige moet herhaald worden naar een relatie arts-verpleegkundige-hulpverlener-ambulancier. Deze filosofie houdt in dat een deel van de verpleegkundige verstrekkingen toevertrouwd wordt aan de hulpverlener-ambulancier en dat er een supervisie wordt ingesteld door artsen en verpleegkundigen op de uitgevoerde verstrekkingen. Deze structurering van de verantwoordelijkheden kan afgeleid worden uit de organisatie arts-verpleegkundigen en wel zodanig dat aan de hulpverleners-ambulanciers het autonoom stellen van bepaalde daden kan worden toevertrouwd, aangezien ze ook alleen op het terrein tussenkomen.

Laat ons ook niet vergeten dat de opleiding van de ambulanciers-hulpverleners in België zeer beperkt is,

vergeleken met die van de buurlanden. Een duidelijke omkadering door de artsen en verpleegkundigen moet het mogelijk maken dat er een verantwoordelijkheid blijft bestaan inzake de kwaliteit van de verrichte handelingen. De Nationale Raad van Paramedische beroepen werd niet geraadpleegd en dat zal ook niet gebeuren, aangezien die raad niet bevoegd is voor dit onderwerp.

De Nationale Raad voor Dringende Medische Hulp, die volgens mij zeker meer bevoegd is terzake, heeft een werkvergadering georganiseerd over de plaats van de verpleegkundige van de brandweer binnen de dringende medische hulpverlening, en het project waarvan sprake herneemt onder meer de conclusies van die werkvergadering.

08.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, het is in onze geschiedenis gekend dat het terrein van de dringende en niet-dringende hulpverlening, zowel qua regelgeving als qua verantwoordelijkheden op het terrein, een echt juridisch en wettelijk kluwen is. Er zijn nogal wat rare kronkels gebeurd in de staatshervorming die daarop betrekking hebben. Misschien zal dat in de nabije toekomst kunnen worden rechtgezet. Wij zullen het wel horen.

In elk geval, op het terrein is er nogal wat consternatie omtrent het feit dat men dacht dat wat betrekking had op de dringende hulpverlening ook betrekking had op de niet-dringende hulpverlening. Dat zou leiden tot een soort professionalisering van het korps in de toekomst. De kosten voor de opleiding, de uitbetaling en het gebrek aan personeel zouden zeker bij overgangsmaatregel moeten worden geregeld, vermits zij niet allen over professionele scholing beschikken. Dat zou nogal wat consternatie teweegbrengen.

U zegt dat de opleiding beperkter is dan in het buitenland. Inderdaad, in Nederland heeft men een volledig professioneel kader. Toen ik hier toekwam in 1999, is er nog berekend wat het hier zou kosten indien men het Nederlands volledig geprofessionaliseerd systeem voor de niet-dringende medische hulpverlening ook in België zou implementeren. Dat was toen onbetaalbaar. Als het nu wel betaalbaar is, dan ben ik er zeker vragende partij voor. Ik vraag het mij echter af, want het was een enorm bedrag, en ik weet dat uw middelen niet tot in de hemel reiken.

Eigenlijk is het goed dat u hier duidelijkheid schept over wat u wel zult regelen en wat voorlopig op het terrein ongemoeid zal worden gelaten. U zegt dat wij in de toekomst erop moeten toezien dat de opleiding wordt gelijkgesteld met de opleiding in het buitenland nu. U blijft echter zitten met het feit dat u ook niet over alle wettelijke bepalingen aangaande het hele kader kunt beschikken. U bent niet voor alles bevoegd. Ik geef u dat maar mee, omdat u toch bij de komende staatshervorming een zeer betrokken partij bent. Ik heb gezegd dat dit de vorige keer geregeld is tussen 2 en 3 uur 's nachts, maar dat wil niet zeggen dat het niet goed zou kunnen worden geregeld.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van schade naar aanleiding van medisch handelen" (nr. 5877)

09 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement de dommages à la suite d'actes médicaux" (n° 5877)

09.01 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb u een tijdje geleden reeds gevraagd naar de stand van zaken in verband met de wet op de medische aansprakelijkheid.

Omdat er op dat moment nog een aantal uitvoeringsbesluiten moesten komen die nog niet klaar waren om effectief in een vergoeding voor medische schade te voorzien, zijn we intussen al wat geëvolueerd.

Ik zetelde de vorige legislatuur niet in het federaal Parlement. Ik heb intussen geleerd dat er nogal wat vragen rijzen omtrent de wet op de medische aansprakelijkheid. Er wordt een vraag gesteld in verband met de betaalbaarheid. Misschien vraagt men zich af waarom dat het eerste is waaraan men denkt. Volgens mij is een betaalbaar systeem belangrijk. Als men niet naar een goed ingecalculeerd systeem kan gaan, zou men bijvoorbeeld aan heel wat mensen een vergoeding kunnen toekennen terwijl men hen echter maar heel weinig of niets zou kunnen geven.

In de Franse regeling waarnaar regelmatig wordt verwezen en die ernstige schade die onvermijdbaar is, vergoedt, is men toch al naar een verdubbeling van het voorziene budget gegaan. Het is dus toch belangrijk

om berekeningen en betaalbaarheid mee te nemen in het geheel.

Er rijzen bij het bestaand ontwerp ook vragen over juridische correctheid. Kunnen familieleden nog een gewone procedure aanvatten wanneer het betrokken slachtoffer eventueel via de wet medische schade zou gaan?

Men vraagt zich af of de rusthuizen al of niet daaronder vallen. Ze vielen er niet onder, maar er werden toch de nodige vragen gesteld.

Men denkt na over de mogelijkheid van een tweesporenbeleid zoals dat in Frankrijk en in Zweden bestaat. In Zweden gaat men via de wet medische schade, terwijl men voor onvermijdbare en niet-gekende schade naar een burgerlijke rechtbank gaat. Zweden werkt niet met een systeem no fault, maar wel met een systeem van no blame. Daarbij gaat het niet om schuld. Men heeft het niet over een fout en zelfs niet over schuld, maar men meent dat de schade die vergoed moet worden, onvermijdelijk is. Dat zijn heel veel concepten en begrippen die hun belang hebben in het geheel.

Mevrouw de minister, ik wil u vragen naar de stand van zaken. Opteert u voor uitvoeringsbesluiten of voor een aanpassing van de wetgeving? Welke richting wilt u uitgaan? Aanvullend, in de hele regeling van schade bij medische ongevallen, vind ik de terminologie van no blame mooi. Ik denk dat het belangrijk is om niet van ver te roepen of het hier gaat om schuld of geen schuld.

Ik vrees dat men dan ook een aantal zaken niet zou aangeven als zijnde een ongeluk of iets waarbij schade geleden wordt door patiënten. Ik vind het wel belangrijk, met het oog op het vergroten van de patiëntveiligheid. Men stelt regelmatig dat het belangrijk is dat een wet rond medisch falen meegenomen zou worden in een globaal kader van patiëntveiligheid en patiëntenrechten.

Ik meen dat ik het gemist heb in de bestaande wetgeving, maar het kan zijn dat ik erover gekeken heb. Ik vraag mij af of er een soort van algemeen registratiesysteem van ongevallen bestaat, zonder dat men daarbij moet zeggen of er al dan niet een fout gebeurd is, maar waarbij men schadegevallen registreert en op een nauwkeurige manier omschrijft om op die manier ook een preventiebeleid te kunnen voeren inzake de manier waarop een aantal handelingen gebeuren, in welke infrastructuur, in welke context, enzovoort. Men zou daaruit kunnen leren om, in het raam van de patiëntveiligheid en preventie, sterker te kunnen werken. Daarom wil ik een pleidooi houden voor zo'n algemeen registratiesysteem.

09.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De uitvoering van de wet van 15 mei is uiteraard een van mijn prioriteiten. Zoals u onderstreept, moeten er talrijke uitvoeringsbesluiten genomen worden voor de wet in werking kan treden.

De FOD Volksgezondheid heeft tijdens de periode van lopende zaken een werkgroep bijeengeroepen om deze besluiten voor te bereiden, maar heeft zich uiteindelijk geconcentreerd op de voorstellen voor amendementen op de wet. Deze voorstellen werden vertaald in een voorontwerp van wet, dat momenteel binnen de regering ter discussie ligt. Het betreft echter aanpassingen die voornamelijk technisch van aard zijn. Aangezien het Parlement deze wet nauwelijks een jaar geleden met een zeer ruime meerderheid heeft goedgekeurd, meen ik dat het niet opportuun is om terug te komen op de fundamentele principes van deze wet, zoals het principe van het enige spoor.

Om geen tijd te verliezen heb ik trouwens mijn administratie opgedragen om parallel aan de opmaak van de uitvoeringsbesluiten te werken.

Alhoewel de timing zeer strikt is, hoop ik in dit stadium nog steeds dat de wet op de voorziene datum van 1 januari 2009 in werking kan treden.

Ten slotte preciseer ik dat de wet uitdrukkelijk voorziet dat het fonds de opdracht heeft om aanbevelingen te formuleren met het oog op het voeren van een beleid tot voorkoming van de schade die ontstond door of naar aanleiding van gezondheidszorg evenals het formuleren van aanbevelingen aan de voogdijministers.

Teneinde over de nodige gegevens te kunnen beschikken is hiertoe voorzien dat het fonds systematisch en op anonieme wijze de gevallen die hem voorgelegd worden, moet registreren evenals het gevolg dat eraan wordt gegeven.

09.03 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ten eerste, ik ben ook voorstander van een regeling, laat dat duidelijk zijn. Wij hebben als partij ook vroeger gezegd dat wij inderdaad wel een regeling willen voor de medische schadegevallen. Heel veel mensen denken dat die wet bestaat - de wet is er inderdaad - en dat dit kan terwijl dit niet zo is. Daarover heb ik reeds mijn bekommernis uitgedrukt.

Ten tweede, het is wel belangrijk dat het inderdaad een werkbaar systeem is. Ik hoop dat de vragen die naar aanleiding van de teksten opgeworpen zijn, ook in het nieuwe ontwerp zijn opgenomen. De vraag naar een tweesporenbeleid blijft wel, het inbedden in een ruimer geheel. Ik zie dat dit in andere landen wel bestaat, dat die mogelijkheid wel nog opgelaten wordt om naar de rechtbank te gaan. Mijn vraag is dan waarom wel of waarom niet, maar ik vermoed dat er daarover nog discussies zullen mogelijk zijn.

Mevrouw de minister, mijn zorg over het registratiebeleid blijft. Met zo'n registratiesysteem moeten we ervoor zorgen dat men zich niet in een verdomhoekje gedrukt voelt en dat men, zelfs al gaat het om anonieme registraties, het aantal schadegevallen niet durft doorgeven uit vrees voor consequenties. Ik vind het wel belangrijk dat wij inderdaad naar een zo ruim mogelijke omschrijving van schadegevallen gaan voor die registratie. Vooral ook om daaruit te leren en om daar een preventieve werking uit te bouwen.

La **présidente**: Je pense que nous devons déposer une proposition de loi relative aux erreurs médicales. Les questions en la matière reviennent en effet au fil des réunions.

09.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Comme je l'ai dit, un point sera consacré à ce sujet dans la prochaine loi Santé. Lorsque celle-ci sera examinée, certains éléments seront soulevés et des amendements apportés pour la rendre opérationnelle. À ce moment-là, nous discuterons de l'ensemble.

La **présidente**: Il s'agit en effet de visions différentes et les questions ne peuvent que se répéter en la matière.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Questions jointes de

- M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation rapide du coût des maisons de repos" (n° 5918)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des prix pratiqués dans les maisons de repos" (n° 5925)
- Mme Kattrin Jadin à la ministre de l'Intégration sociale, des Pensions et des Grandes villes sur "l'augmentation du coût d'hébergement en maison de repos" (n° 5927)
- Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des prix des maisons de repos" (n° 6071)

10 Samengevoegde vragen van

- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de snelle stijging van de kosten van de rusthuizen" (nr. 5918)
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijging van de rusthuisprijzen" (nr. 5925)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Maatschappelijke Integratie, Pensioenen en Grote Steden over "de stijging van de dagprijzen in de rusthuizen" (nr. 5927)
- mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijging van de rusthuisprijzen" (nr. 6071)

Vous êtes quatre orateurs. Vous n'êtes pas obligés de dire tous les quatre la même chose. Cela peut donc être bref.

10.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, comme je suis le premier, j'ai l'avantage de pouvoir être un peu plus long!

La **présidente**: Non, trois minutes.

10.02 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, on sait que les plus petites pensions souffrent d'un décrochage inquiétant.

On entend par ailleurs des informations convergentes inquiétantes également quant à l'augmentation du coût de séjour en maison de repos. Des chiffres alarmants ont circulé dans la presse à la suite d'une étude de l'OKRA, une association flamande que vous connaissez certainement.

Je peux en citer quelques-uns. Quelque 60% des maisons de repos ont pratiqué un tarif plus élevé en 2008 qu'en 2007. Le nombre de maisons de repos qui demandent à pouvoir augmenter leur prix a doublé. Le prix moyen d'une journée en maison de repos aurait augmenté de 7,15% pendant les trois dernières années et de 12% au cours des cinq dernières années alors que l'index n'a augmenté que de 9%.

Parmi les causes, on cite la hausse des prix de l'énergie, l'encadrement supplémentaire ou la non-prise en compte par l'INAMI des récents sauts d'index qui ont bénéficié aux travailleurs. Qui plus est, il y a des conventions collectives en négociation qui vont légitimement augmenter le salaire des travailleurs mais alourdir la charge des maisons de repos qui risquent de répercuter cette augmentation sur leurs résidents.

La situation est également rendue plus compliquée par tous les soins non médicaux qui sont peu comptabilisés dans les statistiques officielles. Des couples doivent ainsi se séparer, ne pouvant pas assumer le coût de deux séjours en maison de repos. C'est une chaîne sans fin puisque que cela pose dès lors des questions sur le plan fiscal. On dénombre un nombre de cas sans cesse croissant, me dit-on à la suite d'un sondage réalisé auprès de quelques CPAS.

Madame la ministre, confirmez-vous ce phénomène d'augmentation des prix? Est-elle équivalente dans toutes les Régions et provinces du pays?

Disposez-vous de statistiques incluant les frais non médicaux? Il semblerait que ce soit là en effet que se marque plus nettement la différence.

Ne vous semble-t-il pas opportun d'agir sur les coûts, notamment en dégagant des moyens pour subventionner mieux les maisons de repos et prendre en charge les coûts en personnel qui augmentent à la suite des hausses d'index et de la conclusion des nouvelles conventions collectives?

Par ailleurs, est-il envisageable de mieux encadrer les prix pratiqués par des entités à but lucratif en vertu de l'utilisation des deniers publics?

Quelles sont les autres pistes étudiées pour diminuer ces coûts ou augmenter la capacité contributive des résidents? Est-il notamment envisagé d'aider les maisons de repos à améliorer leur efficacité énergétique, ce qui aurait un double effet positif que je ne dois pas vous détailler?

10.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze regering heeft van het hele koopkrachtverhaal en alle problemen ter zake een belangrijk item gemaakt. Ieder van ons die het dossier opvolgt, weet dat gepensioneerden het langzaamaan moeilijker krijgen. Ik heb recent met een aantal collega's mevrouw Arena ook ondervraagd naar aanleiding van een aantal wetenschappelijke onderzoeken.

Uit een aantal cijfergegevens die de heer Van Quickenborne recent heeft verstrekt, blijkt dat er ook in het dossier van de ligdagprijzen de jongste drie jaar een stijging van meer dan 7% is. Uw Vlaamse collega, Steven Vanackere, wijt een deel van de verhoging aan een aantal verplichtingen dat men ook op Vlaams niveau aan de rusthuizen heeft opgelegd. Een aantal supplementen voor doodgewone eenvoudige zaken zoals shampoo en zeep moet men nu inderdaad verplicht doorrekenen in de ligdagprijs. Iedereen van ons vreest dat dit geen afdoende verklaring is.

Mevrouw de minister, kunt u de gegevens die de heer Van Quickenborne verstrekte bevestigen? Bent u bereid om de nodige gegevens te verzamelen en onderzoeken te doen om het probleem van de koopkracht, een belangrijk uitgangspunt van deze regering, van rusthuisbewoners – die toch de zwakste mensen in onze samenleving zijn en die inzake welvaartsvastheid al problemen hebben – bij te sturen?

Er is ook de vraag naar een betere financiering van de rusthuizen. De twee zaken zijn immers onlosmakelijk met elkaar verbonden: de financiering van de rusthuizen en het feit dat rusthuizen zeer veel kosten omdat de financiering ondermaats is, waardoor de kosten worden doorgerekend. Hebt u of heeft de regering onderzoek ter zake gedaan om de mogelijkheden na te gaan om de financiering van de rusthuizen en het

rusthuispersoneel te verbeteren? Dat zou er moeten voor zorgen dat minder kosten worden afgewenteld op de zwaksten in onze samenleving, zijnde de rusthuisbewoners zelf.

10.04 Katrin Jadin (MR): De manière concise, il est vrai que les coûts d'hébergement ont augmenté ces dernières années. On constate une augmentation de 7% en 3 ans.

Comme mes collègues l'ont rappelé, il est incontestable qu'une question se pose au point de vue du pouvoir d'achat. De plus, une question se pose aussi par rapport aux défis qui nous attendent dans les décennies à venir en ce qui concerne l'évolution démographique; il conviendra de faire face aux besoins de nos aînés.

Madame la ministre, je souhaiterais vous poser trois questions bien précises.

Avez-vous pu mesurer cette évolution des prix?

Travaillez-vous sur des solutions à apporter pour que les personnes âgées placées soient moins dépendantes des compléments financiers de la part de tierces personnes? En effet, il n'est pas exceptionnel actuellement que les enfants, les frères ou les sœurs subviennent aux besoins de personnes placées en maison de repos.

Prévoyez-vous d'agir en la matière et, si tel est le cas, sur quels points?

10.05 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Ik sluit mij graag aan bij vorige sprekers. De verhoging van de prijzen van de rusthuizen is hier ook aangegeven. Uit de Vlaamse cijfers, de enige waarover ik beschik, blijkt ook dat er wel een onderscheid is naar dagprijs tussen OCMW-rusthuizen, vzw's en privérusthuizen. Ik weet niet of de trend zoals voorgesteld in de persconferentie die door OKRA werd gegeven, een globale trend is. Het is inderdaad ook zo dat in Vlaanderen mee in de regeling voorzien is dat een aantal supplementen ingecalculeerd wordt, waardoor een aantal prijzen, voornamelijk van de privé-rusthuizen, wat sterker gestegen is, omdat zij vroeger veel werkten met externe supplementen naast de basisprijs. Ik weet dus niet in hoeverre de federale cijfers wel goed vergelijkbaar zijn. Het feit blijft dat die prijzen sterker gestegen zijn dan de index.

Tussen haakjes, ik hoor vanuit het OCMW-rusthuis bij ons in de gemeente toch ook wel dat er ondertussen een indexverhoging zou kunnen doorgevoerd worden van 5% op de rusthuisprijs, wat wettelijk kan. Dat betekent dan nog eens dat uiteindelijk prijsstijgingen kunnen doorverrekend worden.

Mevrouw de minister, vanuit uw bevoegdheid voor rusthuizen en voor het personeel dat in de rusthuizen actief is, op welke manier voorziet u in welke maatregelen om effectief de financiering van rusthuizen sterker te laten gebeuren? Als de rusthuizen goed gefinancierd worden, kunnen zij een lagere dagprijs vragen en hiervoor zullen de gebruikers ook effectief een lager bedrag moeten betalen.

10.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, le coût d'un séjour en maison de repos est composé, d'une part, des frais de séjour entièrement à charge du résident et pour lesquels je n'exerce aucune compétence. Ces frais de séjour reprennent un montant journalier pour l'hôtellerie additionné du supplément pour toute une série de services rendus aux résidents à leur demande (coiffeur, pédicure, etc.). D'autre part, les résidents ont besoin de soins de santé. L'assurance obligatoire soins de santé intervient uniquement dans ce cas comme si le résident était à son domicile – nombre de résidents sont d'ailleurs aujourd'hui domiciliés dans leur maison de repos – sauf pour les soins infirmiers si le résident connaît une perte d'autonomie, auquel cas un forfait spécifique pour les maisons de repos est appliqué et modulé en fonction de la sévérité de la dépendance.

La surveillance du prix de séjour pratiqué par les maisons de repos relève de la compétence du ministre fédéral de l'Économie. Toute nouvelle maison de repos doit lui notifier son prix de séjour et ensuite justifier, préalablement à son application, toute hausse demandée auprès d'une commission des prix. Celle-ci dispose d'un pouvoir de refus de tout ou partie de la hausse proposée. Les entités fédérées ont également certaines compétences en la matière. Personnellement, je ne suis compétente que pour les soins prestés aux patients.

Vu cette dispersion des compétences en matière de prix de séjour en maison de repos entre les différents niveaux de pouvoir, un protocole d'accord a été conclu en 2005 entre le gouvernement fédéral, les Communautés et les Régions. Ce protocole reprend une série de règles concernant le calcul des

suppléments au-delà du prix de séjour. Ainsi, il existe une liste des suppléments qu'il est permis de facturer au patient. Une autre liste positive a été dressée avec les éléments qui doivent être impérativement compris dans le prix de séjour. Aucun supplément au-delà du ticket modérateur ne peut être facturé au patient pour des prestations de soins remboursées par l'INAMI.

Afin que toutes ces mesures soient portées à la connaissance du résident, le contrat relatif à son séjour passé avec la maison de repos doit clairement mentionner les éléments couverts par le prix de séjour et le coût qui peut lui être facturé en sus de son prix de séjour.

Par ailleurs, le 12 août 2005, le ministre fédéral de l'Économie a pris un arrêté ministériel, qui simplifie la procédure administrative de demande d'augmentation du prix, si celle-ci se limite à une adaptation de la durée de vie du contrat sur une période à déterminer ou à introduire une demande d'adaptation de prix basée sur l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Les chiffres parus dans la presse qui vous ont interpellés, à juste titre, se rapportent à des prix de séjours avec leurs suppléments. Ils ne ressortissent pas à mes compétences et je ne peux donc pas vous fournir les compléments d'information demandés à ce propos.

La proposition d'une meilleure prise en charge du personnel des maisons de repos par les subventions publiques pour éviter qu'une partie trop importante du coût soit à charge du résident me paraît parfaitement pertinente. Des efforts importants ont d'ailleurs déjà été consentis en la matière depuis le milieu des années 1990. Ainsi, le niveau moyen des forfaits de soins en maison de repos versés par l'assurance obligatoire soins de santé est passé de 16,96 euros à 41,25 euros par jour et par patient entre 1995 et 2007. Cette évolution relativement spectaculaire est le fruit de deux éléments: le renforcement des normes d'encadrement des personnes âgées en maison de repos et en maison de repos et de soins et la prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé du coût des accords sociaux de 2000 et de 2005 pour le personnel soignant. Il faudra poursuivre ces efforts budgétaires à l'avenir mais en tenant compte également de la nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé.

Tout ce qui concerne les aides à la vie quotidienne en maison de repos n'est pas une compétence fédérale: ce sont les entités fédérées qui doivent assumer leurs responsabilités.

Comme je viens de le démontrer, il existe déjà un strict encadrement des prix pour les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, qu'elles soient publiques ou privées, à but lucratif ou sans but lucratif. En outre, les institutions privées commerciales n'ont accès à aucun subside public à l'investissements; ce que l'INAMI paie à de telles institutions, c'est le remboursement de soins prestés en faveur des patients et rien d'autre.

Enfin, pour la recherche de nouvelles pistes pour diminuer le coût d'un séjour en maison de repos pour le patient, il existe des interventions ciblées dans le cadre de l'assurance maladie telles que le MAF et les forfaits de soins pour les malades chroniques. Un autre projet en préparation est l'intervention dans les frais de déplacement des patients dans les centres de soins de jour.

Idéalement, moyennant une cotisation spécifique de tous les assurés sociaux et subventions publiques, tout le monde devrait pouvoir bénéficier d'une assurance-dépendance. À ce sujet, nous avons la "zorgverzekering" en Communauté flamande.

Peut-être les parlementaires de la Communauté flamande seraient-ils mieux placés que moi pour juger ce système, mais il semble qu'il coûte relativement cher et qu'il ne réponde pas nécessairement aux attentes d'aides à la vie quotidienne. La Région wallonne et la Communauté française ne sont pas engagées dans cette voie, d'une part, parce qu'elles considèrent que la couverture sociale des coûts liés à la perte d'autonomie relève de la sécurité sociale fédérale et, de l'autre, parce qu'elles estiment qu'il peut être tout aussi efficace de jouer sur la mise à disposition à coût réduit, grâce à la subside, des aides à la vie quotidienne nécessaires aux personnes en perte d'autonomie.

Si toutes les composantes des Conférences interministérielles Santé publique et personnes âgées sont disposées à participer, je suis évidemment prête à organiser un grand débat à ce sujet en vue d'aboutir à une définition claire et concrète de la place de chaque niveau de pouvoir dans la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ceci dit, il est également possible que, dans la grande réflexion actuelle qui porte sur les questions institutionnelles, des éléments visent à l'harmonisation.

Enfin, pour les projets relatifs aux habitations durables et à l'économie d'énergie, je vous renvoie aux entités fédérées qui sont compétentes en la matière.

10.07 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, si votre explication nous rappelle qui est compétent en quel domaine et quel est l'historique du dossier, elle ne nous rassure cependant pas sur la situation des personnes concernées, compte tenu du vieillissement croissant – ce qui constitue un progrès social et médical.

Il conviendrait soit de compléter le protocole existant entre les différentes entités, soit d'y réfléchir dans le contexte des négociations institutionnelles. Nous pourrions mieux observer les prix pour contrôler la façon dont les soins non médicaux permettent aux maisons de repos de compléter leurs revenus, mais à charge de leurs résidents. Réfléchir à des mécanismes d'aide en cas de perte d'autonomie constituerait une avancée pour tous.

Les deux sauts d'index que d'autres secteurs ont connus tout récemment en raison de l'inflation ont touché aussi durement les finances des maisons de repos et se répercutent donc sur leurs résidents.

Il me semble logique qu'il puisse y avoir une prise en compte dans le cadre des subsides octroyés aux maisons de repos pour la prise en charge des travailleurs. Cela éviterait que ce soient les résidents qui paient ces sauts d'index.

J'en viens à une autre question mais il s'agit là d'un débat trop long et Mme la présidente ne serait pas d'accord que je l'ouvre. Pourtant, tout cela a, selon moi, des conséquences sur la qualité de vie dans les maisons de repos et sur la maltraitance à l'égard des personnes concernées. Des témoignages vont dans ce sens; ces logiques d'équilibre budgétaire difficiles à réaliser se font parfois, et trop souvent, au détriment des résidents.

10.08 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik moet u eerlijk zeggen dat uw antwoord mij een beetje verwondert. Wij zijn van u ondertussen op dit departement meestal zeer duidelijke antwoorden gewoon, maar nu stel ik vast dat u wat laveert en dat u op institutioneel vlak de joker naar anderen tracht door te schuiven.

Ik stel twee problemen zeer duidelijk vast, mevrouw de minister. Misschien moet u daarover eens een zeer ernstig overleg plegen met uw collega Van Quickenborne.

Een eerste element, als meer dan 60 procent van de rusthuizen in vergelijking met vorig jaar wel degelijk een prijsverhoging voor de verpleegdagprijs heeft aangevraagd, dan moeten we misschien wat strenger toekijken of de aangevraagde verhoging niet beter moet worden gereguleerd. Misschien moet daarover informeel, binnen de regering, beter worden overlegd, zodat men iets meer op de rem kan gaan staan.

Een tweede element, waarnaar ook een aantal andere collega's hebben verwezen, is uiteraard mijn fundamentele vraag naar een betere financiering van de rusthuizen en het rusthuispersoneel. Als wij dit probleem fundamenteel willen aanpakken en willen verhinderen dat de rusthuizen – het gaat niet om organisaties die uit vrijgevigheid mensen opnemen, want ook in die sector moet men minstens een break even bereiken – al hun kosten afwentelen op de rusthuisbewoners, dan moeten wij als overheid onze verantwoordelijkheid opnemen en uiteindelijk zorgen voor een betere financiering. Ik blijf na uw antwoord een beetje op mijn honger. Dit fundamenteel debat moet worden gevoerd. De rusthuizen en het rusthuispersoneel worden ondergefinancierd vanuit het federaal niveau. Daarom moeten we nog eens zeer ernstig bekijken wat wij kunnen doen om te verhinderen dat de zwaksten in onze samenleving in dit dossier andermaal het kind van de rekening zouden worden.

10.09 Katrin Jadin (MR): Je vous remercie d'avoir bien retracé l'ensemble du problème. On sait que des compétences sont à cheval entre le fédéral et la Communauté, ce qui ne facilite certainement pas les choses. Les marges de manœuvre financières semblent restreintes. Je comprends les arguments de Mme la ministre. Il faudrait peut-être repenser à une valorisation du personnel dans les maisons de repos. Je n'ai pas envie d'entamer un grand débat mais mettre le doigt sur quelque chose qui me semble important. Il faudrait peut-être aussi, parallèlement, se focaliser un peu plus sur la valorisation des soins à domicile, des soins palliatifs à domicile, qui permettent de prolonger l'autonomie de nos aînés plutôt que d'engorger les maisons de repos alors que certaines personnes seraient encore tout à fait capables, avec une aide

régulière, de continuer à vivre là où elles le souhaitent, à savoir dans leur foyer.

10.10 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Rusthuizen zijn vaak te duur voor de bewoners, maar eigenlijk – zo heb ik het toch vroeger geleerd, en ik weet niet of die analyse nu wordt tegengesproken – is de kostprijs die de rusthuizen aanrekenen een eerlijke kostprijs, in die zin dat zij effectief de kosten aanrekenen die zij moeten besteden aan hun personeel, en aan de aanpassing van hun infrastructuur om een kwaliteitsvolle dienstverlening te bieden.

Toch blijft de vraag naar het betaalbaar houden. Die vraag zal mee deel uitmaken van de discussie over een mogelijke subsidiëring of een versterking van de subsidiëring. Wij hebben hier de discussie gehad over de financiering van andere personeelsleden. Ik heb het dan niet over bijvoorbeeld animatiefuncties en dergelijke meer, die in Vlaanderen gefinancierd worden naast wat door het federale niveau gefinancierd wordt.

Voor onderhoudspersoneel en zo meer werd wel financiering gevraagd, omdat die toen onvoldoende was. Er is toen een inspanning geleverd. U hebt geprobeerd om daar samen met de sector een mouw aan te passen. Maar alles duidt er toch op dat de kostprijs wel een eerlijke kostprijs is maar vaak ook een te hoge kostprijs voor de rusthuizen. Ik meen dat daar toch iets aan gedaan moet worden.

Wat de zorgverzekering betreft, heb ik uit de studie van OKRA geleerd dat via de zorgverzekering en ook via een verbetering van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden de betaalbaarheid voor de mensen een stukje verbeterd is dan oorspronkelijk het geval was. Dat wil ik toch ook even onderstrepen.

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

11 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'identification et l'enregistrement des chiens" (n° 5822)

11 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de identificatie en registratie van honden" (nr. 5822)

11.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, depuis le 1^{er} septembre 1998, l'identification par puce ou tatouage est rendue obligatoire. La BIEC a été désignée par l'État fédéral pour organiser l'identification et l'enregistrement.

Il faut reconnaître que cette disposition représente un outil non négligeable dans la lutte contre les mauvais traitements des animaux de compagnie, tout d'abord, et elle permet également d'identifier le propriétaire. Ensuite, elle permet de contrôler le phénomène des abandons, mais également le commerce des animaux. De plus, en cas de perte ou de vol, il est plus facile de récupérer son animal.

Depuis le 7 juin 2004, suite à une réglementation européenne exigeant un passeport européen pour les déplacements hors frontières, les animaux reçoivent automatiquement un passeport lors de l'identification. Il semblerait que, malgré l'obligation légale, l'identification ne soit pas appliquée systématiquement.

Pourtant, en cas de morsure par un chien - 40.000 déclarations chaque année – qui aurait échappé à son propriétaire, il est important pour la victime de pouvoir retrouver le maître de l'animal agressif afin de pouvoir exiger des dommages. C'est dans cette optique que j'en arrive à mes questions.

De quelle manière et à quelle fréquence les actions de contrôle sont-elles effectuées?

Avez-vous des statistiques relatives aux manquements?

Que risquent les vendeurs, éleveurs ou propriétaires peu scrupuleux?

Ne devrait-on pas envisager une sensibilisation de l'opinion publique?

Enfin, vous connaissez mon intérêt pour la problématique des morsures: vu le nombre d'accidents liés à ces morsures, ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de centraliser les données relatives aux chiens à problèmes ou dits dangereux, en concertation avec la BIEC?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: La majorité des contrôles effectués par le service d'inspection bien-être

animal ont lieu dans des endroits où sont détenus des chiens. Dans tous les cas, aussi bien dans des élevages de chiens, dans des magasins que chez des particuliers, l'identification et l'enregistrement des animaux sont contrôlés.

En outre, lors des deux dernières années, le service d'inspection en collaboration avec la police locale a fait une grande campagne d'une semaine sur l'identification et l'enregistrement des chiens. En 2006 et 2007, ce sont respectivement 628 et 710 chiens qui ont été contrôlés pendant cette semaine de campagne.

Cela correspond à 12% des chiens contrôlés lors de la semaine de campagne 2006 qui n'étaient pas en règle; en 2007, ce pourcentage avait diminué et atteignait 8%. Je ne dispose pas d'autres statistiques sur le nombre de chiens non enregistrés.

En cas d'infraction, le responsable reçoit un avertissement et dispose d'un délai pour se mettre en ordre. En cas de non-respect du délai ou de récidive, un procès-verbal est dressé avec pour conséquence une amende administrative ou une poursuite judiciaire. Dans des cas graves, l'agrément de l'éleveur ou du marchand est retiré et/ou les animaux sont saisis.

Le groupe cible pour une campagne publicitaire peut être réparti en deux catégories: la première est composée de gens qui ignorent l'obligation légale de faire identifier et enregistrer son chien; la seconde est constituée de personnes qui, volontairement, ne respectent pas la législation.

Les vétérinaires qui représentent la source principale d'information pour les propriétaires et les éleveurs de chiens ne sont que rarement ou jamais consultés par la première catégorie de personnes. Celle-ci est sans doute difficile à atteindre, quelle que soit d'ailleurs la campagne publicitaire. Une simple publicité ne convaincra pas la deuxième catégorie; pour celle-là, seules les amendes s'avèreront efficaces. C'est pour cette raison que, lors d'un contrôle, le service d'inspection vérifie l'identification de tout chien et organise des campagnes ciblées et médiatisées.

Sur la question de l'enregistrement, une proposition n° 829/001 allant dans le sens de ce que vous demandez a été déposée pour discussion; j'ignore quand elle sera mise à l'ordre du jour. Je suis cependant prête à réaliser son examen constructif, mais je me montre très prudente envers des systèmes d'enregistrement qui serviraient à des fins purement statistiques et qui n'apporteraient pas ou peu de solutions à la problématique des morsures canines. Je reste néanmoins ouverte à la discussion.

11.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'aurais évidemment voulu vous entendre sur cette banque de données. Serait-il possible de créer une banque de données afin de centraliser tous les accidents enregistrés au cours de l'année pour avoir plus de facilités?

À l'heure actuelle, on n'a pas encore trouvé la solution à la problématique des chiens dangereux. Certains disent qu'il faut dresser une liste; d'autres que ce n'est pas possible. J'aurais aimé avoir votre sentiment par rapport à cette banque de données.

Enfin, vous faites allusion à une proposition. S'agit-il d'une proposition de loi ou de résolution?

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est une proposition déposée par Mme Katrien Schryvers.

11.05 Josée Lejeune (MR): J'en prendrai connaissance. Je vous en remercie.

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

La **présidente**: La question n° 5963 de Mme Avontroodt est reportée.

12 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation et le remboursement du test Progensa PCA3" (n° 5975)

12 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie en de terugbetaling van de Progensa PCA3 test" (nr. 5975)

12.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la vice-première ministre, le premier test génétique diagnostique non invasif permettant de détecter un cancer de la prostate a été lancé en

septembre de l'année dernière sur le marché belge. Il s'agit de ProgenSA PCA3 développé par la société américaine Gen-Probe.

Ce test traque dans les urines la présence du gène PCA, un marqueur génétique des cellules cancéreuses prostatiques. Il évite donc un recours systématique à des biopsies. Ces biopsies permettent de détecter précocement des cancers agressifs mais mettent également en évidence des cancers de prostate ne menaçant pas la santé des patients, occasionnant ainsi beaucoup de stress et de traitements inutiles. Rappelons que le cancer de la prostate est le cancer le plus commun en Europe du Nord et de l'Ouest et qu'en Belgique, il est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme, constituant la troisième cause de décès.

Madame la vice-première ministre, les premières évaluations belges de ce test présentées en juin 2007 à la Société belge d'urologie suggéraient que le recours à des biopsies de la prostate pourrait être évité à l'avenir chez 30 à 40% des patients sans pour autant passer à côté des cancers agressifs. Ces évaluations ont-elles été corroborées depuis par d'autres études?

En Belgique, le premier laboratoire qui a été équipé et accrédité pour ce test est le Centre de technologies moléculaires appliquées des Cliniques universitaires Saint-Luc (UCL). Sachant que chaque année, 5.000 nouveaux cas de cancers de la prostate sont diagnostiqués dans notre pays, d'autres CHU envisagent-ils d'utiliser cette méthodologie de diagnostic?

Sachant qu'une personne sur sept risque de développer un cancer de la prostate au cours de sa vie, le recours à ce test permet d'émettre un diagnostic très rapidement. Néanmoins, il y a un inconvénient: son prix est élevé (259 euros) et est entièrement à charge du patient. Le remboursement de ce test est-il à l'étude? Si oui, quand sera-t-il d'application?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, pour la première question, une étude de validation est en cours dans les services universitaires de la KUL et de l'UCL qui concerne toutes les indications de ce test. Il faut attendre les résultats de cette étude pour pouvoir se prononcer sur l'intérêt clinique réel de ce test.

Comme on vient de me le dire, il ne faut pas s'attendre à avoir les résultats à très court terme. Les scientifiques prennent leur temps et je ne peux les enfermer dans un délai car ils sont à l'initiative de ces études.

Pour votre deuxième question, aucun laboratoire belge n'a encore reçu d'agrément Santé publique pour réaliser ce test, qui est donc toujours en phase d'évaluation.

Actuellement, deux services universitaires procèdent à l'évaluation de ce test: celui de la KUL et celui de l'UCL. Rien n'empêche d'autres services universitaires de participer à l'évaluation de ce test.

Troisièmement, il existe aujourd'hui des preuves scientifiques sérieuses pour une seule indication pour éviter de répéter des biopsies de la prostate après une première biopsie négative. Les conditions de remboursement des tests permettant le dépistage et le diagnostic du cancer de la prostate sont à l'étude au conseil technique médical de l'INAMI.

Sur la base du rapport KCE de 2006 – nommé "Health technology assessment: l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate" – et des résultats des évaluations en cours pour ce test, les conditions et modalités de son remboursement seront revues. Pour ce test génétique selon le niveau de preuve scientifique et le volume annuel attendu de tests, il pourrait être remboursé soit via la nomenclature des soins de santé soit au moyen d'une convention spécifique avec des laboratoires de référence.

Je citerai enfin le plan cancer "Action II: dépistage et accompagnement des personnes à risque de prédisposition génétique au cancer" qui prévoit le remboursement de plusieurs nouveaux tests génétiques de prédisposition au cancer particulièrement coûteux.

12.03 Colette Burgeon (PS): Je compte sur vous pour être attentive au problème car ce n'est pas une mince affaire!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la contamination d'un essai de colza conventionnel par des OGM" (n° 6021)

13 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besmetting door GGO's van een proefveld met conventionele koolzaadplanten" (nr. 6021)

13.01 Colette Burgeon (PS): Madame la vice-première ministre, ce mercredi 4 juin, la presse a fait état de la contamination d'un essai de colza conventionnel par les OGM non autorisés à la culture en Europe. Quinze mini parcelles dispersées sur quatre localisations en Flandre et en Wallonie ont été ensemencées avec le lot contaminé.

Bien consciente de votre détermination dans ce dossier, permettez-moi de vous poser les questions suivantes.

Pouvez-vous me détailler les mesures que vous avez prises afin de prévenir les risques de dissémination de ces OGM non autorisés? Comment un lot contaminé a-t-il pu être semé sur le territoire européen? Quelles actions allez-vous prendre afin d'établir les différentes responsabilités dans ce dossier? Avez-vous eu un contact concernant cette contamination avec le ministre wallon de l'Agriculture et de l'Environnement? Dans l'affirmative, quelle en a été la teneur?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, les mesures prises ont été la destruction immédiate des plantules sur les parcelles concernées. Elles ont été enlevées manuellement, emportées dans les installations de Bayer et détruites par un traitement à la chaleur. Les plantules étaient à un stade très jeune (3 semaines). La dissémination par pollen ou semences n'est donc pas applicable dans ce cas.

Par ailleurs, Bayer contrôlera régulièrement ces parcelles pour éliminer les repousses de colza qui viendraient encore à pousser. Un suivi de ces parcelles sur plusieurs années aura également lieu, car nous savons que les semences de colza peuvent encore germer dans les années suivantes. Les inspecteurs de la santé publique se rendent cette semaine sur place pour vérifier que la destruction a bien eu lieu et que le suivi est assuré.

Notons qu'il s'agit d'un lot de semences expérimentales, soit non commerciales. Les semences commerciales sont contrôlées par les pouvoirs publics, mais pas les semences expérimentales qui sont la propriété des détenteurs. Le SPF a demandé à Bayer qu'il étudie l'origine de cette contamination et fasse rapport.

Une note détaillée a été envoyée aux ministres wallon et flamand de l'Agriculture et de l'Environnement, afin de les mettre au courant de l'incident. Le SPF continuera à les tenir informés des nouveaux éléments de ce dossier.

13.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. En fait, il existe deux types de plantations, l'une à base de semences commerciales, l'autre à base de semences expérimentales. Ne pourrait-on, en ce qui concerne les plantations-tests, exercer la même surveillance qu'au niveau commercial? Cela éviterait les dérives, mais j'ignore si c'est pratiquement possible.

13.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je vais examiner cette possibilité.

13.05 Colette Burgeon (PS): Que l'on y réfléchisse! Cela éviterait, à mon avis, pas mal de dérives!

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgproces rond prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking" (nr. 6044)

14 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de

la Santé publique sur "le processus de soins concernant le diagnostic prénatal et l'interruption de grossesse" (n° 6044)

14.01 Lieve Van Daele (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, enkele weken geleden heeft het ethisch comité van het Verbond der Verzorgingsinstellingen twee adviezen geformuleerd, een advies over het zorgproces rond prenatale diagnostiek enerzijds en een advies over het zorgproces inzake zwangerschapsafbreking rond prenatale diagnostiek anderzijds. Ik ben blij dat ik mijn vraag kan stellen nu het stof wat is neergedaald, want jammer genoeg zijn deze nochtans zeer genuanceerde adviezen op een erg ongenueanceerde manier in de belangstelling gekomen. Het is belangrijk om te onderstrepen dat op geen enkele manier het recht op zwangerschapsafbreking in vraag werd gesteld. Het ging wel over het zorgzaam omgaan met prenatale diagnostiek en met de vraag naar zwangerschapsafbreking.

Ik heb de volgende vragen.

Deelt u de mening dat prenatale diagnostiek geen routine mag en kan zijn, en dat in overeenstemming met de wetten op de patiëntenrechten en in het kader van de informed consent voldoende tijd moet worden uitgetrokken om ouders of de vrouw daarin te begeleiden en ook de consequenties van dergelijke tests met de mensen te bespreken? Kunnen in uw beleid maatregelen worden genomen om die zorg voldoende te garanderen?

Dan wil ik nog een persoonlijke bekommernis uiten, maar het is zeker ook een bekommernis van verenigingen van gehandicapten, bijvoorbeeld van de Vereniging voor Spina Bifida. Deelt u de bekommernis dat er, ondanks de mogelijkheid van prenatale diagnostiek en dus ook zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek, voldoende solidariteit zou blijven, zodat mensen die daar niet voor kiezen ook in de toekomst zouden kunnen rekenen op de samenleving om de zorg voor hun eventueel gehandicapt kind mee te helpen dragen?

14.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, ik ben het volledig eens met de opinie dat de prenatale diagnostiek een zeer gevoelige materie is en dat het adequaat informeren van het koppel of van de vrouw noodzakelijk is. Ik preciseer dat de verplichting om aan de patiënt alle relevante elementen in verband met zijn gezondheidstoestand mee te delen zodat hij een weloverwogen beslissing kan nemen, nu reeds is vermeld in de wet op de patiëntenrechten. Het begrip informed consent is ook opgenomen in de wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en in de abortuswet.

Rekening houdend met de psychologische druk die dit bij een patiënt teweeg kan brengen, zijn ondersteuning en psychosociale begeleiding uiteraard onmisbaar. Dergelijke maatregelen zijn trouwens reeds aangewend door de uitvoering van nadrukkelijke bepalingen die in de meest recente wetteksten terug te vinden zijn.

Verder ben ik uiteraard bereid om alle initiatieven te onderzoeken die een verbetering van de bestaande bepalingen ter zake verhogen.

Ten slotte spreekt het voor zich dat een aangeboren afwijking absoluut geen reden is of mag zijn voor uitsluiting uit de sociale zekerheid, die gebaseerd is op solidariteit, ongeacht het feit of de diagnose van deze afwijking al dan niet voor de geboorte werd gesteld.

14.03 Lieve Van Daele (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben blij dat u voor die eerste en die tweede vraag ook die bekommernis deelt. Ik wil wel zeggen dat ik in de praktijk reeds ondervonden heb dat er een groot verschil is tussen hetgeen in de wetgeving staat en hetgeen op de werkvloer soms slechts gebeurt aan psychologische begeleiding op dat vlak. In die zin zal ik zeker ook kijken of er daar nog initiatieven kunnen worden genomen. Ik ben blij dat u zegt dat u die steeds wilt onderzoeken.

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

15 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'alimentation et la santé des personnes âgées" (n° 6051)

15 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voeding en de gezondheid van bejaarden" (nr. 6051)

15.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je vais essayer d'être aussi bref que M. Gilkinet.

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je sais que vous êtes un assidu de la commission et que vous travaillez très bien. Néanmoins, je vois que certaines de vos questions – et vous en avez beaucoup inscrites à l'agenda – sont techniques et pourraient être posées par écrit. J'essaie toujours de répondre aux questions écrites dans les délais.

Je voulais simplement vous le faire remarquer.

15.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je comprends et n'avais pas mal pris votre remarque de toute façon, surtout venant de vous.

Madame la ministre, nos amis québécois, comme nous-mêmes, quel que soit leur âge, sont soucieux de leur ligne – ou devrait en tout cas l'être – et des conséquences que pourrait avoir l'alimentation sur leur santé. L'âge venant, les Québécois sont inquiets de la surmortalité que cette dernière peut engendrer. Aussi le docteur Hélène Payette a lancé en 2003 une étude appelée "Nuage" auprès de 1.800 sujets volontaires avec prélèvement de 600.000 échantillons pour analyser les facteurs qui influencent la nutrition mais aussi l'influence de la nutrition sur la santé. Les aspects liés au cadre de vie influent par exemple sur le vieillissement.

Il a surtout été établi que contrairement à une idée reçue, le fait que les personnes âgées sont moins actives n'engendre pas un besoin moindre en protéines et que les aînés avec un léger embonpoint – IMC entre 25 et 27 – tombent moins souvent malades que ceux qui ont un poids santé. Cela viendrait apporter un peu de baume au cœur de ceux qui souffrent d'une légère surcharge pondérale.

Madame la ministre, le plan Nutrition-Santé a abordé notamment les problèmes de dénutrition en maison de repos. Il a permis aussi de diffuser des brochures vers les seniors.

Les études préalables à ces communications ont-elles abouti aux mêmes conclusions? Quelles ont été les recommandations faites à nos aînés en matière d'alimentation afin de les aider à mieux et plus avancer en âge? D'autres études sont-elles en cours afin d'appréhender de manière plus efficace encore les spécificités alimentaires des personnes âgées?

15.04 Laurette Onkelinx, ministre: Dans le cadre du plan national Nutrition-Santé, une attention particulière a été portée à plusieurs groupes spécifiques parmi lesquels les nourrissons, les jeunes enfants et femmes enceintes, les enfants, les adolescents et les seniors – notez que quand je lis cela, je trouve qu'il vaudrait mieux procéder par élimination. Ces populations nécessitent des besoins nutritionnels spécifiques qui ont été décrits dans le texte scientifique du plan national mais également vulgarisé dans 4 guides nutritionnels.

Le guide destiné aux seniors aborde plusieurs problématiques spécifiques à cette population, comme l'importance de manger trois repas équilibrés par jour pour prévenir tout risque de dénutrition – il semblerait qu'avec l'âge, l'appétit est parfois altéré à cause notamment de prise de médicaments, de dépression, etc. –, d'avoir une hydratation suffisante, de manger suffisamment de protéines pour éviter une fonte musculaire, de veiller aux apports optimaux en vitamines D et calcium pour lutter contre l'ostéoporose et de conserver un niveau d'activité physique suffisant: par exemple marcher, promener son chien si on en a un.

Cela semble important d'un point de vue psychologique. En effet, d'après les études qui ont été réalisées, il semblerait que les personnes qui s'occupent d'un animal soient moins déprimées que les autres.

À la lecture de la brochure, on a donc un aperçu relativement complet de la nutrition correspondant à cette tranche d'âge.

À côté des guides nutritionnels, le plan national travaille sur différents axes stratégiques dont la dénutrition en milieu hospitalier, en soins à domicile et en maisons de repos. Le plan travaille à la sensibilisation des soins de première ligne à la dénutrition et à la mise à disposition des outils de dépistage simples et pédagogiques. D'ailleurs, une mallette pédagogique sera bientôt disponible.

Le plan souhaite que chaque établissement hospitalier, chaque maison de repos et chaque infirmier et médecin travaillant en soins à domicile reconnaissent cette problématique importante et puissent la prendre

en charge correctement.

À cet égard, le comité d'experts "Dénutrition" publiera des recommandations par rapport aux outils de dépistage au niveau hospitalier. Au niveau des maisons de repos et en soins à domicile, le groupe de travail "Maison de repos" a finalisé une charte nutritionnelle que chaque établissement peut décider d'adopter.

Enfin, le plan avait organisé un forum international sur la dénutrition en maisons de repos et en soins à domicile, en novembre 2007. Les résultats de ce forum feront d'ailleurs très prochainement l'objet d'une publication dans la revue scientifique "Clinical Nutrition". Ces résultats seront élargis dans un document avec des recommandations très concrètes qui seront publiées avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin et du Conseil de l'Europe. Ce document pourrait servir de base à la prise de nouvelles décisions sur le plan politique.

15.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

Il est toujours intéressant d'avoir connaissance des résultats des études québécoises. En effet, le Québec, et plus généralement le Canada, mais aussi les États-Unis sont souvent quelques années en avance dans ce genre de problématique.

L'image suivant laquelle il faut être mince à tout âge devrait peut-être être cassée. À partir de 50 ans, il faudrait pouvoir accepter d'avoir un peu d'embonpoint.

15.06 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dernières avancées dans l'étude de la mort subite du nourrisson" (n° 6053)

16 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de meest recente vooruitgang in de studie van de wiegendood bij baby's" (nr. 6053)

16.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, le changement de pratique dans le couchage des enfants, non plus sur le ventre mais sur le dos, a déjà fait considérablement baisser le nombre de MSN (morts subites de nourrissons).

Selon une étude de la très renommée revue scientifique "The Lancet", certains cas de mort subite du nourrisson pourraient résulter d'infections respiratoires et d'un excès de chauffage, mais aussi d'infections bactériennes, des septicémies en rapport avec le staphylocoque ou escherichia coli. En outre, il semblerait que des prédispositions génétiques favorisent le décès par MSN à cause d'une réaction inflammatoire excessive.

Madame la ministre, vos services disposent-ils déjà d'études sur les MSN qui soient susceptibles de confirmer ou d'infirmer partiellement ou intégralement celle du "Lancet"?

Des études sur le sujet sont-elles en cours? Si certaines thèses avancées par la revue britannique étaient confirmées, serait-il possible de lancer une campagne d'information recommandant une meilleure hygiène, lors des toilettes notamment, mais aussi une utilisation plus mesurée du chauffage afin de faire diminuer le nombre de morts subites de nourrissons?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le député, selon le CEBAM (Centre d'Évidence Médecine belge), il n'existe pas de recommandations proprement belges pour la première ligne. Toutefois, le Kenniscentrum a édité en décembre 2006 des recommandations relatives à l'examen polysomnographique qui est parfois utilisé pour détecter des risques particuliers chez certains nourrissons. Ce rapport reprend les conseils préventifs les mieux établis scientifiquement, qui ont été énoncés par l'Académie pédiatrique américaine.

Ces recommandations confirment l'importance de la position du nourrisson lors du sommeil et le rôle du

tabagisme passif. Comme le récent article du "Lancet", le rapport évoque également l'augmentation du risque lié à des infections respiratoires et au chauffage excessif de la chambre à coucher.

Dans la majorité des pays occidentaux, une diminution importante de la mort subite a été constatée dans les années 90, essentiellement en raison de l'application des recommandations de couchage et de non-tabagisme. Néanmoins, cette prévalence stagne depuis 1999.

Quant au tabagisme passif, des mesures sont en train d'être élaborées dans le cadre du plan cancer et sont soumises à l'examen de cette commission sous la forme de propositions de loi. Je demanderai aux experts du CEBAM et du KCE de confirmer les "guidelines" internationaux concernant la mort subite du nourrisson. Avec les Communautés, qui sont responsables de la médecine préventive dans notre pays, je prendrai les mesures adéquates.

16.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse très complète. Comme je pense vous l'avoir déjà dit, la question du tabagisme passif des enfants dans les voitures devrait également sensibiliser les jeunes parents.

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

17 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation de la recherche belge dans la lutte contre le cancer" (n° 6054)

17 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "stand van zaken in het Belgisch onderzoek naar kankerbestrijding" (nr. 6054)

17.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, investir dans la recherche contre le cancer n'est pas vain. Je vous ai déjà interpellée au sujet des traitements du cancer des testicules par chimiothérapie ou bien encore sur les effets de l'Avastin dans le ralentissement du développement du cancer du sein, ou les effets du Celebrex sur le cancer du poumon.

Une étude à grande échelle semble montrer que le Zometa a des effets positifs sur le cancer. Testé lui aussi dans le cadre de la lutte contre le cancer du sein à un stade précoce, il réduit de 35% la récurrence de ce dernier chez les femmes pré-ménopausées, après avoir montré son efficacité dans la lutte contre l'ostéoporose et les métastases osseuses. C'est en cela qu'il est très intéressant: il permettra peut-être de lutter contre les cancers à risque de métastases élevé dans les os, comme le cancer du rein notamment.

La question aujourd'hui est de définir la dose optimale à administrer en fonction de la pathologie et quels patients seront susceptibles de bénéficier de ce traitement. En effet, d'autres recherches ont indiqué qu'en fonction du profil génétique des individus – des femmes notamment dans les cas de cancers du sein –, la présence ou non du variant enzymatique favorisait ou non le développement du cancer et son évolution métastatique, permettant de définir les chances de succès de la chimiothérapie. Comme nous pouvons le voir, il est permis d'espérer.

Madame la ministre, j'ai souvent cité dans mes questions des études anglo-saxonnes ou nord-européennes sur la recherche dans la lutte contre le cancer.

J'aimerais savoir de quels moyens dispose la recherche belge dans la lutte contre ce fléau. J'aimerais savoir comment la recherche belge collabore avec la recherche internationale.

Quelles mesures avez-vous prises dans le cadre du plan national cancer afin de favoriser la recherche belge, en synergie avec la recherche à l'étranger?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je confirme à M. Flahaux que, bien entendu, la Belgique attache une grande importance dans la recherche dans la lutte contre le cancer. Je me réfère aux multiples projets de recherche dans les domaines de l'identification et de l'évaluation des nouvelles méthodes thérapeutiques et diagnostiques réalisées dans nos centres oncologiques, comme l'Institut Bordet et d'autres centres universitaires et non universitaires, souvent en collaboration avec l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). L'EORTC est située en Belgique, la présidente de son conseil d'administration et la médecin-directrice sont toutes deux belges.

Depuis deux ans, la fondation du registre du cancer a augmenté considérablement la couverture de l'enregistrement des cas de cancers en Belgique; elle essaie également d'obtenir des données sur le traitement du cancer et la survie. Cette information sur les traitements devrait permettre d'évaluer l'utilisation de certains types de thérapies.

Ce registre du cancer, financé en grande partie par l'autorité fédérale, est également impliqué dans des projets de recherche comme Procure, traitement du cancer rectal, Eurocare et EUROCHIP, collaborations européennes.

Un service d'épidémiologie du cancer existe à l'Institut scientifique de santé publique; il a une réputation internationale en ce qui concerne la prévention du cancer de l'utérus. Ce service mène plusieurs collaborations européennes sur l'évaluation des nouvelles méthodes de dépistage et de diagnostic du cancer du col de l'utérus ainsi que la vaccination contre le papillomavirus humain.

L'IARC (International Agency for Research on Cancer), la Commission européenne et le Cochrane Gynaecological Cancer Collaborative Review font souvent appel aux services de l'Institut de santé publique pour les méta-analyses et le développement des recommandations scientifiques.

Il convient également de signaler la participation d'instituts de santé publique dans le CCPRB (Cancer Control using Population-based Registries and Biobanks), "network of excellence", réseau d'excellence, projet de recherches financé par le FP6 (Sixth Framework Programme), programme de direction de la recherche de l'Union européenne, qui veut promouvoir la recherche sur le cancer en utilisant des banques cellulaires ou tissulaires. Ce type de recherches est encore d'ailleurs fort peu développé en Belgique.

Je suis évidemment consciente que le cancer est un fléau de santé publique de toute première importance. Chaque année, environ 60.000 personnes sont confrontées au diagnostic du cancer et presque une personne sur quatre meurt des suites du cancer dans notre pays.

J'observe l'existence de lacunes dans la lutte contre le cancer. C'est la raison pour laquelle j'ai pris l'initiative du plan cancer. Ce plan comprend plusieurs piliers, dont celui de la recherche scientifique. Dans le plan cancer, j'ai prévu d'installer un Institut du cancer; il dressera l'inventaire des différentes activités de recherches existantes et identifiera les initiatives pour lesquelles la Belgique est un centre d'excellence internationalement reconnu sur le terrain de la lutte contre le cancer. L'Institut du cancer collaborera avec le registre du cancer et les grandes agences de recherche internationales. Il stimulera la recherche de haute qualité en promouvant la collaboration entre les différents protagonistes scientifiques.

Outre ces initiatives que je prendrai, sachant que la recherche est éclatée dans notre pays, tant la recherche appliquée que la recherche fondamentale, je trouve qu'il serait intéressant que l'Institut pour le cancer puisse faire le point en la matière. Il existe des initiatives privées comme Télévie et sa concordance sur VTM, ainsi qu'une série de fondations privées.

Par exemple, la princesse Astrid m'a fait l'honneur de m'accompagner lundi pour une action en faveur de la recherche. En effet, elle est présidente de diverses fondations, liées de près ou de loin à la Fondation Roi Baudouin, avec un financement pour des projets de recherche privés.

Cet éclatement n'est donc pas nécessairement néfaste en raison des différentes sources de financement pour la recherche contre le cancer.

Revenons au plan cancer et aux trois mesures concrètes prévues dans ce plan: le financement structurel des "tumorothèques" et d'une "tumorothèque virtuelle nationale", une étude de faisabilité poussée de l'implantation d'un centre d'hadronthérapie en Belgique et enfin un soutien effectif à la recherche translationnelle belge pour 2009 et 2010.

J'ai lancé lundi dernier l'appel à projets dans le domaine de la recherche translationnelle: 15 millions d'euros sont prévus pour financer des projets belges dans ce domaine, chaque projet pouvant recevoir entre 0,5 et 1 million d'euros. Ce n'est pas mince comme soutien.

Qui va sélectionner les projets? J'ai nommé pour ce faire un jury international, car on a intérêt en la matière à ne pas réinventer sans cesse le fil à couper le beurre. Ce jury composé de sommités venant de partout

sélectionnera les meilleurs projets parmi tous ceux qui seront présentés par des centres de recherche belges. Le service de la fonction publique répondra lui-même à la question des contributions financières et scientifiques de la Belgique à l'IARC. Je ne dispose pas encore des chiffres me permettant de compléter cette réponse.

17.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse très complète. Je me réjouis de la voir pousser les centres de recherche publics et privés à collaborer, qu'ils soient fédéraux ou non.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

18 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les avancées dans le traitement du cancer du sein" (n° 6055)

18 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vooruitgang in de behandeling van borstkanker" (nr. 6055)

18.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, si les problèmes de santé masculine m'interpellent, ceux spécifiquement féminins font aussi l'objet de mes préoccupations. Ainsi je viens vous interroger à propos du cancer du sein.

En ce qui concerne ce dernier, des expériences thérapeutiques ont été menées. Ainsi selon les résultats d'un essai clinique international, l'Avastin, médicament bloquant les vaisseaux sanguins, nécessaires pour nourrir la tumeur, combiné au Taxotere, qui empêche la division cellulaire, a ralenti la progression du cancer du sein. Cette expérimentation confirme les résultats d'une étude précédente combinant l'Avastin au Taxol, un agent chimique similaire au Taxotere qui doublait la survie sans récurrence des patientes atteintes d'un cancer avancé du sein ayant fait métastase.

Ce premier essai clinique de phase 3 évaluant la combinaison entre les deux médicaments a surtout pour but de permettre à terme sur le marché européen l'accès au traitement. Ce protocole a déjà été approuvé pour le traitement des cancers évolués du rectum.

Le souci concernant cette thérapie vient du fait qu'elle ralentit mais ne détruit pas le cancer. Elle provoque en outre de l'hypertension artérielle. S'il n'est pas la panacée et nécessite une approche prudente en termes de problèmes sur le plan cardiovasculaire, ce programme de soins permet toutefois de ralentir le processus de la maladie et ainsi espérer la mise en œuvre d'autres thérapies.

Madame la ministre, est-ce que le monde médical belge a participé à l'essai clinique international?

Dans l'affirmative, quelles leçons tant positives que négatives les praticiens en ont-ils retenu?

Quelles recommandations font-ils en l'état actuel de leurs connaissances en termes d'utilisation de cette thérapie?

Est-il permis d'espérer un plus grand confort et une meilleure approche du traitement du cancer du sein à partir de cette médication?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: La participation du monde médical belge à une étude clinique sur la combinaison entre l'Avastin et les dérivés du Taxol n'a en réalité pas été signalée à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

Les premières publications démontrant l'avantage de cette combinaison dans le traitement du cancer du sein datent de 2005. Depuis, il est vrai que d'autres études ont confirmé l'intérêt d'une telle association. Je pense notamment à une étude publiée en 2008 par l'American Society of Clinical Oncology.

Pour rappel, le professeur belge, Martine Piccart, qui est présidente de l'ORTC – je vous en parlais tout à l'heure –, y dirige le groupe coopératif du cancer du sein auquel participent les universités belges. Les oncologues belges ont donc la possibilité d'être au courant des dernières avancées dans ce domaine.

L'Avastin fait partie d'une nouvelle classe de traitements ciblant la néoformation de vaisseaux irriguant les

masses tumorales. Des études comparant son rapport bénéfice/risque avec d'autres thérapies ciblant la néoformation de vaisseaux irriguant les masses tumorales telles la thérapie métronomique – doses très faibles de chimiothérapie donnée tous les jours – ne sont pas encore disponibles.

Néanmoins il paraît incontestable, sur base des études cliniques existantes, que le traitement du cancer du sein avec Avastin donne de meilleurs résultats que les autres traitements existants. Si son remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé a cependant déjà été refusé dans notre pays, alors qu'il en existe dans de nombreux autres pays à niveau de vie comparable au nôtre, c'est en raison du prix demandé jusqu'ici par le laboratoire pharmaceutique, jugé exorbitant par la Commission du remboursement des médicaments, sur base d'études pharmaco-économiques. Une nouvelle procédure d'admission au remboursement est rentrée et se terminera au plus tard le 6 septembre 2009. C'est ce qui est écrit ici mais je me demande si ce n'est pas 2008 - retéléphonez pour vérifier, car j'avais demandé qu'on se dépêche dans ce dossier. J'espère qu'elle permettra de fixer un prix acceptable tant pour le laboratoire que pour l'assurance obligatoire soins de santé. En la matière, je vais faire vérifier, j'ai demandé l'adoption d'une procédure d'urgence pour l'Avastin, dans le cadre du plan cancer.

18.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vois que nos intérêts convergent en la matière et je ne peux que m'en réjouir, surtout sur la remarque que vous venez de formuler et qui montre votre appétit d'avancer avec vigueur.

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

19 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement alternatif du cancer des testicules" (n° 6056)

19 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de alternatieve behandeling voor teelbalkanker" (nr. 6056)

19.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame le ministre, vous connaissez mon souci, pour ne pas dire mon attachement pour tout ce qui fait que les hommes sont des hommes. Aussi, bien naturellement, après vous avoir interpellée sur le Viagra, je vous interpelle aujourd'hui sur ce qui fait partie de nos maux à nous, les hommes. En effet, à la suite d'une étude diligentée par le Dr Tim Olivier, professeur émérite de cancérologie à l'hôpital Saint-Bartholomew de Londres, il semblerait qu'une dose de chimiothérapie à base de sels de platine après ablation du testicule affecté serait une alternative prometteuse à la lourde radiothérapie appliquée actuellement pour les cas de tumeur testiculaire précoce.

Cette solution est porteuse de tant d'espoir qu'elle serait susceptible d'éviter l'ablation en question en ne nécessitant que l'extraction de la tumeur et des tissus sains qui l'entourent préalablement à la chimiothérapie, tout du moins pour les cancers précoces. Le taux de récurrence du cancer cinq ans après est semblable et le taux de développement d'un cancer de l'autre testicule est inférieur de 78% avec la chimiothérapie. Cela me paraît fondamental. Ces résultats permettent d'envisager une autre approche des soins en la matière.

Madame le ministre, je sais à quel point vous vous investissez dans la lutte contre le cancer. Aussi, pourriez-vous me dire quelle connaissance ont les professionnels de la santé belges de cette expérience londonienne? Cette thérapie a-t-elle été déjà appliquée dans notre pays? Avec quels résultats? Quelles conséquences cela peut-il entraîner sur la prise en charge et le remboursement de cette pathologie? Outre les heureux avantages en termes de santé, quels avantages financiers cela pourrait-il également présenter?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Les traitements à base de sels de platine sont utilisés avec succès – plus de 99% de guérisons pour le stade précoce - pour le cancer testiculaire depuis environ trente ans. Le professeur Tim Olivier a publié en 2007 une revue du traitement des tumeurs testiculaires basée sur les divers essais cliniques publiés. Il y prône une attitude moins agressive au point de vue radiothérapie et chirurgie. Je peux vous communiquer toutes les références de ces études.

Le professeur Olivier a également participé à l'élaboration de "guidelines" concernant ces tumeurs. Je peux également vous transmettre les informations à leur propos. Les milieux universitaires belges en ont eu connaissance.

19.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): J'ai également posé une question sur la prise en charge de la

pathologie en matière de remboursements.

19.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je vois que vous m'avez posé cette question, mais je n'ai pas la réponse. Cependant, je peux vous dire que le problème en matière de remboursements, c'est que l'existence de ces études ne constitue pas une évidence suffisante pour rembourser.

Il faut dès lors attendre que ces études puissent être transcrites en évidences médicales avant que l'assurance maladie-invalidité puisse prendre ce traitement en charge.

19.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, j'espère que nous, les hommes, ne devons pas attendre trop longtemps. En effet, si nous voulons rester des hommes, nous devons au moins garder un des deux testicules!

19.06 Laurette Onkelinx, ministre: À mon avis, on peut être homme sans avoir de testicule, ce que je ne vous souhaite pas! Le caractère mâle ou femelle n'est pas simplement lié au fait d'avoir ou non des testicules. L'âme de l'homme est aussi importante!

19.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): C'est comme le sein pour la femme!

19.08 Laurette Onkelinx, ministre: En plus, il paraît que cela n'empêche rien. Mme la présidente semble avoir une expérience particulière en la matière!

Même si ce n'est pas remboursé, cela n'empêche pas d'utiliser, via les "guidelines", la méthodologie prônée. En la matière, il y a toute une série de médicaments ou de thérapies particulières qui sont utilisés à titre expérimental, avant même la prise en charge par l'INAMI.

La **présidente**: (...)

19.09 Laurette Onkelinx, ministre: Vous avez raison, madame la présidente, même les firmes prennent les frais en charge justement pour pouvoir établir une évidence à partir de là.

19.10 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, la moitié de l'humanité que sont les hommes compte sur vous pour suivre avec attention ce dossier.

19.11 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, quel poids je porte sur mes épaules!

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

20 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi des travaux de la Place Poelaert" (n° 6086)

20 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van de werken op het Poelaertplein" (nr. 6086)

20.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, ce dossier m'inquiète à plus d'un titre. J'ai eu l'occasion d'interroger le ministre de la Justice sur un autre volet de ce dossier par rapport au transfert du parquet de Bruxelles vers un nouveau bâtiment. Pour la plaisanterie, les fourgons de police ne rentrent pas dans le bâtiment du parquet, parce que le toit du garage est trop bas et qu'on ne s'en était pas rendu compte au moment de ce transfert.

Mais surtout, cette question est aussi liée au réaménagement de la Place Poelaert. Elle concerne non seulement les navetteurs mais aussi les Bruxellois qui, passant par la Place Poelaert, ouvrent des yeux ahuris face à ce chantier immense et interminable.

D'après mes informations, ces travaux ont été financés grâce aux projets Beliris. Auriez-vous, à la suite de contacts avec la Région de Bruxelles, des informations quant au suivi de ce chantier et à la durée des travaux? Quel est le montant prévu dans l'enveloppe de Beliris allouée à ces travaux de la Place Poelaert?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Baeselen, vous avez été abusé! Beliris est étrangère au

réaménagement que la Place Poelaert subit actuellement. Il s'agit uniquement de travaux pris en charge par la Région de Bruxelles-Capitale.

20.03 **Xavier Baeselen** (MR): Voilà une réponse concise!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

21 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les évolutions dans le traitement du cancer du poumon" (n° 6088)**

21 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ontwikkelingen in de behandeling van longkanker" (nr. 6088)**

21.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, la problématique du tabagisme et ses conséquences néfastes en termes de santé vous est très chère, preuve en est votre venue, en commission le 3 juin dernier, aux auditions préalables à une législation éventuelle sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

La prévention du cancer par une politique intelligente en matière de gestion des espaces publics ne nous préservera hélas pas du développement, chez certains d'entre nous, du cancer du poumon.

Or, en ce domaine, des essais cliniques ont amené à penser que l'utilisation d'un antiarthritique, le Celebrex, à dose élevée pourrait empêcher le développement du cancer du poumon chez les fumeurs en bloquant l'enzyme COX-2, responsable de l'inflammation en lien avec l'apparition du cancer. Il amènerait une réduction des changements cellulaires précurseurs du développement d'un cancer. La prise de ce médicament à forte dose entraîne en effet une réduction conséquente de la protéine Ki-67, bio-marqueur pour la croissance cellulaire. Elle est en outre sans risque cardiaque, contrairement à l'anti-inflammatoire Vioxx, expérimenté en première intention et retiré du marché suite à ses effets en termes de risques cardiovasculaires.

S'il est encore trop tôt pour être assurés de l'effet curatif du Celebrex sur le cancer du poumon qui est, rappelons-le, le plus fréquent et le plus meurtrier au monde, cela laisse beaucoup à espérer.

Madame la ministre, pourriez-vous nous dire si les professionnels belges de la santé ont déjà une connaissance aboutie de cette expérience?

Cet essai thérapeutique est-il déjà pratiqué en Belgique? Si oui, les résultats obtenus donnent-ils les mêmes enseignements que ceux que je fournis?

Si cette expérimentation s'avérait concluante, quelles mesures d'urgence pourraient être prises pour en assurer le remboursement?

21.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, les oncologues belges ont été mis au courant de la communication faite le lundi 3 juin 2008 par le Docteur Kim et son équipe lors du congrès de l'American Society of Clinical Oncology qui a rassemblé environ 30.000 oncologues du monde entier. À titre d'information, 140 médecins belges sont membres titulaires de cette prestigieuse société médicale et reçoivent les "proceedings" de ce congrès ou y ont assisté. La participation du monde médical belge et européen n'a pas été signalée à l'Agence des médicaments et des produits de santé.

Il ne s'agit à ce jour que d'un essai clinique mené au MD Anderson Cancer Institute à Houston (USA) et nulle part ailleurs aux États-Unis. Il ne porte que sur 212 fumeurs ou ex-fumeurs. Une moitié d'entre eux ont pris du Celebrex pendant trois mois; l'autre moitié pendant six mois. Il ne s'agit donc pas d'une étude reposant sur une frange représentative de la population des États-Unis et comparant des fumeurs qui prennent du Celebrex et des fumeurs qui n'en prennent pas.

Cet essai clinique n'a donné aucun renseignement en ce qui concerne le devenir de ces patients. Les investigateurs ignorent encore à ce jour – ils n'en font d'ailleurs pas mention dans leur communication – si dans les années à venir, un nombre inférieur, égal ou supérieur de patients traités par Celebrex vont développer un cancer du poumon par comparaison à des fumeurs qui n'en ont pas pris à visée préventive.

Aucun effet du Celebrex sur l'évolution de leur cancer du poumon n'a été démontré chez les patients qui en étaient déjà atteints et tel n'était d'ailleurs pas le but de l'étude. Aucun effet préventif du Celebrex sur le développement éventuel d'un cancer du poumon ou sur la réactivation éventuelle d'un cancer du poumon stabilisé n'a été démontré. La période d'observation des fumeurs qui ont reçu du Celebrex est actuellement trop courte pour pouvoir se prononcer sur ce point. Si effet préventif il devait y avoir, il ne pourrait être constaté que dans quelques années.

Le seul élément neuf qu'apporte cette étude, c'est que sur des biopsies de la muqueuse bronchique prélevée au hasard avant et après la période de traitement, l'expression du Ki-67 est moins marquée avec une dose de 400 mg deux fois par jour qu'avec une dose de 200 mg deux fois par jour.

Cette expérimentation n'est pas concluante sur le plan clinique. Il s'agit d'une donnée intéressante sur le plan scientifique comme il y en a eu d'autres dans les 268 communications réservées au seul cancer du poumon lors de ce congrès.

Les constatations ont été faites au microscope au niveau de la muqueuse bronchique non cancéreuse et il est prématuré d'en déduire que le Celebrex est efficace dans la prévention ou dans le traitement du cancer du poumon.

Le Ki-67 est un indice de prolifération cellulaire connu depuis plus de 20 ans. Il a été mesuré en routine par la plupart des laboratoires belges dans le cancer du sein mais il ne renseigne que sur l'agressivité d'un cancer récemment diagnostiqué. Il n'a pas permis de prévenir ou de traiter un cancer du sein. Il n'est plus considéré aujourd'hui comme une analyse indispensable. En particulier, il n'est pas utile pour le dépistage et il ne permet pas d'affirmer qu'une lésion bénigne va se transformer en cancer.

Dans leurs conclusions, les investigateurs évoquent une possible influence de l'inhibition de la cyclooxygénase-2 dans la prévention du cancer du poumon grâce à une sous-régulation possible de la prolifération de l'épithélium bronchique des fumeurs habituels.

En conclusion, aucune mesure d'urgence n'est à prendre à l'heure actuelle. Les investigateurs ne prétendent nullement que le Celebrex prévient le cancer du poumon ou en ralentit l'évolution. Il est prématuré, sur base de cette seule étude qui n'a mis en évidence aucun rôle préventif ou curatif du Celebrex, d'en recommander la prise systématique chez les fumeurs

21.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, je ne peux que me rallier à votre analyse.

Il serait effectivement intéressant de pouvoir disposer d'études portant sur une plus grande durée et qui comparent des patients à qui on a prescrit du Celebrex à dose fixe et d'autres qui n'en ont pas pris.

En tout cas, votre réponse m'a permis d'apprendre beaucoup de choses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 **Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les PET-scans" (n° 6098)**

22 **Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de PET-scans" (nr. 6098)**

22.01 **Olivier Destrebecq** (MR): Madame la ministre, plusieurs PET-scans – dont l'efficacité dans la prévention et le traitement de certains cancers n'est plus à démontrer – fonctionnent en sursis jusqu'à la fin 2008, c'est-à-dire sans agrément, conformément à la volonté de votre prédécesseur de n'autoriser officiellement que treize appareils de ce type dans notre pays.

C'est d'ailleurs le cas de l'appareil de l'hôpital de Jolimont, à La Louvière, qui avait été acheté en 1999 sur fonds propres et qui, depuis juillet 2002, n'est plus agréé. Pourtant, il draine des patients de plusieurs hôpitaux de la région: Mons, Tournai, Soignies, etc. Le nombre d'examen pratiqués depuis huit ans ne cesse de croître: 434 en 2000 et 1.234 en 2007.

Ces appareils tolérés ne bénéficient pas d'un financement de même niveau que ceux qui sont agréés. Ils

fonctionnent donc à perte. Il s'agit d'une situation hybride, que les hôpitaux concernés doivent assumer afin de maintenir la qualité des soins dispensés dans le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes.

Je pense également que cette situation va à l'encontre de votre plan cancer en termes de dépistage. Une étude aurait été prévue pour la fin 2008 dans le but d'évaluer le nombre de PET-scans nécessaires et d'examiner l'évolution de la pratique médicale dans les pays voisins.

Madame la ministre, comment sont abordés les problèmes posés par les équipements hospitaliers lourds?

Où en est la procédure d'infraction ouverte par la Commission européenne, qui conteste la limitation voulue?

Faut-il établir une programmation de type étatique avec attribution autoritaire à certains centres privilégiés sur avis d'experts objectifs, comme celui de Charleroi par exemple? Ou ne convient-il pas, au contraire, de laisser une certaine liberté aux institutions pour leur permettre d'investir leurs fonds propres en vue de développer leurs services de pointe?

22.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le député, je vais vous répondre précisément sur les PET-scans, mais vous posez une question de principe général: qu'il s'agisse des installations médicales comme les PET-scans ou de la limitation des pharmacies, est-il acceptable, dans un système de santé, de maîtriser ces phénomènes par des normes strictes? Je défends évidemment ce principe. De temps en temps, nous connaissons des problèmes avec l'Europe, avec la remise en cause de la conception même des systèmes de santé. Nous en discutons beaucoup en ce moment au niveau européen.

Si nous n'agissons pas de la sorte, nous ne pourrions pas conserver un système de santé performant comme le nôtre.

Qui dit système de santé performant dit en même temps qualité, accès pour tout le monde mais aussi maîtrise des coûts. Si on laisse faire, on ne peut pas maîtriser les coûts avec des conséquences sur l'accès, la qualité, etc.

C'est vraiment une philosophie générale que nous avons d'ailleurs abordée dans la note de politique générale.

J'en viens à votre question concernant les PET-scans. La Commission européenne a terminé son étude concernant la programmation des PET-scans. Elle n'a pas contesté qu'une limitation du nombre d'appareils peut être autorisée en vue de préserver l'équilibre financier de notre assurance obligatoire soins de santé. En revanche, la Commission a exigé une plus grande objectivation des critères de programmation qui permettent cette limitation. Ces critères doivent être évolutifs et se fonder sur des besoins avérés, donc scientifiquement étayés. Pour mesurer ce dernier aspect, on se référera d'ailleurs aux données du registre du cancer. Un groupe de travail d'experts dans ce domaine se réunira prochainement afin d'élaborer les propositions nécessaires pour redéfinir les critères de programmation et d'évaluer au départ de ceux-ci la pertinence de la programmation actuelle des scanners PET.

Ce qui vaut pour le PET-scan vaut "mutatis mutandis" pour l'ensemble des équipements lourds hospitaliers. L'utilisation des PET-scans coûte cher à l'assurance obligatoire soins de santé. Il faut donc veiller à ce que les appareils existants soient utilisés à bon escient. Or, une offre excédentaire de PET-scans par rapport aux besoins objectifs de la population risque toujours d'engendrer des examens hors indication scientifiquement justifiée dans un but de rentabilisation des investissements. Le KCE estime qu'actuellement 33% des examens par PET-scan en Belgique sont déjà réalisés hors indication.

Je suis partisane du maintien d'une programmation stricte pour les équipements lourds comme les PET-scans mais je ne suis pas opposée à réévaluer la programmation actuelle sur base des besoins objectifs de la population, de formations des futurs radiologues et de la recherche médicale dans notre pays.

22.03 Olivier Destrebecq (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je partage une bonne partie de votre réflexion. Il est vrai qu'il faut absolument mettre en place un système qui nous permette de pouvoir gérer et contrôler les dépenses, même dans ce département et dans ce secteur.

Ce qui me dérange, c'est que dans des situations plus particulières comme celle de Jolimont à La Louvière, les positions ont été prises a posteriori. Je me permets donc d'insister sur ce point lors de votre réévaluation

et de votre redéfinition de l'ensemble de ces PET-scans.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

23 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van ziekenhuizen" (nr. 6113)
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "1,4 miljard euro federaal geld voor de Waalse ziekenhuizen" (nr. 6114)
- mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de investeringen in ziekenhuizen" (nr. 6186)
- de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het federale geld voor Waalse ziekenhuizen" (nr. 6195)
- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van Waalse ziekenhuizen en het protocol dat werd afgesloten met de Waalse minister van Volksgezondheid, de heer Didier Donfut" (nr. 6422)

23 **Questions jointes de**

- Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des hôpitaux" (n° 6113)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le montant de 1,4 milliard d'euros attribué par le niveau fédéral aux hôpitaux wallons" (n° 6114)
- Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les investissements dans les hôpitaux" (n° 6186)
- M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'argent attribué par le niveau fédéral aux hôpitaux wallons" (n° 6195)
- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des hôpitaux wallons et le protocole conclu avec le ministre wallon de la Santé publique, M. Didier Donfut" (n° 6422)

La **présidente**: M. Michel Doomst étant absent, je suggère que sa question n° 6195 soit transformée en question écrite; je lui proposerai cette solution. Mme Martine De Maght est absente.

23.01 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, onlangs raakte bekend dat u met uw Waalse collega-minister Donfut een akkoord hebt gesloten om 1,4 miljard euro of 1,6 miljard euro – de bronnen spreken mekaar tegen – federaal geld tegen 2015 te spenderen aan een spoedprogramma voor de modernisering van de Waalse ziekenhuisgebouwen. De federale bijdrage voor het totale programma bedraagt 90%, de Waalse bijdrage 10%. Die 90% zou gebaseerd zijn op een regel die toelaat dat de federale overheid uitzonderlijk tot 90% van de gebouweninvesteringen voor haar rekening kan nemen in het kader van de vorming van de zorgbekkens, subregionale samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen.

De normale taakverdeling in dit federale land is dat de Gemeenschappen 60% van de hospitaalgebouwen financieren en de federale overheid aanvullend maximaal 40%.

Die regel geldt nog altijd voor Vlaanderen. Het Vlaams VIPA-fonds, dat die 60% eerst moet betalen vooraleer de federale regering met 40% kan tegemoetkomen, worstelt met lange wachtlijsten voor ziekenhuizen, onder meer omdat de regering kinderopvanggebouwen prioritair vond. Daardoor blijven de federale uitgaven voor Vlaanderen vrij bescheiden.

Mevrouw de minister, klopt het dat u dat akkoord met uw Waalse collega hebt afgesloten?

Komt er ook een dergelijk akkoord met uw Vlaamse collega?

Aansluitend, Vlaanderen telt bijna dubbel zoveel inwoners als Wallonië en zou dus, als gelijke behandeling de regel is, recht moeten hebben op 2,5 tot 3 miljard euro federaal geld.

Zijn er daarover gesprekken lopende?

Hoe groot zijn momenteel de federale inspanningen voor Vlaanderen?

Kunt u mij uitleggen hoe de verdeling van de gelden wettelijk in mekaar zit? Ik hoor immers dat er sprake is van een protocol. Kunt u dat protocol toelichten?

Blijkbaar is het geld dat u aan Wallonië geeft, het budget dat voor de Waalse ziekenhuizen kan worden uitgegeven voor de komende tien jaar. Zo engageert u niet alleen de huidige, maar ook de twee volgende regeringen.

Klopt dat? En vindt u dat normaal?

23.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zou zeggen: nog eens een klassiek communautair dossier waarover zeker bij de Nederlandstalige collega's flink wat vragen rijzen.

Wij hebben allemaal akte genomen van het akkoord dat u hebt laten ventileren via de media, waarin u liet weten dat uw collega Donfut met u een akkoord sloot. Daarbij zou blijkbaar uiteindelijk 1,4 miljard euro federaal geld voorzien zijn voor een spoedprogramma voor de modernisering van de Waalse ziekenhuizen.

De reactie van allerlei verenigingen van Vlaamse ziekenhuizen was navenant. Ik verwijs naar een aantal citaten die, ook zeer recent nog, in de Artsenkrant stonden. Ook het Verbond van Verzorgingsinstellingen, toch niet meteen een communautaire hardliner, maar gewoonweg de vereniging van Vlaamse ziekenhuizen, zegt zeer duidelijk dat Wallonië onrechtmatig beslag legt op 332 miljoen euro – toch geen klein bedrag.

Het hele systeem zou gebaseerd zijn op de fameuze financieringsregel voor zorgbekkens, die afwijkt van de normale verhouding 60/40, maar waarbij een verhouding 90/10 tussen federaal versus Gemeenschappen mogelijk wordt, gebaseerd op een koninklijk besluit van 1 maart 2007.

Mevrouw de minister, er blijven zeer veel vragen over. De toon bij de Nederlandstalige collega's is er een van grote bezorgdheid, al was het maar omdat iedereen weet dat u waarschijnlijk werkt vanuit een – ik kan de Franstalige collega's niet eens ongelijk geven – eigen-volk-eerstpolitiek van alles wat wij kunnen grijpen zolang het federale verhaal nog blijft duren zullen wij trachten te grijpen en wij zullen inderdaad zeer ruim grijpen, alle protocolakkoorden ruimschoots overschrijden, zeer veel begrotingen voor de komende regeringen vastleggen en daar een voorafname doen op een aantal bedragen die voor de toekomst zouden kunnen vastgelegd worden.

Mevrouw de minister, ik heb een aantal zeer duidelijke, technische inhoudelijke vragen. Ik zou graag van u toch wel eens de exacte inhoud van het betrokken akkoord krijgen.

Is over dit akkoord overlegd binnen de federale regering? Dat is niet onbelangrijk. Ik merk een kritische vraag van onze N-VA-collega, die uiteindelijk toch voor een groot stuk mee in het federale regeringsakkoord participeert.

Is over dit dossier overlegd met de gewestregering?

Mevrouw de minister, is het inderdaad zo, zoals wij het begrijpen, dat het verband houdt met een financieringsreglement met betrekking tot de zorgbekkens, waar de verhouding 90/10 is in plaats van de normale klassieke 60/40-verhouding?

Over hoeveel jaar wordt uiteindelijk het bedrag waarvan sprake, de 1,4 miljard, gespreid? Met andere woorden, welk bedrag is ingeschreven op de begroting 2008 en hoeveel opeenvolgende begrotingen die nog zullen volgen worden daardoor in de toekomst belast, wetende dat uiteindelijk de federale begroting zeer krap bij kas zit en dat het op zijn zachtst uitgedrukt merkwaardig is dat men zo'n voorafname doet?

Mevrouw de minister, nog een technische vraag, onder welke begrotingspost zal dit bedrag ingeschreven worden? Ieder van ons was verwonderd dat dit dossier opduikt nadat de begrotingsbespreking in het Parlement achter de rug was.

Mevrouw de voorzitter, ik heb nog twee slotvragen.

Iedereen kent het fameuze protocol dat uiteindelijk een soort van bouwkalender inhoudt tot 2010. Betekent

dit nu inderdaad dat dit wel degelijk zal moeten aangepast worden? Door het akkoord dat u nu voorlegt aan elk van ons op basis van uw akkoord met uw Waalse collega doet men wel degelijk een voorafname tot 2015.

Mevrouw de minister, betekent dit nu dat een vergelijkbaar bedrag richting Vlaams Gewest zou kunnen afzakken?

23.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Avant que Mme Becq ne m'interroge et afin de ne pas commettre la même erreur, je voudrais préciser que le passage de 40 à 90% concerne des enveloppes fermées. Si plusieurs projets prioritaires doivent être financés à 90%, ils seront moindres au total, tandis que si ces projets ne sont pas considérés comme prioritaires, il seront plus nombreux à être financés mais à hauteur de 40%.

23.04 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, er is inderdaad nogal wat commotie geweest. Ik meen dat dit ook te maken heeft met de manier waarop de communicatie over dit dossier gebeurd is. Dat is een belangrijk punt, maar dat neemt niet weg dat wij de nodige vragen naar precisie kunnen stellen. Ik heb inderdaad begrepen dat er voor de Waalse hospitalen in een bedrag van 1,6 miljard euro zou worden voorzien. Er is ook een onderzoek gebeurd naar de behoeften, een groeiplan, enzovoort.

Mevrouw de minister, enerzijds is er inderdaad een protocolakkoord, dat loopt tot 2015, maar als ik anderzijds kijk naar de concreet gemaakte afspraken in het protocolakkoord, dan blijkt het te gaan over bedragen en toezeggingen tot 2010. Dat is een van mijn vragen naar verduidelijking. In het protocolakkoord worden afspraken gemaakt binnen een bepaalde enveloppe. De grote enveloppe wordt verdeeld over Wallonië en Vlaanderen. Binnen die enveloppe kan de besteding gebeuren, binnen elk Gewest, voor de bouw van ziekenhuizen. In de regel wordt de 60/40-verhouding gehanteerd. Ik heb begrepen dat men in Wallonië de 90/10-regel hanteert. Dat betekent niet – u zult dat bevestigen, tenzij ik fout ben – dat de pot vergroot die aan Wallonië ter beschikking gesteld wordt voor de investeringen in infrastructuur. Het zal er wel voor zorgen dat die pot veel sneller leeg zal zijn. Misschien zal men de pot in een sneller tempo en aan een kleiner aantal ziekenhuizen besteden. Zo kan de pot effectief sneller worden uitgeput.

Door het geheel van die verhalen is er wat onduidelijkheid en verwarring ontstaan. Daarom heb ik nog een aantal heel precieze vragen. Wat is de inhoud van het akkoord met minister Donfut? Over welke periode loopt die uitgave? Tot 2015? Zo ja, hoe is dat in de begroting gebudgetteerd? Hoe wordt er uitbetaald? Liggen de middelen vast voor de komende jaren, ook in het protocolakkoord? Ik begreep dat er een evaluatie zou komen na 10 jaar. Of ligt dat geld voor 15 jaar vast? Is de redenering dat men maar zeker is als alles werd opgenomen en dat men nadien dan wel ziet? Dat is niet helemaal duidelijk. Gaat het in Wallonië allemaal om de zogenaamde dossiers op grond van de zorgbekkens en over de 90/10-verdeling of zitten er ook dossiers tussen met een normale 60/40-verdeling? Worden die bedragen allemaal geput uit de afgesproken bouwkalender?

Ik heb begrepen dat om aan dat bedrag te komen, men uiteindelijk ook gebruik zou hebben gemaakt van het budget dat in het vorig protocolakkoord niet is gebruikt. Als dat niet het geval, zit het er niet in en dan zult u dat aantonen. Als dat wel het geval is, had ik begrepen dat de afspraak was dat het budget van het vorige protocol slechts tot 2007 kon worden gebruikt. Klopt dat? Wordt dat budget nog opgenomen of kan men dat onbeperkt meedragen? Hoeveel van de middelen zijn al dan niet daadwerkelijk toegezegd? Ook daarover kreeg ik graag enige verduidelijking.

In het geheel van de pot van middelen voor de investeringen voor ziekenhuizen via dat protocolakkoord bestaat ook nog een budget voor wat men het eigenaarsonderhoud en de herconditionering van ziekenhuizen noemt. Ik dacht dat dit ook buiten de verdeelsleutel viel. Vandaar mijn vraag over die mogelijkheden van financiering van ziekenhuizen voor een aantal aanpassingen. Ik had begrepen dat het niet altijd even duidelijk is op grond van welke criteria men van die financiering gebruik kan maken. Worden buiten het budget van de bouwkalender nog andere middelen gebruikt voor de bouw, het eigenaarsonderhoud of de herconditionering van ziekenhuizen? Over welke bedragen gaat dat voor de Waalse, respectievelijk de Vlaamse Gemeenschap? Voor welke periode? Hoeveel middelen zijn hiervoor toegezegd of uitgekeerd sinds 2000, met aanduiding per jaar?

23.05 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik wil vooreerst mijn verbazing uiten over de gestelde vragen. Het akkoord met Wallonië en de bedragen waarnaar wordt verwezen, is ingeschreven in wat men de bouwkalender noemt, een systeem dat reeds 20 jaar in voege is en wettelijk gereguleerd is

door verschillende koninklijke en ministeriële besluiten en bovendien met de Gemeenschappen en Gewesten besproken is in de interministeriële conferentie van Volksgezondheid. Ik wil hier het algemeen kader van de bouwkalender in herinnering brengen.

Om het behoud van een kwaliteitsvolle ziekenhuisinfrastructuur te kunnen garanderen, neemt de federale overheid conform de bepalingen uit het KB van april 2002, de ziekenhuisinvesteringen met betrekking tot onroerende goederen, medisch en niet-medisch materiaal ten laste door de afschrijvingslasten en de hierbij horende financiële lasten te financieren via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Om het jaarlijks noodzakelijk budget om deze financiering te dekken te kunnen programmeren, wordt rekening gehouden met een bouwkalender. Dit betreft een bedrag dat het aandeel van de federale overheid voor alle subsidieerbare investeringen in het land dekt.

De FOD Volksgezondheid heeft in 2005 een enquête gevoerd die aantoonde dat de gemiddelde leeftijd van het Belgische ziekenhuispark 26 jaar bedraagt. In deze context werd op 19 juni 2006 een protocolakkoord betreffende deze bouwkalender goedgekeurd en de inhoud ervan werd overgenomen in de volgende reglementaire bepalingen.

De regels met betrekking tot de vaststelling van investeringen die subsidieerbaar kunnen zijn, zijn vastgesteld in het ministerieel besluit van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging, en het KB van 1 maart 2007 dat de toekenningsvoorwaarden bepaalt voor de subsidies. Dit laatste maakt het in uitvoering van het protocolakkoord van de interministeriële conferentie van 19 juni 2006 mogelijk om de federale financiering te verhogen van 40 procent tot 90 procent voor prioritaire projecten, binnen een gesloten enveloppe. Deze bouwkalender is voor een periode van tien jaar vastgelegd, waarbij het federale bedrag is verdeeld tussen de verschillende Gemeenschappen en Gewesten. De verdeling van dit bedrag en de bijhorende regels worden besproken op een werkgroep van de interministeriële conferentie van Volksgezondheid die, zoals u weet, alle ministers bevoegd voor deze materie samenbrengt.

De huidige bouwkalender dekt de periode 2006 tot 2015 en vertegenwoordigt een jaarlijks bedrag van 7,58 miljoen euro. Voornoemd bedrag is, behalve inflatie en constructie-index, identiek aan het bedrag van de bouwkalender van de vorige periode, zijnde 1995-2005, dus over drie regeringsperiodes lopende, alsook aan de verdeelsleutel tussen de Gemeenschappen en Gewesten.

Het bedrag van het Rijk – ik zal de percentages geven – is onderverdeeld als volgt: 57,41% voor de Vlaamse Gemeenschap, 31,40% voor het Waalse Gewest, 0,77% voor de Franse Gemeenschap, 0,77% voor de Franse Gemeenschap Brussel, 8,57% voor de Gemeentegemeenschap Brussel en 1,08% voor de Duitstalige Gemeenschap.

Bedoeld bedrag is dus het maximale bedrag dat in het federale budget voor de ziekenhuizen kan worden ingebracht. De Gemeenschappen en Gewesten mogen het hun toebedeelde budget niet overschrijden. Het Waalse Gewest heeft zijn investeringen tot 2015 geprogrammeerd, conform de termijn van de bouwkalender en binnen de vastgelegde enveloppe.

Concluderend blijkt dus duidelijk dat de federale tussenkomst niet hoger is voor Wallonië. Ze is op geen enkel, bilateraal akkoord gebaseerd en is volkomen transparant.

Als bewijs daarvan verwijs ik u ook naar het voorstel dat werd gemaakt tijdens de laatste werkgroep van de interministeriële commissie, die in mei samenkwam, om een opvolgingstabel van de werken met al dan niet prioritair karakter goed te keuren.

23.06 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik neem akte van uw duidelijke garantie dat dit het maximale bedrag is dat aan Wallonië zal worden uitgekeerd. Mijn vrees was dat de 90/10-regel een versnelling van de uitgaven in Wallonië zou betekenen waardoor de pot sneller op zou zijn en er eventueel nog een herziening gemaakt zou worden nadien. Ik noteer dat u zich garant stelt dat dit de maximale enveloppe is en dat de Gemeenschappen en Gewesten de budgetten niet mogen overschrijden.

Ik heb wel nog een korte bijkomende bemerking. Ik heb mij laten vertellen dat de interpretatie van verbouwing of nieuwbouw anders gebeurt in Vlaanderen dan in Wallonië en dat er op een verbouwing – die niet binnen het budget valt – in Vlaanderen strenger gecontroleerd zou worden terwijl men in Wallonië een doorgedreven verbouwing eerder zou zien als een nieuwbouw, zodat men ook gebruik kan maken van die

enveloppe. Maar dat nog terzijde. Ik dank u voor uw antwoord.

23.07 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik was een beetje verbaasd dat u verwonderd was dat een aantal mensen u dat soort vragen zou stellen. Het is minimaal goed dat we vandaag ten minste de uitleg in het Parlement krijgen. Dat zorgt voor wat duidelijkheid. Het zou er nog aan mankeren dat het gaat om een gesloten omslag, 60% Nederlandstalig en 40% richting Waals Gewest. Uiteraard, ook al spreekt het protocolakkoord met de fameuze bouwkalender van de periode tot 2015, doet u wel degelijk een voorafname voor drie komende regeringsperiodes. U hebt dat ook met zoveel woorden erkend. Met andere woorden, men heeft her en der bedragen ingeschreven, waardoor uiteraard de bewegingsruimte om nog uitgaven te doen of om minimaal prioriteiten vast te leggen binnen een aantal begrotingsposten beperkt wordt. Hierdoor wordt in deze uiteraard wel degelijk onlosmakelijk een voorafname gedaan. Het zou er nog aan mankeren dat het een gesloten omslag is.

Mevrouw de minister, ik heb akte genomen van de zeer voorzichtige reactie van Steven Vanackere op Vlaams niveau. Ik heb verwezen naar de houding van het Verbond van Verzorgingsinstellingen, een van de belangenverenigingen van de Vlaamse ziekenhuizen. Wanneer ook die in zijn communicatie blijft zeggen dat Wallonië onrechtmatig beslag legt op 332 miljoen euro, dan is er in de communicatie vanuit uw departement naar een aantal betrokkenen wel degelijk een probleem.

Wij nemen deels akte van de technische antwoorden die u ons tracht te geven.

23.08 Minister Laurette Onkelinx: Ik heb dat niet gecommuniceerd. Ik heb een antwoord gegeven maar ik heb niet gecommuniceerd.

C'est le ministre wallon qui a communiqué et le ministre flamand peut faire exactement la même chose avec son enveloppe jusqu'en 2015 et toutes ses priorités. C'est sa responsabilité, ce n'est pas la mienne. Chacun sa responsabilité. Tous ensemble, Flamands, Wallons, Bruxellois, nous avons convenu de montants et de clés sur trois exercices. Tout cela a été respecté. Je n'ai pas communiqué mais tout ce qui a été entrepris est conforme à l'accord entre l'ensemble des ministres.

23.09 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Ik zou dan bijna, als u het mij toestaat, mevrouw de voorzitter, de minister durven aan te raden wel degelijk zelf te communiceren. Ik verwijs weer naar het Verbond van Verzorgingsinstellingen, dat in zijn communicatie wel degelijk kritische geluiden over het dossier blijft uitzenden. Het zou misschien niet slecht zijn, al was het maar om duidelijkheid te scheppen in het dossier ook voor de direct betrokkenen, dat u daar wel degelijk ook zelf over communiceert. Daarover blijft er immers minimaal op het terrein bij de direct betrokkenen grote onduidelijkheid.

In die zin was het waarschijnlijk goed dat we toch met een drietal collega's die vragen hebben gesteld, al was het maar, mevrouw de minister, om ook op het dossier verder toe te zien. Ik blijf bij mijn stelling dat, doordat u een voorafname doet op een aantal begrotingsposten en begrotingsjaren voor de toekomst, het uiteraard een dossier is dat we de komende jaren in begrotingsbesprekingen verder zullen moeten opvolgen, om te zien of minimaal die bouwkalender of het fameuze protocolakkoord correct verder wordt uitgevoerd.

La **présidente:** (...) vous allez pouvoir rectifier le tir dans l'opinion publique flamande grâce à la réponse de la ministre.

23.10 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, dank u voor uw uitleg waarbij u nog eens duidelijk maakt dat er inderdaad een protocolakkoord bestaat tussen de verschillende Gemeenschappen en het federale niveau, waardoor er inderdaad met een vaste enveloppe wordt gewerkt. Ik denk dat daar duidelijkheid over is en dat iedereen erover akkoord gaat dat het op een correcte manier gebeurt.

Een bijkomende vraag, gewoon om zekerheid voor mezelf. In dat protocolakkoord is er dus ook wel echt sprake van dat het bedrag van die zeven miljoen en zoveel van jaar tot jaar ter beschikking wordt gesteld? Een uitbetaling of toezegging kan dus gebeuren over de jaren heen tot 2015, maar men kan toch vandaag nog niet het geld opnemen dat voor het jaar 2010 voorzien is? Men zal wel in 2010 op dat bedrag kunnen rekenen? Het is gewoon ter verificatie, want daarom had ik ook gevraagd wanneer het geld wordt opgenomen en wanneer het werd toegezegd en dergelijke.

Ik heb een bijkomende vraag naar aanleiding van het protocol en de bedragen waarin is voorzien. Wanneer er wordt gezegd dat het protocol wordt gesloten voor 2006 tot 2015 en er een evaluatie is gepland in 2010,

waarover kan die evaluatie dan gaan? Die kan dan niet gaan over de middelen waarover men kan beschikken, maar waarover kan dat dan wel gaan? Het blijft een vraag waarop het antwoord voor mij niet helemaal duidelijk is. Men kan sowieso niet terugkomen op de toegezegde bedragen waarin is voorzien.

Mevrouw de minister, mijn laatste vraag had eigenlijk geen betrekking op de afgesproken enveloppe, maar op het bedrag waarin ook buiten de bouwkalender is voorzien om werken te doen aan ziekenhuizen. Ik had begrepen dat daarvoor een bedrag van ruim 332.000 euro bestaat. Ziekenhuizen kunnen daarvan gebruikmaken om rechtstreeks federaal een tegemoetkoming te vragen. Mijn vraag naar de besteding ervan blijft.

Ik zie dat het u niet bekend is. Ik zal het via een schriftelijke vraag herhalen. Het is echter zo dat er een budget bestaat dat kan worden gebruikt en waarvoor geen verdeelsleutel is geformuleerd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

24 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het akkoord Tandartsen-Ziekenfondsen 2007-2008" (nr. 6152)

24 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord Dentistes-Mutuelles 2007-2008" (n° 6152)

24.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ter goedmaking van de iets langere vragen een kortere vraag waarop ik maar een kort antwoord verwacht.

Mijn vraag betreft het akkoord Tandartsen-Ziekenfondsen 2007-2008 dat door alle betrokken partijen werd ondertekend en waarin onder andere nieuwe terugbetalingen ten voordele van de patiënten zijn voorzien.

Dit akkoord is momenteel nog steeds niet van toepassing. De vooropgestelde datum van 1 september 2007 werd verdaagd tot 1 juli 2008. Dat is volgende week. Wij hebben daarover tot nog toe nog altijd niets vernomen, terwijl de patiënten in de media al wel hebben vernomen dat ze vanaf die datum op meer tegemoetkomingen en op tegemoetkomingen voor andere ingrepen kunnen rekenen.

Mevrouw de minister, houdt u zich nog aan die datum? Is dat nog haalbaar? Indien niet, welke datum wordt dan vooropgesteld?

24.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Bont, het akkoord Tandartsen-Ziekenfondsen 2007-2008 is van kracht. De twee koninklijk besluiten die nodig waren voor de nieuwe terugbetaling van tandverzorging voor de patiënten werden bekend gemaakt in het Belgisch Staatsblad van 30 mei 2008. Ze zullen zoals voorzien in werking treden op 1 juli 2008.

24.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb het Belgisch Staatsblad inderdaad niet gelezen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique liée à la recrudescence du sida" (n° 6198)

25 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van het stijgend aantal aidspatiënten" (nr. 6198)

25.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, ce n'est pas la première fois que j'interviens sur la problématique du sida, tant au niveau national qu'international. Il est regrettable de constater que chaque mois dans notre pays, on dénombre 80 nouveaux cas de personnes contaminées par le virus et 1.052 nouvelles infections en 2007.

Malheureusement, ces chiffres sont probablement en dessous de la réalité. D'une part, parce que le dépistage n'est pas automatique et, d'autre part, en raison du fait que la stigmatisation de cette affection ainsi que le tabou qui l'entoure en font une réalité grave.

Les dernières statistiques de l'Institut scientifique de Santé publique ne montrent aucun répit dans la progression de la maladie. En fait, on compte désormais cinq années consécutives d'incidence élevée. Depuis le début de la maladie, on dénombre plus de 20.000 Belges touchés par le virus.

C'est vrai, les avancées concernant le sida paraissent régulièrement dans la presse. On évoque par-ci un nouveau vaccin thérapeutique ou préventif qui fait ses preuves chez la souris ou le singe. On confirme par-là l'efficacité croissante des trithérapies et multithérapies. Mais même si le virus se soigne aujourd'hui comme une maladie chronique, il demeure incurable et mortel. Et être séropositif au VIH est synonyme de traitements lourds, difficiles à supporter, sans parler de la stigmatisation sociale et du rejet dans la vie de tous les jours.

Madame la ministre, probablement aurez-vous l'impression d'avoir déjà entendu les questions qui vont suivre. Mais nous ne pouvons pas nous résoudre à cette dure réalité et devons résolument faire un constat d'échec quant aux politiques menées jusqu'ici. Nous savons qu'un dépistage précoce est important. Nous sommes conscients de la banalisation.

Bien que la prévention relève de la compétence des Régions, le ministre fédéral joue un rôle de coordination très important. Ne pensez-vous pas qu'une véritable politique cohérente devrait être menée en collaboration avec les entités fédérées?

Quelles actions avez-vous l'intention de mener, notamment afin de contourner ce phénomène de banalisation?

Comment la ministre entend-elle encourager des avancées favorables en matière de lutte contre cette maladie?

Ne serait-il pas pertinent de s'inspirer, par exemple, de nos voisins français où le gouvernement a créé en 1989 l'Agence française de lutte contre le sida? Les pouvoirs publics ont notamment établi un cahier des charges pour les futurs centres anonymes. Environ 350 centres de dépistage sont financés par les pouvoirs publics et les centres d'écoute sont même accessibles en plusieurs langues, vu l'augmentation de la population migrante également régulièrement touchée par le virus.

25.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, en matière de riposte au HIV/sida, l'action des différents ministres fait l'objet d'une coordination nationale sous l'égide de la conférence interministérielle "Santé publique". Lors de la CIM de décembre 2004, il fut proposé que la question des maladies infectieuses en général et du sida en particulier soit discutée dans un groupe de travail. Il existe également un groupe de travail "Sida" dépendant de la commission interdépartementale du développement durable.

Par ailleurs, les soins de santé préventifs sont de la compétence des Communautés. Différents organismes mettent en place des activités particulières en matière de prévention couvrant les groupes à risque. En outre, l'État fédéral est actif dans les domaines du diagnostic, du traitement et du remboursement des soins. L'État fédéral finance notamment les centres de référence et les laboratoires de référence. Les laboratoires de référence enregistrent les tests de confirmation chez les séropositifs.

Les centres de référence proposent en première ligne une écoute téléphonique, des entretiens personnalisés dans le respect du secret professionnel, des tests de dépistage VIH-MST sur rendez-vous avec anonymat possible et des informations générales sur le VIH et les MST; pour les personnes concernées par le VIH, un encadrement médico-social, psychologique et diététique, un groupe de parole à raison d'une fois par mois, un groupe d'entraide, un soutien par une équipe de bénévoles, une collaboration avec le réseau médico-social; pour les professionnels de la santé, des informations générales sur le VIH et les MST et des formations médico-sociales.

Enfin, le recours au test de dépistage VIH est fréquent en Belgique. Au cours de l'année 2006 par exemple, 578.717 tests de dépistage VIH ont été réalisés dans le pays et remboursés par l'INAMI, les tests réalisés sur les dons de sang étant exclus. Ceci correspond à 55,5 tests par 1.000 habitants par an; c'est l'un des taux de dépistage les plus élevés en Europe.

25.03 Josée Lejeune (MR): Merci, madame la ministre pour votre réponse. Je rappelle que le sida doit

continuer à bénéficier d'une très grande attention. En effet, nous pouvons observer une recrudescence de l'épidémie. Il faut également noter qu'une meilleure analyse de l'évolution de l'épidémie constitue un point important, tout comme le fait d'améliorer les stratégies mises en œuvre par les intervenants de terrain et la prise de décision des pouvoirs publics dans ce domaine.

Il serait également important et opportun de cibler une certaine partie de la population, notamment les jeunes de 15 à 25 ans car la moitié des nouveaux cas en Belgique sont des jeunes de cet âge. Madame la ministre, un grand travail a déjà été réalisé mais il reste énormément à faire sur le terrain.

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

La **présidente**: On me fait judicieusement remarquer que cette commission, la seule à se poursuivre, mobilise et retient un personnel nombreux dans cette maison. Déciderons-nous d'une heure de fin pour nos travaux?

25.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je préfère épuiser l'ordre du jour pour éviter d'en arriver à des après-midi avec 150 questions. Si certains collègues, veulent transformer leur question en question écrite je peux leur communiquer ma réponse immédiatement. C'est à eux de décider.

La **présidente**: Voilà pour les parlementaires. Quant au personnel qui dépend de notre bon vouloir pour se sustenter, faites au mieux pour eux.

26 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening" (nr. 6203)

26 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition du Conseil national des secours médicaux d'urgence" (n° 6203)

26.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een zeer korte vraag die waarschijnlijk met een even kort maar degelijk antwoord kan beantwoord worden.

Enige tijd geleden is er wat heisa ontstaan bij de artsensyndicaten over de samenstelling van de Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Het gaat over het volgende. In het Belgische Staatsblad van 28 mei verscheen het ministerieel besluit tot benoeming van de leden van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Dit ministerieel besluit wijzigt een ministerieel besluit van 3 mei 2007.

Mevrouw de minister, de heisa die over dit dossier ontstaan is, is er voor een stuk een van de Vlaamse representatieve wetenschappelijke verenigingen die zich vragen stellen of al dan niet gevraagd is naar het zenden en aanduiden van afgevaardigden voor de betrokken raad.

Uiteraard heb ik twee cruciale vragen.

Ten eerste, wat is de reden waarom bij de vier huisartsen die wel degelijk zoals voorzien in de raad moeten vertegenwoordigd zijn niemand inwoner van het Vlaams Gewest is? Hoe valt dit te verklaren?

Ten tweede, de samenstelling van die betrokken raad lag wel degelijk vast. Het mandaat eindigt pas in 2013. Waarom is dan uiteindelijk met een nieuw ministerieel besluit nu reeds, zo vroeg die samenstelling gewijzigd?

26.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de benoemingen bij de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening gebeuren op basis van de voorstellen van de representatieve organen van de verschillende gezondheidsberoepen voor elk van de regio's. De benoemingen gelden voor een periode van zes jaar.

Indien een beroepsorganisatie geen kandidaten voorstelt, is er geen benoeming. Het mandaat van de leden die voorheen benoemd werden, wordt dan verlengd tot wanneer de beroepsorganisatie een kandidaat voorstelt. Indien een organisatie laattijdig kandidaten voorstelt wordt de benoeming bekendgemaakt in een nieuw ministerieel besluit met inwerkingtreding op de datum waarin voorzien was voor de aanvankelijke hernieuwing, zodat alle mandaten precies zes jaar na de aanvankelijke hernieuwing ten einde lopen.

De situatie die u aanhaalt vertolkt deze twee denkbeeldige situaties. Ten eerste, de vereniging Domus Medica heeft, ondanks herhaalde herinneringsbrieven en in tegenstelling tot haar Franstalige evenknie geen kandidaat voorgesteld voor de benoeming van de vertegenwoordigers van de representatieve organisatie van de Nederlandstalige huisartsen. De vertegenwoordigers van de huisartsen die benoemd werden door het ministerieel besluit van april 2008 zijn dus alleen de vertegenwoordigers van de Franstalige organisaties.

De mandaten van de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de Nederlandstalige huisartsen blijven dus tijdelijk toegekend aan de artsen die voorheen door hun organisatie werden voorgesteld.

Ten tweede, het ministerieel besluit van april 2008 vult dat van 3 mei 2007 aan en voegt er de benoemingen bij die laattijdig afkomstig waren van meerdere verenigingen. Die benoemingen gaan, net als die van het ministerieel besluit van 2 mei 2007, in op 30 mei 2007 voor een duur van 6 jaar.

26.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Uw antwoord impliceert dat de Vlaamse representatieve wetenschappelijke verenigingen tot nader orde geen kandidaturen hebben ingediend en dat een en ander het gevolg is van een gebrek aan kandidaturen. Ik meen dat er nog wat communicatie kan gebeuren zodat de samenstelling van de raad in de toekomst op een correcte manier kan plaatsvinden. Ik neem akte van uw antwoord en ik dank u ervoor.

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

La **présidente**: Les questions 6211 et 6212 de Carina Van Daele sont retirées.

27 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en place d'une cartographie préalable à l'analyse des causes des cancers professionnels" (n° 6219)

27 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het in kaart brengen van persoonsgegevens voorafgaand aan de analyse van de beroepsgerelateerde kankers" (nr. 6219)

27.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, selon le CEDEST (Centre de Défense et d'Action pour la Santé des Travailleurs), les cancers d'origine professionnelle sont trop souvent méconnus. Il souligne que les expositions professionnelles et leurs incidences en matière de santé publique sont trop peu analysées.

Selon une étude finlandaise, en Belgique quelque 700.000 travailleurs seraient exposés à des risques cancérigènes sur leur lieu de travail. L'Organisation mondiale de la santé estime, quant à elle, que les facteurs environnementaux contribuent à concurrence de 80% aux causes d'un cancer.

Le CEDEST déplore le manque de données et l'absence d'une cartographie. Une cartographie permettant notamment de connaître le domicile de la personne touchée par la maladie, son parcours professionnel, etc. avait été mise en place dans les années 1970, mais n'a pas été menée à son terme. C'est ce travail que vous souhaitez voir réactualisé dans votre plan cancer.

Madame la ministre, avec la relance de cet outil d'analyse, vous avez la volonté de mettre en lumière le lien entre les milieux et les conditions de travail et le développement de certains cancers. Votre objectif est-il d'analyser, d'une part, les causes en termes d'environnement professionnel et, d'autre part, les causes en termes de conditions de vie privée afin de permettre des actions correctives préventives et aussi de conseiller les citoyens belges en ce qui concerne les modifications de consommation et de pratiques au quotidien?

Avez-vous déjà des premiers résultats en la matière?

En fonction de ceux-ci, comptez-vous, en lien avec votre collègue de l'Emploi, intervenir pour demander des modifications au niveau des pratiques de production dans certaines entreprises? Comptez-vous, à la suite de cette étude, lancer des campagnes d'informations et de conseils à des fins de modification de l'hygiène de vie?

27.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur Flahaux, dans le cadre des travaux préparatoires à la rédaction du plan cancer, l'importance de relancer une analyse scientifique sur le lien entre les milieux et les conditions de travail et le développement de certains cancers a effectivement été soulignée. Cette initiative devant d'ailleurs être menée en concertation avec la ministre de l'Emploi, elle rentre dans le cadre de la fiche 26 du plan cancer.

Cependant, dans un premier temps, j'ai demandé à mes collaborateurs de se concentrer sur les travaux préparatoires des mesures plan cancer, qui relevaient de mes compétences exclusives, avec l'INAMI et le SPF Santé publique. En effet, celles-ci nécessitent de nombreuses concertations préalables et le suivi de procédures réglementaires qui prennent beaucoup de temps. C'est parmi elles également que se trouvent potentiellement les mesures qui peuvent être mises en œuvre dès cette année, une fois connue la marge disponible au sein de l'objectif budgétaire global 2008 de l'assurance obligatoire soins de santé, le 30 juin prochain.

La préparation de l'exécution de ce volet du plan cancer devrait débuter d'ici quelques semaines avec des premiers projets prêts à l'automne prochain afin de pouvoir les budgéter pour 2009. Je ne peux donc pas répondre avec précision à votre question d'aujourd'hui, si ce n'est qu'il ressortait de la table ronde prévention du cancer que quatre axes semblaient prioritaires pour les risques professionnels du cancer.

Un, acquérir davantage de connaissances sur les cancers d'origine professionnelle; enregistrer et décrire correctement l'exposition; rendre les données accessibles. Deux, un grand décalage existe entre le moment où le lien entre une maladie et l'activité professionnelle est scientifiquement prouvé et le moment où la réglementation reconnaît cette maladie professionnelle. Ce décalage doit être réduit au maximum, que ce soit pour un cancer ou toute autre maladie. Trois, dans les grandes entreprises industrielles, la protection des travailleurs se passe bien; dans les PME et chez les indépendants, elle est plus problématique; il convient de mener des actions spécifiques chez ces derniers. Enfin, quatrièmement, prendre des mesures de précaution dans les secteurs où l'évolution technologique rapide fait que l'on ignore les risques possibles, par exemple les nano-technologies, les nano-toxicologies; investir davantage de moyens dans l'évaluation des risques de suivi des mesures mises en œuvre pour prévenir les risques d'autres maladies professionnelles.

En guise de conclusion, je dirai que le problème c'est souvent qu'à travers les questions parlementaires on m'accorde des compétences plus larges que ce que j'ai. Modifier les pratiques de production, lancer des campagnes d'information en matière d'hygiène des filles, etc. nécessite des concertations interministérielles, y compris, dans certains domaines, avec des entités fédérées. N'oubliez pas qu'en attendant le lancement de l'Institut national de cancer - on est occupé à le mettre au point -, c'est une petite équipe de quelques personnes, qui se compte sur les doigts d'une main, qui fait tout. On essaie de faire le maximum, ça se développe petit à petit, c'est une problématique particulière que je vais réaliser avec Mme Milquet mais il faut le temps qu'on se concertent et qu'on voie ce qu'il faut faire.

27.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Je suis convaincu, et j'en profite que nous sommes entre francophones pour le dire, que la fédéralisation du pays n'a rien amélioré. Le jour où on aura la fusion Région wallonne – Région bruxelloise – Communauté française et Belgique maintenue, dans ce cas-là on pourra faire un véritable plan cancer et vous aurez tous les moyens en mains. Moi, en tout cas, ça me ferait très plaisir. Merci.

La **présidente**: Nous vivons un moment difficile en effet, monsieur Flahaux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

28 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les avancées dans la recherche sur les cellules souches" (n° 6220)**

28 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vooruitgang in het stamcelonderzoek" (nr. 6220)**

28.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai opéré une petite reformulation du titre de ma question: "Les avancées en termes de réparations neuronales".

Des chercheurs français de l'Institut français de recherche médicale Inserm, à Montpellier, ont réussi à prouver que des cellules souches nerveuses susceptibles de compenser un jour des pertes de neurones sont présentes dans la moelle épinière humaine adulte. Ces cellules souches adultes pourraient potentiellement contribuer à réparer la moelle épinière des personnes ayant subi une lésion traumatique, selon l'étude réalisée dans le cadre d'un projet européen, Consortium Rescue, financé par l'Europe à hauteur de 2,7 millions d'euros.

"Elles pourraient aussi être utilisées pour soigner des maladies neurodégénératives comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Charcot), cause de paralysie ou affectant la gaine de myéline entourant les neurones, comme la sclérose en plaques", ajoute le professeur Alain Privat, auteur de cette étude. Ces cellules pourraient, dans le cadre d'une thérapie génique, compenser les pertes de neurones ou de cellules gliales. Ces dernières assurent un rôle nourricier et participent au contrôle de l'activité neuronale.

Les chercheurs ont pu prouver la présence des cellules souches nerveuses dans la moelle épinière adulte humaine à l'aide de techniques associant marquage immunologique et microscopie électronique, cellules qui sont capables de donner tous les types de cellules neuronales, neurones et cellules gliales (oligodendrocytes et astrocytes).

Les personnes jeunes, entre 25 et 30 ans, atteintes de lésions de la moelle épinière et souffrant de para- ou tétraplégie pourraient ainsi revenir à une vie normale alors qu'actuellement, les lésions affectant ce câblage de neurones sont irréversibles. Ces recherches sont donc une avancée majeure dans le traitement des maladies neurovégétatives et des accidents de la vie entraînant des paralysies.

Madame la ministre, avez-vous possession des informations concernant les résultats de cette recherche, éventuellement par le biais de chercheurs belges ayant participé à cette étude?

Pouvez-vous nous dire, si vous les connaissez, les délais à partir desquels nous pouvons espérer une mise en œuvre de ce traitement novateur?

Comment cela va-t-il se traduire dans les protocoles thérapeutiques de ces maladies chroniques?

28.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur, pour votre première question, au niveau belge, aucune soumission d'essais cliniques n'a encore été introduite dans ce domaine, mais ce genre d'études est probablement au stade actif de recherches académiques. Ce n'est donc pas encore assez développé pour une application clinique.

Je dois répondre par la négative à votre deuxième question.

Enfin, pour votre troisième question, nous sommes conscients que ce domaine est attractif en fonction du potentiel de développement de médicaments innovateurs. L'Agence fédérale des médicaments et produits de santé suit ce domaine via des groupes d'experts scientifiques nationaux, européens et internationaux. Des avis scientifiques peuvent être demandés via le SAWP (Scientific Advice Working Party) de l'Agence européenne des médicaments.

Jusqu'à présent, aucun avis scientifique au niveau européen n'a été introduit dans ce domaine.

28.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je ne doute pas que vous serez attentive au suivi de ce dossier, comme vous l'êtes pour les autres.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

29 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance officielle des ostéopathes" (n° 6254)

29 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de officiële erkenning van de osteopaten" (nr. 6254)

29.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, ma question porte sur un dossier que vous connaissez bien, puisque vous évoquiez il y a peu l'activation du processus de reconnaissance des ostéopathes, pour pouvoir enfin régler l'accès à la profession et son

exercice.

Il y a eu une récente initiative du directeur de l'International Academy of Osteopathy d'assigner l'État belge pour son retard dans la mise en œuvre de la loi du 29 avril 1999 sur les médecines non conventionnelles. Le tribunal de première instance de Bruxelles a fixé l'ouverture des débats au 11 décembre 2009. Cela paraît effectivement encore très loin. On se demande combien de temps il faudra encore attendre.

Madame la ministre, peut-on compter sur un geste du gouvernement avant cette date afin de trouver un compromis sur une mesure qui concerne tout de même un millier de praticiens et aussi les patients qui font appel à eux? Outre la fixation des critères de reconnaissance des professionnels se pose celle du remboursement évidemment par les mutuelles de ces prestations. Ce remboursement n'est actuellement effectué que dans le cadre de l'assurance complémentaire. Pourriez-vous m'indiquer où nous en sommes aujourd'hui dans le processus de reconnaissance des ostéopathes et autres médecins dits non conventionnels ainsi que dans le processus de remboursement des soins?

29.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Snoy, comme j'ai déjà eu l'occasion de le préciser, j'examine actuellement avec mon administration la question de l'exécution de la loi du 29 avril 1999, dont l'objectif – vous l'avez dit – est d'enregistrer les pratiques non conventionnelles, d'une part, et les praticiens individuels, d'autre part, ce par l'organisation d'une structure et d'une procédure. Ma cellule stratégique a par ailleurs d'ores et déjà rencontré des représentants des homéopathes et des acupuncteurs. Une réunion est en outre prévue d'ici quelques jours avec des représentants des ostéopathes. Des contacts seront du reste pris, dans les jours qui viennent, avec les représentants des chiropracteurs.

À l'issue de ces concertations, de l'examen de la loi et des problèmes éventuels qu'elle pose, je dois déterminer si la loi doit être exécutée telle quelle ou si des adaptations doivent y être préalablement apportées. En tout état de cause, je pense que nous obtiendrons de meilleurs résultats par la concertation avec les acteurs concernés qu'au moyen d'une action en justice.

Enfin, pour le remboursement des prestations des ostéopathes et des autres pratiques dites non conventionnelles, ce débat dépasse largement celui de la reconnaissance de ces disciplines et présente une dimension budgétaire évidente. Je n'ai aucune objection de principe quant à débattre de ces questions, mais il importe de les placer en tenant compte des priorités du gouvernement et des objectifs budgétaires que nous nous assignons d'année en année, tout en en discutant avec les professionnels du secteur.

29.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Je prends acte de votre volonté et de votre motivation à reconnaître les professions.

Néanmoins, je suis quelque peu déçue que le processus de remboursement des soins n'avance pas énormément.

29.04 Laurette Onkelinx, ministre: Cette pratique doit d'abord être reconnue.

29.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Oui, mais il conviendrait de lier les deux aspects plus strictement que vous ne le faites dans votre réponse. Nous pourrions déjà commencer par estimer les conséquences budgétaires pour voir comment assumer de tels remboursements. L'ostéopathie se professionnalise et est tellement utile à une guérison! De plus, elle est souvent beaucoup moins coûteuse pour certaines pathologies que d'autres traitements.

29.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'ai aucun problème à évaluer l'impact de ce traitement. Mais deux problèmes différents se posent. Il s'agit d'abord de la reconnaissance. Je vous ai répondu que nous négocions avec le secteur afin d'obtenir une réponse positive au lieu d'attendre l'issue d'actions en justice. Ensuite, le remboursement des prestations est évidemment lié à la reconnaissance, mais nous devons aussi opérer des choix budgétaires. Je n'ai pas émis d'avis négatif à ce propos.

29.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Non, mais vous n'êtes pas favorable a priori à ce remboursement...

29.08 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'ai pas dit cela! Vous ne pourrez pas écrire aux ostéopathes pour leur signaler que je ne suis pas d'accord. En revanche, vous pourrez leur signaler que je rencontre leurs représentants pour essayer de nous mettre d'accord en vue d'une reconnaissance.

La **présidente**: Les choses doivent se dérouler dans l'ordre.

29.09 **Laurette Onkelinx**, ministre: C'est ce que je dis.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n° 6257 de M. Jean-Luc Crucke, n° 6262 de Mme Lieve Van Daele, n° 6577 de M. Georges Dallemagne sont transformées en questions écrites.

30 **Question de Mme Valérie Déom à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques liés aux phtalates présentes dans les cosmétiques, la viande et les produits laitiers" (n° 6265)**

30 **Vraag van mevrouw Valérie Déom aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de risico's verbonden aan de aanwezigheid van ftalaten in cosmetica, vlees en zuivelproducten" (nr. 6265)**

30.01 **Valérie Déom** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, certains spécialistes et médecins font part de leurs craintes quant aux conséquences de la présence de phtalates sur la santé reproductive de l'homme et sur leur impact environnemental à long terme. Selon ces spécialistes, l'augmentation du nombre de cancers dans les pays industrialisés serait liée entre autres à la pollution aux phtalates. Ces perturbateurs endocriniens sont présents dans de nombreux cosmétiques mais ont également été trouvés dans des viandes et produits laitiers soumis à analyse dans la zone européenne. Par ailleurs, certains poissons contiendraient d'autres toxines, également présentes dans les produits de beauté classique.

Madame la ministre, quelles sont les conséquences réelles de la présence de phtalates dans les cosmétiques, la viande et les produits laitiers? Existe-t-il réellement un lien avéré entre cette présence de phtalates et l'augmentation des cancers dans les pays industrialisés? Y a-t-il lieu de craindre pour notre santé reproductive? Des études sont-elles en cours à ce sujet? Des informations concernant la présence de phtalates et autres toxines doivent-elles figurer sur les étiquettes ou emballages, par exemple; quelles sont les autres mesures envisageables?

30.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, madame Déom, la présence de phtalates dans certains produits requiert en effet une attention particulière. Les phtalates peuvent provoquer des perturbations hormonales et avoir des effets sur la fertilité de l'homme ou au niveau hépatique. Les différents types de phtalates ont cependant différents effets et ne peuvent donc être considérés comme un groupe homogène.

Le consommateur peut être exposé à ces phtalates par des voies diverses, notamment le contact direct avec différents matériaux, les denrées alimentaires, les cosmétiques.

Les aliments peuvent être contaminés par des phtalates lors du contact avec l'emballage ou avec du matériel en contenant. Les aliments d'origine végétale ou animale peuvent également être contaminés par l'environnement. On n'a pas encore clairement identifié les voies de contamination les plus importantes.

Dans le domaine alimentaire, l'autorité européenne de sécurité des aliments a évalué les risques liés à différents phtalates et a déterminé des valeurs seuils pour chacun de ces phtalates. Si l'ingestion dépasse ces seuils, il peut y avoir risque pour la santé.

Dans le cadre de la recherche contractuelle financée par le SPF Santé publique, un projet de recherche relatif aux phtalates dans les denrées alimentaires a été mis en place. L'étude débutera au plus tard début 2009. Elle durera trois ans.

Ce projet a deux objectifs principaux.

1. Obtenir des données fiables et affinées sur la présence de différents phtalates dans les denrées alimentaires, afin d'avoir un aperçu global de la contamination dans les denrées alimentaires présentes sur le marché belge et de déterminer si l'ingestion dépasse ou non les seuils toxicologiques.

2. Acquérir une compréhension globale de la contamination et préciser l'impact de voies comme les matériaux d'emballage, les autres matériaux, la contamination environnementale et éventuellement d'autres causes de contamination.

L'étude portera sur différents types d'aliments: des aliments d'origine végétale et animale, des aliments de base, des aliments transformés, préemballés, des produits belges et importés, des boissons.

D'autres études sont également en cours au niveau européen. Il s'agit d'études basées sur des analyses des aliments mais également de biomonitoring afin de rechercher les phtalates dans l'organisme humain.

Des mesures spécifiques visant à limiter l'exposition aux phtalates ont déjà été prises. Par exemple, la présence de phtalates dans les jouets et articles de puériculture est strictement réglementée.

L'usage des phtalates est également réglementé dans les matériaux destinés aux contacts alimentaires. La directive 2007/19 permet l'utilisation de cinq phtalates dans de strictes conditions. L'utilisation d'autres phtalates est interdite dans les matériaux qui entrent en contact avec les denrées alimentaires.

Dans le domaine cosmétique, différentes phtalates sont interdits conformément à la directive européenne 76/768, notamment les dibutyls phtalates. En revanche, le diéthyl phtalate est autorisé dans les produits cosmétiques car il a été évalué par le Comité scientifique européen des produits de consommation qui a conclu que son usage est sûr dans les cosmétiques.

Enfin, dans le domaine alimentaire, les résultats des études en cours nous permettront de déterminer les mesures les plus appropriées. Si les quantités ingérées sont problématiques au vu des seuils déterminés par l'EFSA, des normes pourront être fixées dans le cadre du règlement européen sur les contaminants. Quand un produit cosmétique contient un ingrédient comme le diéthyl phtalate, cela doit obligatoirement être mentionné dans la liste des ingrédients reprise sur le conditionnement.

Il n'y a par contre pas de dispositions spécifiques pour l'étiquetage de traces non intentionnelles de phtalates dans les cosmétiques ou les denrées alimentaires.

En ce qui concerne la problématique de l'impact des phtalates sur l'environnement, je vous demanderai de voir avec M. Magnette.

30.03 **Valérie Déom** (PS): Je remercie Mme la ministre pour ses réponses.

Je vois qu'un certain nombre de mesures ont déjà été prises en ce qui concerne la dangerosité de certains phtalates déjà identifiés. Je prends note qu'une étude est en cours pour éventuellement prendre d'autres mesures.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Van de Velde demande le report de sa question n° 6295. Mme Lejeune transforme ses questions n°s 6307, 6308, 6515 et 6579 en questions écrites.

Les questions jointes n° 6311 de M. Jeholet et n° 6536 de Mme Vautmans sont reportées. Il en est de même pour les questions jointes n° 6315 de Mme Galant et n° 6542 de Mme Boulet. Mme Broeckhoven n'a pas donné signe de vie. Sa question n° 6344 est transformée en question écrite.

31 **Question de Mme Valérie Déom à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une étude pour détecter les 'graines de délinquants'" (n° 6363)**

31 **Vraag van mevrouw Valérie Déom aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een studie om potentieel delinquent gedrag op te sporen" (nr. 6363)**

31.01 **Valérie Déom** (PS): Madame la ministre, je suppose que, comme moi, vous avez été interpellée en apprenant que le Conseil supérieur de la Santé a initié une étude sur les troubles de la conduite chez les enfants et les adolescents.

Le collectif ForumPsy.be s'inquiète également fortement de cette étude. L'objectif du Conseil supérieur de la

Santé est de formuler un avis destiné à tous les professionnels de la santé qui interviennent en première ligne auprès d'enfants présentant des problèmes comportementaux. Je m'en réfère à l'article de "La Libre Belgique" du 12 juin dernier.

Mais un avis sur quoi? Sur l'existence ou non de signes prédictifs d'une future délinquance. On peut éventuellement s'inquiéter au niveau d'éventuelles dérives déterministes. Notons également que l'avis qui devrait être finalisé pour la fin 2008 comportera des recommandations concrètes adaptées à la réalité belge, comme cela est indiqué dans le rapport d'activités de 2007 du Conseil supérieur de la Santé.

Je voudrais savoir, madame la ministre, si un institut qui dépend du ministère de la Santé publique a, dans ses attributions, le droit d'initier ce type d'études qui manifestement soulève des questions en termes d'éthique?

Les acteurs de terrain et les professionnels de la santé seront-ils, d'une manière ou d'une autre, tenus de suivre ces recommandations?

31.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je suis bien entendu informée de l'étude initiée par le Conseil supérieur de la Santé sur les troubles de la conduite chez les enfants et les adolescents. Je tiens à préciser qu'il s'agit effectivement d'une initiative propre du Conseil et pas d'une réponse à une demande quelconque de ma part.

Le Conseil dispose de toute liberté pour mener des études et donner des avis sur les matières dont il a la compétence. Selon les informations dont je dispose, l'étude et l'avis sur les troubles de conduite chez l'enfant et l'adolescent est un projet pris à l'initiative du professeur Pelt, président de la Section santé mentale du Conseil supérieur de la Santé.

Ce projet a débuté en mai 2007 et se terminerait selon les éléments apportés par le secrétariat du Conseil probablement fin 2008.

Ce dernier m'a informé que le groupe de travail est en train d'inventorier des documents, des recherches, des programmes de prévention, d'intervention, de prises en charge, d'assistance ou de traitement liés aux troubles de conduite chez les enfants et les jeunes, en menant une enquête auprès des différentes universités.

Les experts ont été choisis en fonction de leur expertise dans le domaine et l'institution ou l'université pour laquelle ils travaillent.

Sachez que j'ai effectivement été interpellée à ce propos par le collectif Forumpsy.be, que j'ai d'ailleurs rencontré ce jeudi 12 juin pour écouter leurs inquiétudes et recommandations.

Sans me prononcer sur le contenu de cette étude qui est toujours en cours actuellement, et tout en respectant le professionnalisme et le sérieux du travail du Conseil, j'ai entendu que la critique fondamentale portait sur le fait même d'avoir choisi de mener une étude sur les troubles de conduite, concept qui traduit et implique une certaine vision de l'homme et de sa santé mentale. J'ai indiqué, à cet effet, aux représentants du collectif que je souhaitais apprécier toutes les conceptions qui s'expriment autour de cette thématique, soit dans le cadre de cette étude – c'est-à-dire que le Conseil pourrait utilement élargir l'étude pour permettre aux différents courants de pouvoir apporter leur savoir et leurs conceptions –, soit par le biais de toute autre formule de concertation et de consultation avec l'ensemble des acteurs du secteur, sans privilégier à ce stade une approche particulière.

Je ne partage évidemment pas toutes les théories qui veulent conditionner définitivement l'être humain dès sa naissance, et je ne peux en aucun cas souscrire à celles qui veulent confirmer l'existence de signes prédictifs de délinquance à partir des troubles, des problèmes de comportement ou d'attitudes dès la petite enfance, à la crèche.

Enfin, je vous informe que, comme tous les avis du Conseil supérieur de la Santé, une fois élaboré et approuvé par les groupes de travail, l'avis doit être validé par le collège, à savoir l'organe décisionnel du Conseil. Les avis me sont alors envoyés et je dispose de toute ma liberté pour retenir ou rejeter l'avis et les recommandations. Par ailleurs, nul n'est tenu de suivre des recommandations édictées par le Conseil qui constituent des avis, certes scientifiques, mais non contraignants au niveau décisionnel.

Bien entendu, le législateur peut encore décider de transformer des recommandations en législation, ce qui – vous l'aurez bien compris – n'est pas à l'ordre du jour à l'heure actuelle.

31.03 **Valérie Déom** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Peut-être s'est-on trop vite inquiétés? Évidemment, dès que l'on aborde ce type de problème, on craint une espèce de déterminisme et de stigmatisation des jeunes enfants en matière de délinquance. Néanmoins, le Conseil supérieur de la Santé est une institution sérieuse. De plus, le principe de l'approbation par le collège offre – me semble-t-il – suffisamment de filtres.

Cela dit, en fonction des résultats obtenus au cours de l'étude, l'élargissement de ce débat aux différentes associations pourrait peut-être les rassurer – en tout cas, je l'espère – quant aux conclusions et aux réels objectifs de cette étude.

Enfin, madame la ministre, je me félicite du fait que vous soyez attentive à cette question.

La **présidente**: En tout cas, le séminaire qui a été organisé fut très intéressant et les intervenants étaient de grande qualité.

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

32 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'appel lancé par des scientifiques internationaux sur l'usage des GSM et les normes d'émissions des antennes relais GSM" (n° 6375)

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'appel de 20 experts internationaux sur l'utilisation des téléphones portables" (n° 6449)

- **M. Éric Thiébaud** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers que représentent les gsm pour les enfants de moins de douze ans" (n° 6511)

32 Samengevoegde vragen van

- de heer **Xavier Baeselen** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oproep van internationale wetenschappers inzake het gsm-gebruik en de emissienormen voor gsm-zendmasten" (nr. 6375)

- mevrouw **Thérèse Snoy et d'Oppuers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oproep van 20 internationale experts met betrekking tot het gebruik van mobiele telefoons" (nr. 6449)

- de heer **Éric Thiébaud** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van gsm's voor kinderen jonger dan twaalf jaar" (nr. 6511)

32.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la ministre, je serai bref. Tout d'abord, chacun aura pris connaissance des articles de presse relatifs à cette étude internationale, elle-même déjà controversée. Ensuite, hier ou avant-hier, une thèse de doctorat a été défendue en Belgique portant sur une étude menée avec des rats. Ses résultats sont-ils transposables à l'homme? C'est bien évidemment toute la question.

Un éminent professeur interrogé par la télévision, commentant ce doctorat, précise - j'ai eu l'occasion de le rencontrer à l'occasion d'une conférence qu'il a donnée dans ma commune de Watermal-Boitsfort - qu'en vertu du principe de précaution, il conviendrait à tout le moins d'abaisser la norme fédérale d'émission des antennes. La matière est compliquée, en raison de l'existence d'une norme fédérale, d'une part, de permis d'environnement délivrés par les Régions, d'autre part, et, de temps en temps, des ordonnances communales. Ainsi, à Bruxelles, nous vivons avec la norme fédérale de 20volts/mètre, une ordonnance régionale, qui a un projet de mise en œuvre de 3 volts/mètre d'ici deux ans et des communes, dont la mienne, qui prennent des ordonnances de police avec une limitation à 3 volts/mètre.

Votre prédécesseur, M. Demotte, avait évoqué à plusieurs reprises la question de la révision de la norme de 20 volts/mètre. Il avait toujours signalé qu'il s'en tiendrait à la décision qui serait prise au niveau de l'Organisation mondiale de la Santé. Or, il semble que cette dernière ne révisera pas sa norme avant plusieurs années. Dès lors, eu égard aux différentes études et aux inquiétudes actuelles, comptez-vous

réviser cette fameuse norme fédérale? Si oui, quand?

32.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, je ne vous rappellerai pas toutes les actualités en matière d'ondes électromagnétiques. Ma question prend le problème sous un autre angle. Ce qui ressort de l'appel coordonné par le professeur David Servan-Schreiber concerne surtout l'utilisateur jeune. Il dit qu'il faut éviter au maximum, voire tout à fait, l'utilisation du téléphone portable pour les moins de douze ans, étant donné que leur cerveau n'est pas encore complètement formé.

Madame la ministre, je voulais avoir votre avis sur ce point. Je sais que vous avez édité une brochure à ce sujet.

D'après vous, quelles mesures s'imposent en ce qui concerne la vente de téléphones portables qui sont spécifiquement conçus pour les enfants?

Que pensez-vous qu'il faille faire pour fournir des informations dans les lieux de vente sur les caractéristiques techniques et l'utilisation des gsm?

Tout cela s'intègre dans le cadre d'un projet de résolution que nous avons introduit en commission de la Santé publique.

32.03 Laurette Onkelinx, ministre: Chers collègues, ce domaine est extrêmement délicat. Il existe peu de certitudes en la matière. Je ne vais donc pas vous assener des réponses définitives. J'ai non seulement pris connaissance de l'appel lancé par les vingt scientifiques en France, mais je sais aussi que ce dernier pays attend les résultats d'une étude globale qui devrait être disponible assez rapidement et qui pourrait apporter des réponses précises à propos des risques des champs électromagnétiques sur la santé, et notamment l'utilisation des gsm.

Je me rallie dans une certaine mesure à l'argumentation développée dans l'appel. Des indications existent au sujet des effets biologiques, voire des conséquences sur la santé. Elles sont vagues et contradictoires, mais incitent tout de même à la vigilance, conformément à l'application du principe de précaution, a fortiori quand des enfants sont concernés.

Le comité des experts du SCENIHR ("Scientific Committee on Emerging Newly Identified Health Risks") de la Commission européenne a estimé dans son rapport que l'utilisation prolongée et répétée des gsm par les enfants et les adolescents méritait une attention particulière. Je vous accorde que ce n'est pas très précis.

Il convient toutefois de formuler quelques observations à l'égard de certaines thèses et recommandations de l'appel. Il est exact que la profondeur relative de la pénétration des champs électromagnétiques est plus significative chez les enfants du fait de leur jeune âge, de leur petite taille, etc. Cependant, les données scientifiques disponibles à ce jour, d'après ce que me disent les spécialistes, n'indiquent pas une sensibilité particulière ni de niveau différent d'absorption du rayonnement induit par les téléphones mobiles chez l'enfant comparativement à l'adulte. Cette question est actuellement l'objet de travaux de modélisation, dont les résultats n'apportent pas encore de conclusions définitives.

Certaines recommandations sont aussi quelque peu contestées par des experts. En ce qui concerne, par exemple, la recommandation de maintenir le téléphone à plus d'un mètre du corps, il n'y aurait pas d'indication de risque au niveau technique ou biologique qui justifierait une telle recommandation.

À mon avis, l'appel mentionné est surtout sujet à discussion dans le contexte des antennes relais gsm en raison du caractère spécifique de l'exposition.

Dans le cadre de l'utilisation des gsm, il s'agit d'une exposition de courte durée, localisée, à niveau élevé.

Dans le cadre d'une antenne relais gsm, il s'agit d'une exposition permanente à très faible niveau.

La question de la norme pour les antennes émettrices, qui fait l'objet de certaines questions posées aujourd'hui, pourra être abordée dès que la Cour constitutionnelle se sera prononcée au sujet de la répartition des compétences entre le fédéral et les Régions.

En ce qui concerne la question relative à l'information du public et la vente de gsm, je suis d'avis que la

sensibilisation des utilisateurs de gsm et des parents constitue le meilleur moyen d'anticiper sur le risque possible, à ce jour.

Quant à d'éventuelles mesures supplémentaires comme des règles de vente ou des interdictions, il faut y réfléchir en tenant compte de l'efficacité et de la proportionnalité. Ainsi, on peut choisir un gsm avec une valeur DAS faible (débit d'absorption spécifique) - un indice qui mesure le niveau de radiofréquences émis par le portable vers l'utilisateur lorsqu'il fonctionne à pleine puissance dans les pires conditions d'utilisation - en se référant à un label, notamment le label TCO qui est un label écologique, ergonomique et bon pour santé, comme on dit; un gsm avec un DAS inférieur de 0,8 W/Kg ou "blauer engel" de 0,6 W/kg.

En plus le choix d'un GSM joue un rôle moins important dans l'abaissement de l'exposition, environ 5 fois, que l'usage d'oreillettes ou l'attention apportée aux conditions de réception ou l'abaissement peut aller jusqu'à 1.000 fois.

Par ailleurs, concernant la sensibilisation générale du public à cette thématique, je pense qu'elle est évidemment indispensable. Puisqu'il y a une incertitude, c'est le principe de précaution qui prévaut. Il y a peut-être des problèmes pour la santé. Je crois qu'au niveau des Communautés, on doit s'y mettre notamment dans le cadre de la protection des enfants et des ados.

Au niveau de mon département, on le fait. Comme Mme Snoy vient de le dire, mon administration a lancé aujourd'hui même une campagne d'information avec comme support la brochure: "Les champs électromagnétiques et la santé – Votre guide dans le paysage électromagnétique."

Cette brochure est destinée aux personnes qui cherchent des informations fiables sur les risques éventuels des gsm, des antennes gsm, des réseaux sans fil, des lignes à haute tension et des autres technologies impliquant l'émission d'un rayonnement. La brochure donne entre autres quelques conseils pratiques pour un usage raisonnable des gsm, de la technologie wifi et des téléphones sans fil.

Elle a été publiée à 50.000 exemplaires dans les 3 langues nationales. Elle a été envoyée aux communes, aux administrations régionales, ainsi qu'aux autres administrations concernées par cette problématique. Elle sera disponible auprès de mon administration sur simple demande.

Je suis favorable à n'importe quelle initiative que l'on pourrait prendre au gouvernement ou en collaboration avec le parlement pour attirer l'attention sur les précautions à avoir vis-à-vis d'un sujet extrêmement sensible et dans lequel il y a énormément d'incertitudes scientifiques.

Voilà ce que je peux dire à l'heure actuelle en lisant ce que les uns et les autres disent sur le sujet. Dans la brochure, à chaque fois, on explique toutes les thèses et on invite évidemment à une grande prudence vis-à-vis de ces ondes électromagnétiques.

32.04 Xavier Baeselen (MR): L'avenir est incertain. On va se retrouver avec des dangers potentiels comme nous en avons connu avec l'amiante ou dans d'autres situations de ce type. Nous allons nous rendre compte, peut-être, d'effets dangereux pour la santé dans plusieurs années.

En tout cas, je pense que sensibiliser est toujours bon. Cette brochure est donc un élément positif.

Le Conseil supérieur de la Santé a rendu un avis à la demande de la ministre et a conclu pour sa part qu'il n'existe pas de preuve que les ondes modulées de façon numérique – les gsm ou le wifi – ont un effet sur la santé. La question est donc controversée

Je pense que dès que la question de la compétence entre autorité fédérale et Régions aura été réglée, il faudra revoir la norme à la baisse, si possible au niveau fédéral. Je ne partageais pas le point de vue de M. Demotte – mais je n'étais pas parlementaire – sous la précédente législature. M. Demotte se retranchait derrière l'Organisation mondiale de la santé dont on sait très bien qu'elle ne prendra pas d'initiative avant plusieurs années. Or une norme de 3 volts par mètre permet sans aucun doute de limiter les risques tout en couvrant les besoins en termes d'émission. Nous le faisons sur le territoire de la commune et nous interdisons le renouvellement des baux, par exemple pour des fabriques d'église ou autres, si l'opérateur ne s'engage pas à limiter la puissance de ses antennes. Cela fonctionne.

Je remercie la ministre pour sa réponse. Je me doutais bien qu'elle ne pourrait pas avoir de réponse plus

complète à ce stade. Le Mouvement réformateur suivra avec vigilance cette question.

32.05 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, vous pourrez encore attendre une bonne dizaine d'années, il y aura encore une incertitude scientifique pendant longtemps. Je n'en doute pas.

Le fait est que les faisceaux de convergence s'agrandissent vers l'hypothèse d'un danger. Ensuite, les risques sont extrêmement élevés. On parle de problèmes de tumeurs au cerveau, de vieillissement prématuré, de perte de mémoire, d'augmentation du risque d'Alzheimer. Nous sommes face à des affections de la santé qui sont importantes.

Ma question ciblait principalement les enfants, je voudrais y revenir. Dans beaucoup de cas, on s'assure de la sécurité des enfants, il y a des normes européennes pour la sécurité du consommateur, particulièrement en ce qui concerne les jouets. Ici, nous sommes face à un "jouet" qu'on vend avec moult publicité et que les enfants sont amenés à demander à leurs parents de plus en plus tôt. Je rencontre beaucoup de parents qui me disent qu'ils n'arrivent plus à résister! Je trouve qu'il n'est pas responsable de se retrancher derrière l'incertitude scientifique.

Je trouve qu'il faut avoir le courage de prendre des mesures réglementaires par rapport à des "jouets" pour enfants, car il s'agit souvent de cela. Les adolescents sont également exposés, je trouve donc qu'il faut aller plus loin dans les normes vis-à-vis du produit. Je sais que c'est difficile, car cela interfère avec les normes européennes, mais je pense qu'il faut aller plus loin car il s'agit ici de la santé des enfants.

La **présidente**: Dans l'ordre du jour de la commission, nous reviendrons sur le sujet des ondes gsm la semaine prochaine puisqu'un avis a été demandé au Kenniscentrum sur la manière d'évaluer la pertinence des études.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

33 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surmortalité possible suite à la transfusion de sang artificiel" (n° 6383)**

33 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de eventuele oversterfte ten gevolge van de transfusie van kunstbloed" (nr. 6383)**

33.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, une étude publiée dans le "Journal of the American Medical Association" indique que la transfusion de sang artificiel provoquerait une surmortalité de 30% par rapport au sang naturel.

Suite à 16 essais cliniques portant sur 5 produits différents et testés sur 3.711 patients, il a été démontré qu'un total de 164 patients, traités avec des sangs artificiels sont décédés, contre 123 dans les groupes-témoins ayant reçu des transfusions de sang naturel.

Jusqu'à présent, une grande partie des substituts sanguins développés sont de l'hémoglobine artificielle, stockable sans réfrigération, compatible avec les groupes sanguins, qui ne présente pas de risques de contamination, intéressante donc pour sauver la vie de victimes d'accidents dans des régions rurales reculées ou dans des zones de combat. Hélas, cette dernière et d'autres produits de substitution auraient provoqué un accroissement de 30% du risque de mortalité, avec 59 crises cardiaques fatales contre 16 dans le groupe de contrôle.

Des questions sur l'innocuité de ces produits se posent donc. Il est en outre reproché, entre autres, à la FDA (Federal Drugs Agency) de ne pas avoir bloqué les essais cliniques suite aux résultats de ces derniers, fournis par les laboratoires pharmaceutiques, au prétexte que ce n'est pas possible, tant que le produit ne reçoit pas le feu vert de commercialisation de l'Agence, feu vert d'ailleurs accordé à une des hémoglobines artificielles, hors des États-Unis, et alors que 5 nouveaux essais cliniques sont en cours dans 8 pays et qu'un nouveau est prévu aux États-Unis.

J'aimerais savoir, madame la ministre, si la Belgique compte au nombre des pays expérimentateurs.

Si oui, j'aimerais savoir si des mesures de veille ont été prévues afin de stopper les essais cliniques dès

l'apparition possible de signes de toxicité et de mortalité anormale.

J'aimerais aussi savoir si ces produits de substitution ont vraiment un avenir en termes d'efficacité et de coûts, ainsi qu'en termes de réponse palliative à des dons de sang toujours insuffisants.

Il ne vous paraîtra pas surprenant que je vous pose cette question, suite à celle que je vous ai déjà posée précédemment concernant la discrimination en matière de don de sang en fonction de l'orientation sexuelle. Même si j'attends avec impatience les résultats que vous avez évoqués de l'enquête diligentée par Roselyne Bachelot, votre collègue française. En effet, à tout le moins, j'ose espérer l'application des mêmes principes de précaution à l'endroit des produits de substitution qu'à celui des dons de sang par les homosexuels masculins, même si je souhaite que cette solution de remplacement puisse devenir une réalité.

33.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, avant de répondre à M. Flahaux, je tiens à préciser que pour l'Avastin, c'est bien septembre 2008.

33.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Cela me rassure!

33.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, la sécurité des produits sanguins et des substituts sanguins est évidemment très importante. En Belgique, deux essais cliniques ont eu lieu récemment avec l'Hemospan, un substitut sanguin à base d'hémoglobine. Les essais cliniques avec des médicaments tels qu'un substitut sanguin doivent, dans notre pays, répondre aux exigences établies dans la loi du 7 mai 2004 sur les essais cliniques. Le protocole doit entre autres recevoir un avis favorable de la part du Comité d'éthique et aucune objection ne peut être formulée par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

La méta-analyse mentionnée, qui a récemment été publiée dans le "Journal of the American Medical Association", comprenait 16 articles relatifs à cinq produits différents. Seul l'un des articles était relatif au produit Hemospan. Cette dernière étude concernait un petit groupe de patients, 46 pour 28 dans le groupe-contrôle. Des cas de décès et d'infarctus du myocarde ont été constatés mais, selon l'équipe clinique du Karolinska Institute en Suède qui a traité les patients, ces cas n'étaient pas dus à l'administration du produit concerné. En comparant les deux groupes, on remarque que les intervalles de confiance sont très larges et que les résultats ne sont pas significatifs d'un point de vue statistique.

Dans une étude publiée récemment, 20 patients et 10 dans le groupe-contrôle, aucun effet indésirable grave n'a été constaté. Les deux essais cliniques qui ont eu lieu avec ce produit dans deux centres différents en Belgique sur chaque fois une vingtaine de patients se sont déroulés en un an et se sont achevés fin mars de cette année. Pendant les essais, les patients ont été suivis de manière approfondie et aucun effet secondaire grave n'a été constaté. Au niveau mondial, chacun de ces essais cliniques impliquait environ 400 patients.

En novembre 2008, les résultats de l'analyse des données pour chacun des deux essais cliniques seront disponibles. Dans l'intervalle, aucun nouvel essai clinique ne sera entrepris avec ces médicaments. Vu le nombre d'années de recherche et les avantages possibles que représentent les substituts sanguins tels que la conservation de longue durée à température ambiante, l'application de méthodes d'inactivation de pathogènes, l'absence de groupes sanguins et l'administration qui ne requiert pas d'essai prétransfusion, l'espoir existe que ces substituts sanguins deviendront un jour une réalité.

33.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je suis fort content de votre réponse. Elle me rassure déjà en partie. Je serai néanmoins attentif aux résultats de novembre 2008 que vous avez évoqués.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

34 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques augmentés de démence en cas de surpoids" (n° 6384)

34 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhoogde risico's op dementie bij overgewicht" (nr. 6384)

34.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, cette question peut paraître contradictoire par rapport à celle que j'avais posée précédemment sur le fait que les personnes

âgées devaient éviter de se trouver en situation de régime. C'est vrai que, parfois, apparaissent des contradictions internes à la science elle-même.

En outre, vous penserez sans doute que les problèmes de poids sont devenus pour moi une obsession. C'est pourtant un sujet de plus en plus préoccupant, même si les études semblent indiquer une stabilisation du nombre de personnes en surpoids. Bien entendu, comme vous l'avez déjà vu, ce souci ne concerne pas que les jeunes adolescents, mais les aînés sont aussi concernés par le problème. J'évoquais à ce sujet une étude sur les bienfaits d'un léger surpoids sur la longévité.

Voici qu'une autre étude parue dans "Neurology" signale qu'un surplus de graisse abdominale à l'âge mûr multiplierait par trois le risque de développer la démence, en plus des risques déjà connus d'attaques cérébrales, de diabète et d'accidents cardiaques.

Vous me direz qu'il y a en effet de quoi devenir fou dans cette foison d'études apparemment contradictoires. En clair, faudra-t-il que nos anciens choisissent entre mourir plus jeunes et sains d'esprit ou plus âgés et plus gras, mais moins lucides? Toujours est-il que cette étude initiée au début des années '70 a mesuré, à 36 ans d'écart, la graisse abdominale de 6.583 personnes âgées au départ de 40 à 45 ans. Le panel est important. À l'issue de l'étude, 16% avaient développé la démence. Et surtout, les obèses légers avaient 80% de chance de plus que ceux ayant un ventre normal de devenir déments. Ce risque montait à 230% chez ceux ayant un ventre important et le taux s'élevait à 360% chez les obèses très importants. Des autopsies ont, par ailleurs, révélé une atrophie du cerveau chez les obèses d'âge mûr; je peux le comprendre.

Évidemment, si les résultats de l'étude sont confirmés, cela peut conforter la nécessité d'une lutte accrue contre l'obésité (je ne parle pas d'un léger surpoids), notamment en développant encore la formation des personnes responsables de la nutrition dans les hôpitaux, hospices et maisons de retraite, comme vous avez décidé de le faire, mais aussi en diffusant le plus largement possible les dépliants en direction des différents publics concernés par les problèmes de poids.

Justement, madame le ministre, des études belges ou européennes convergentes ont-elles été menées à ce sujet? Les résultats sont-ils toujours les mêmes? Y a-t-il réversibilité et baisse de risque s'il y a perte de poids?

34.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je partage votre préoccupation au sujet de l'obésité et du surpoids. Il est prouvé que l'incidence de l'excès pondéral et de l'obésité pendant la jeunesse conduit à une probabilité élevée de surpoids et d'obésité à un âge plus avancé. Le surpoids et l'obésité ne sont que la partie émergée de l'iceberg. La probabilité de développer diverses affections liées à l'alimentation est plus grande en cas d'obésité et de surpoids. Des affections chroniques causées par des habitudes alimentaires déséquilibrées comme le diabète, l'hypercholestérolémie et l'hypertension ne sont pas toujours visibles.

Un nombre croissant d'études démontrent les effets néfastes des mauvaises habitudes alimentaires. En fonction de l'affection, un régime adapté en combinaison avec plus d'exercice physique peut améliorer la qualité de vie mais ce n'est pas garanti. Par exemple, les cas de démence sont actuellement irréversibles. Il ressort aussi d'une étude récente qu'en cas de surpoids, les chances de développer une surdité irréversible sont plus élevées à cause d'une circulation sanguine réduite dans l'oreille. Ces études récentes doivent encore être confirmées mais il semble clair qu'une alimentation déséquilibrée peut contribuer de manière importante à des affections telles que la démence ou la surdité qui a priori ne présentent pas de lien direct avec le surpoids.

La cause réelle de l'augmentation du nombre de cas de démence chez les personnes âgées qui ont développé une obésité ventrale n'est pas développée dans cette étude. A-t-elle été causée par une carence en acides aminés essentiels ou en oligo-éléments (iode, sélénium, etc.)? Les personnes avec un BMI (Body Mass Index) ou un périmètre ventral élevé mangent en général non seulement trop par rapport à leurs besoins énergétiques mais aussi généralement de manière moins équilibrée, ce qui peut conduire à des carences en macro- et micro-nutriments. Les recherches sont encore nécessaires dans ce domaine.

L'espérance de vie augmente grâce au développement de la médecine mais la qualité de vie est aussi importante que la longévité. Si les mauvaises habitudes alimentaires de la jeunesse d'aujourd'hui ne s'améliorent pas, il n'est pas impossible que la courbe de l'espérance de vie s'infléchisse. Auparavant, le diabète de type 2 apparaissait principalement à un âge avancé. Maintenant, on ne peut plus parler de

diabète de la vieillesse. Il faut partir du principe qu'il n'est jamais trop tard pour changer d'habitudes alimentaires et qu'on peut améliorer sa qualité de vie à tout âge.

Il est clair que l'alimentation et la santé doivent représenter des priorités élevées dans le domaine de la santé publique, parce que les impacts à court et long termes sur la santé sont incontestablement importants. Le Plan national Nutrition-Santé a justement pour objectif l'amélioration des habitudes alimentaires au moyen d'une approche cohérente, structurelle et intégrée dans tous les domaines.

S'agissant de la diffusion de guides nutritionnels, je puis vous dire que, jusqu'à aujourd'hui, plus d'un million et demi de guides généraux et spécifiques ont été distribués par différents canaux. Je vous invite à pianoter sur votre ordinateur et à consulter "monplannutrition.be" pour obtenir des informations complémentaires.

34.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je ne sais pas s'il s'agissait d'un avertissement me visant personnellement! Je pense plutôt que vous vous adressez à moi en ma qualité de parlementaire.

En tout cas, vous évoquez de façon intéressante l'irréversibilité. Il me semble important d'en informer les citoyens. Vous avez aussi souligné qu'il manquait des paramètres relatifs aux causes. Nous suivrons ce sujet avec beaucoup d'intérêt.

Je partage votre avis selon lequel la mauvaise alimentation d'une trop grande partie de la jeunesse, adepte du "néfaste food", est une illusion: on croit manger rapidement et pour pas cher, mais on le paie quelques années plus tard. Je vous remercie.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 6418 de M. Georges Gilkinet est reportée.

35 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le résultat de la réunion des ministres de la Santé du mardi 17 juin sur le plan alcool" (n° 6440)**

- **Mme Sophie Pécriaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la campagne 'Respect16'" (n° 6477)**

35 Samengevoegde vragen van

- **de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het resultaat van de vergadering van de ministers van Volksgezondheid van dinsdag 17 juni over het alcoholplan" (nr. 6440)**

- **mevrouw Sophie Pécriaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de campagne 'Respect16'" (nr. 6477)**

Mme Pécriaux étant absente, M. Baeselen sera seul à interroger la ministre.

Il est prévu que la ministre nous présente un exposé la semaine du 8 juillet ou peut-être la semaine suivante sur le contenu de l'accord, de manière à situer le projet de loi du Sénat sur les étiquettes dans un contexte plus large et à organiser éventuellement des travaux sur le thème de l'alcool à la rentrée.

35.01 Laurette Onkelinx, ministre: Personnellement, j'avais prévu de donner une série d'explications (...)

La **présidente**: Cela n'empêche pas M. Baeselen de poser sa question!

35.02 Laurette Onkelinx, ministre: En sachant que la déclaration est disponible sur le site du SPF Santé publique et sera publiée au Moniteur belge!

35.03 Xavier Baeselen (MR): Mais il est toujours préférable de discuter avec la ministre!

35.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je peux vous en donner lecture!

35.05 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, c'est le mardi 17 juin que le plan alcool a, semble-t-il, été arrêté avec les différents ministres en charge de la Santé, puisque notre magnifique pays compte huit ministres de la Santé préoccupés par cette question de l'alcool.

Un certain nombre de sujets ont été abordés, dicit la presse, bien que nous ne soyons pas nécessairement au courant des décisions et des engagements précis. On a évoqué l'interdiction de vente dans certains lieux, la lutte contre la confusion des produits dans les grandes surfaces, les mesures à prendre envers les night shops et l'horeca, l'interdiction de mise à disposition gratuite de produits alcoolisés lors de certains événements, les systèmes alcolocks ou encore, l'abaissement du taux d'alcoolémie.

Je souhaiterais connaître les points précis qui font l'objet d'un accord entre les différents ministres, la position qu'a défendue la ministre fédérale par rapport à ces différentes questions, le timing quant au suivi de ce plan et des mesures concrètes qu'il implique.

Une partie de ces mesures devra être appliquée par le secteur horeca lui-même, qui n'a manifestement pas été consulté – c'est le moins qu'on puisse dire – sur cette question.

35.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je peux répondre très brièvement.

Le plan est sur le site. Je vous invite à le consulter.

Sur quoi est-on d'accord? Sur tout, sinon on n'aurait pas conclu l'accord.

Vous me demandez quelles positions j'ai défendues, mais sur quel point exactement voulez-vous obtenir cette information?

35.07 Xavier Baeselen (MR): Soyons clairs. S'agit-il d'une déclaration d'intention avec un certain nombre d'orientations ou s'agit-il de décisions concrètes?

35.08 Laurette Onkelinx, ministre: Je vois ce que vous voulez dire. Je vais vous donner un exemple, celui sur la limite d'âge.

Les ministres de la Santé se sont mis d'accord pour dire qu'il faut étendre l'interdiction de la vente des vins et bières dans tous les commerces aux moins de 16 ans. Nous sommes d'accord pour ce faire mais cela ne dépend pas des ministres de la Santé. Ici, cela dépend des ministres de l'Économie et des Finances.

J'ai donc indiqué que j'étais d'accord et que j'allais défendre ce point de vue lors des réunions intercabineaux.

35.09 Xavier Baeselen (MR): Vous êtes au cœur de ma question. Vous aviez tout de même un mandat du gouvernement fédéral pour défendre une position.

35.10 Laurette Onkelinx, ministre: Cela ne fonctionne pas ainsi. Si c'était le cas, les procédures seraient encore plus longues et problématiques.

35.11 Xavier Baeselen (MR): Si je comprends bien, vous devez encore défendre au sein du gouvernement un certain nombre de positions.

35.12 Laurette Onkelinx, ministre: Toutes.

35.13 Xavier Baeselen (MR): Il n'y a donc d'accord sur rien.

35.14 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a un accord sur tout entre ministres de la Santé. Nous avons décidé de défendre cette position au sein de nos gouvernements respectifs. Tel est l'accord. C'est le point de départ pour aboutir à des décisions concrètes.

Il n'était pas envisageable de mettre autour de la table tous les ministres de tous les gouvernements concernés par ces matières. Il aurait alors fallu louer la salle des congrès.

On s'est mis d'accord sur ce qu'il fallait en matière de santé publique. Nous allons défendre cet accord

auprès de nos collègues. Cela pose parfois problème lorsqu'il s'agit d'autres compétences.

Je signale que pour ce qui concerne l'interdiction de vendre de la bière ou du vin à des moins de 16 ans, on est encore l'un des rares pays, avec le Luxembourg, où cette interdiction n'existe pas.

35.15 Xavier Baeselen (MR): J'entends bien que les ministres de la Santé se sont mis d'accord sur un certain nombre d'orientations. Je suppose d'ailleurs que cela est présenté comme tel sur le site...

35.16 Laurette Onkelinx, ministre: En effet.

35.17 Xavier Baeselen (MR): ... et que vous devez défendre ces positions au sein du gouvernement fédéral. Cela veut dire que les ministres en charge de l'Économie, de la Protection du consommateur, le secrétaire d'État à la Mobilité pour les questions de contrôle, doivent encore marquer leur accord sur ces différents points, doivent éventuellement rencontrer les secteurs concernés ...

35.18 Laurette Onkelinx, ministre: Absolument.

35.19 Xavier Baeselen (MR): ... et que cela prendra encore un certain temps.

35.20 Laurette Onkelinx, ministre: J'espère le moins de temps possible.

Il fallait, selon moi, une impulsion. Et c'est ce qu'ont fait les ministres de la Santé. Pour ma part, je suis heureuse qu'un accord général ait pu être trouvé. Cela n'a pas été facile. Je voudrais vous donner un exemple pour lequel un accord a été difficile à trouver. Ainsi, certains voulaient l'augmentation du prix de la bière. Ce n'était pas mon cas. Cette question a fait l'objet d'une discussion et la conclusion n'est pas "il faut" ou "il ne faut pas", elle est de dire que l'on va examiner la situation des prix dans les pays voisins pour voir s'il n'y a pas un effet d'aspirateur au niveau de la Belgique. Nous avons eu des différends concernant certains sujets. Mais ce qui est positif, c'est qu'on ait pu se mettre d'accord sur un plan.

35.21 Xavier Baeselen (MR): Ce que je crains, madame la ministre, dans ce genre de communication – même si je me félicite de ce qu'un accord ait pu intervenir entre les huit ministres –, c'est l'effet d'annonce et la confusion que cela peut entraîner dans le chef du public, qui pense que ces mesures sont d'application, en ce compris pour les différents secteurs concernés.

J'ai donc bien fait de poser ma question. Elle a en tout cas permis de préciser le cadre de travail. Et si j'ai bien compris, du chemin reste encore à parcourir.

35.22 Laurette Onkelinx, ministre: Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Cela dit, si nos concitoyens pensent que c'est d'application, tant mieux!

La **présidente:** Chers collègues, le 1^{er} juillet, nous nous pencherons sur l'ordre des travaux pour les quelques semaines qui restent.

Il me semblerait effectivement intéressant de recadrer un peu les choses et de pouvoir organiser une discussion à ce sujet.

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

36 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les progrès de la science dans la lutte contre l'obésité" (n° 6455)

36 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vooruitgang van de wetenschap bij de aanpak van zwaarlijvigheid" (nr. 6455)

Monsieur Flahaux, il me semble que vous devriez lire moins de revues scientifiques!

36.01 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je suis d'accord avec vous. On dirait qu'il passe

sa vie à cela!

36.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Chacun ses plaisirs!

Madame la présidente, madame la ministre, une équipe de chercheurs de l'Institut suédois Karolinska a découvert une protéine...

La **présidente**: En plus, vous connaissez toutes les études internationales!

36.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je suis un vrai Européen et un citoyen du monde!

Une équipe de chercheurs de l'Institut suédois Karolinska a découvert une protéine jouant un rôle fondamental dans la formation de nouvelles cellules graisseuses. Cette découverte semble être porteuse d'espoir dans le traitement de l'obésité.

En effet, cette nouvelle protéine, appelée TRAP (Phosphate d'acide tartrique résistant), stimule la formation de nouvelles cellules graisseuses et peut donc favoriser l'obésité. Les travaux ont montré que les patients souffrant d'obésité présentaient des niveaux excessifs de cette protéine.

L'inhibition de l'effet de la protéine en question, a expliqué le professeur Göran Andersson, permettrait de traiter l'obésité. Cette protéine pourrait aussi aider à traiter la cachexie (perte de poids excessive et atrophie musculaire), comme certaines maladies cancéreuses, selon le chercheur.

Madame le ministre, si elle se confirme, il s'agit là d'une très bonne nouvelle. Elle pourrait aider à résoudre de nombreux problèmes de santé publique, surtout dans notre pays où l'obésité est devenue un problème et aussi dans la mesure où la protéine permettrait, selon les chercheurs, de lutter contre le cancer.

Voyez, madame la ministre, comme j'alimente votre plan cancer!

Madame la ministre, vos services ont-ils des informations complémentaires concernant les résultats de cette recherche? Les recherches en question sont-elles susceptibles d'être rapidement d'application thérapeutique tant la découverte semble prometteuse?

Y a-t-il d'autres recherches en la matière permettant d'espérer une lutte plus efficace contre les problèmes de poids?

36.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Flahaux, je suis comme vous très attentive aux progrès de la science dans la lutte contre l'obésité.

Cependant, mon administration ne dispose pas, elle, de renseignements complémentaires concernant les résultats de la recherche menée par une équipe de chercheurs de l'Institut Karolinska sur une protéine appelée TRAP, protéine qui stimulerait la formation de nouvelles cellules graisseuses et favoriserait donc l'obésité.

Selon les informations qui m'ont été transmises, cette étude semble être une étude fondamentale et n'est donc pas encore dans la phase d'essai clinique recherchant un effet chez l'homme.

Seuls les essais cliniques doivent être notifiés à l'Agence des médicaments et approuvés par elle. Si l'information se confirme, il conviendra à ce moment de trouver un inhibiteur antagoniste de cette protéine et de démontrer qu'il aura un effet attendu sur une population cible bien définie.

Ceci impliquerait la mise en place d'essais pré-cliniques et d'essais cliniques afin de s'assurer que cet inhibiteur antagoniste est efficace et non toxique. Ce processus peut prendre une dizaine d'années. De plus, l'obésité et la cachexie sont des maladies métaboliques. Elles peuvent avoir différentes origines et les approches peuvent varier selon ces dernières.

La cible semble intéressante, vu le caractère métabolique de la pathologie. Il existe probablement d'autres cibles pour attaquer le problème de l'obésité/cachexie mais le développement de ces matières dépend de l'intérêt des firmes pharmaceutiques.

À la question de savoir si les recherches en question sont susceptibles d'être rapidement d'application thérapeutique tant la découverte est prometteuse, il faut souligner, comme je viens de le dire, que le passage de la recherche à la recherche clinique peut prendre une dizaine d'années. Quant aux autres recherches permettant d'espérer une lutte plus efficace contre les problèmes de poids, je rappelle que les problèmes de poids peuvent être d'origines diverses.

Les données relatives à des essais cliniques des avis scientifiques ou des procédures d'enregistrement de médicaments sont confidentielles et ne peuvent être divulguées.

Il faut aussi rappeler que pour combattre l'obésité, il faut aussi faire du sport, manger sain, manger moins, boire beaucoup d'eau.

36.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Travailler moins!

36.06 Laurette Onkelinx, ministre: Pas nécessairement.

36.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je remercie Mme le ministre pour sa réponse. Je voulais la rendre attentive à cette problématique et donc mon résultat est atteint.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

37 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les progrès dans l'éradication de la poliomyélite" (n° 6456)

37 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vooruitgang in de uitroeiing van kinderverlamming" (nr. 6456)

37.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, grâce aux recherches de scientifiques flamands de la VUB, il est désormais possible de bloquer la poliomyélite. Ils ont en effet découvert une molécule, base d'un médicament, capable de bloquer la poliomyélite. C'est le résultat tant attendu de plusieurs années de recherche en vue d'éradiquer totalement cette maladie.

37.02 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

La **présidente**: Je demanderai l'accord à l'unanimité des membres de la commission pour que M. Flahaux soit interdit de séjour dans cette commission.

37.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): La molécule R75761 est en effet capable, contrairement aux précédentes découvertes en la matière, de bloquer les trois catégories de virus. Il est donc permis d'espérer que cette maladie déjà en fort recul, puisque passée de 350.000 cas par an dans 125 pays à 2.000 dans 10 pays en 2007 – ce qui fait encore de nombreux cas –, disparaisse enfin.

Madame la ministre avez-vous des informations sur cette étude de la VUB concernant cette maladie qui a l'honneur de la recherche dans notre pays?

Savez-vous quand une utilisation réelle du produit à des fins curatives peut être envisagée?

Y aura-t-il une fabrication aisée de ce produit ou, au contraire, rencontrera-t-on des difficultés en termes de coût de fabrication?

Ce produit sera-t-il accessible à un prix abordable, dans la mesure où les virus en question ont une prévalence dans les pays en voie de développement?

Comment le remboursement sera-t-il pris en charge en Belgique pour les cas qui se présenteraient, car nous sommes susceptibles de connaître ce problème par le biais des candidats réfugiés politiques ou à l'immigration?

37.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, la molécule R75761 se trouve actuellement au stade d'essai in vitro, démontrant une activité contre les différentes souches de la poliomyélite.

Le développement de médicaments efficaces à partir d'une telle molécule passe par des phases de développement préclinique avant d'éventuellement pouvoir entamer l'ensemble des études cliniques nécessaires à une demande d'autorisation de mise sur le marché. Chaque phase peut mener à l'abandon du développement parce que le médicament n'a pas l'efficacité espérée ou parce qu'une toxicité importante se développe.

Aucune soumission d'effets cliniques avec cette étude n'a encore été introduite jusqu'à présent en Belgique ou dans un autre pays de l'Union européenne. L'Agence européenne du Médicament définit l'ensemble des critères des essais nécessaires à la soumission d'un médicament à une procédure de demande de mise sur le marché.

L'obtention de l'autorisation de mise sur le marché précède une demande éventuelle de fixation de prix et de remboursement. Vu le stade précoce (activité in vitro), il est impossible à ce jour de définir les différents éléments de fixation de prix ou de critères de remboursement.

Il est d'ailleurs impossible actuellement de prédire si cette molécule deviendra un jour un médicament autorisé. Selon une brochure de la Fédération européenne de l'industrie pharmaceutique, on ne développe qu'un médicament efficace à partir de 5.000 à 10.000 substances actives.

37.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Votre réponse me convient.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 5694 de M. Tommelein, absent, est transformée en question écrite.
La question n° 6501 de Mme Smeyers, absente, est transformée en question écrite.
La question n° 6515 de Mme Lejeune est transformée en question écrite à sa demande.

38 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en place d'une politique de lutte contre l'hépatite C" (n° 6530)

38 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van een beleid ter bestrijding van hepatitis C" (nr. 6530)

38.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, avec des taux de prévalence allant de 0,5% à plus de 10% en différents endroits du globe, l'hépatite C représente un problème majeur de santé publique. À ce titre, l'hépatite chronique, maladie située entre l'hépatite aiguë et la cirrhose, définie comme telle au bout de six mois, avec fibroses risquant d'évoluer vers la cirrhose et éventuellement vers le cancer du foie, coûte très cher à soigner. Le traitement est long, d'une durée allant de six mois à un an, et se révèle difficile à supporter. Il consiste en l'administration d'interféron sous la forme d'injections sous-cutanées et de ribavirine en capsules par voie orale et permet une rémission complète prolongée dans environ 55% des cas – ce qui est considéré comme une guérison.

Mais le traitement en lui-même n'est pas dépourvu d'effets indésirables: psychose ou dépression sévère, neutropénie, thrombopénie, maladie cardiaque, cirrhose décompensée avec complication, épilepsie non contrôlée, grave insuffisance rénale, anémie, grave dysfonctionnement sanguin, cardiopathie sévère. Tout cela nécessite un suivi régulier par le médecin généraliste, à un rythme d'abord bimensuel, puis mensuel, et par un spécialiste tous les mois puis tous les deux mois.

Comme je l'ai souligné, la rémission ne se manifeste pas toujours.

Aussi, madame la ministre, je viens en appui aux associations d'aide aux malades atteints de cette pathologie – comme le CHAC, Carrefour Hépatite Aide et Contact - pour vous demander si vous envisagez d'abord une reconnaissance publique de l'hépatite comme problème de santé publique, majeur et urgent.

Ensuite, allez-vous élaborer un programme de surveillance efficace, avec publication de statistiques sur l'incidence et la prévalence des hépatites virales, préalablement à la mise en place de la conception de politiques de lutte contre les hépatites C, en collaboration avec les groupes de patients?

Envisagez-vous également un examen des bonnes pratiques en termes de dépistage, diagnostic, accès aux

traitements?

Que pensez-vous d'un accès gratuit et anonyme aux tests de dépistage dans les populations à risque, afin d'enrayer sa propagation, et quid d'une campagne de sensibilisation du public l'informant des différentes formes d'hépatite, en vue de réduire stigmatisation et amalgame?

Je vous remercie.

38.02 Laurette Onkelinx, ministre: L'hépatite C est une affection virale qui passe souvent inaperçue dans sa phase aiguë mais qui a tendance à évoluer fréquemment vers une forme chronique agressive avec les complications que vous soulignez: cirrhose et cancer du foie. Lorsqu'il est indiqué, le traitement est lourd et souvent pénible. Ce problème de santé doit donc faire l'objet de toute notre attention.

Cependant, il s'agit d'une maladie qui se transmet presque exclusivement par voie sanguine, contrairement à l'hépatite B qui fait partie des maladies sexuellement transmissibles. Actuellement, tant pour leur propre sécurité que pour celle de leurs patients, les professionnels de la santé sont bien informés des risques que représente cette maladie. Le dépistage est donc très largement réalisé et nous disposons de données fiables relatives à l'incidence et à la prévalence de l'affection. La transmission par transfusion a été pratiquement éradiquée chez nous par le dépistage chez les donneurs et les mesures prophylactiques systématiques auxquelles sont soumis le sang et les produits sanguins. La contamination reste cependant possible chez certains groupes à risque comme les usagers de drogues injectables.

Une campagne de sensibilisation du grand public ne me semble guère indiquée dans ces circonstances. Je lui préférerais une bonne information des groupes à risques par les relais appropriés. Une facilitation de l'accès au dépistage mérite d'être considérée mais il faut souligner que son objectif principal serait d'amener au traitement les personnes qui en ont besoin puisque la contagiosité des porteurs est assez limitée.

Enfin, comme pour tous les traitements soumis à autorisation de remboursement, les conditions de celle-ci doivent être adaptées périodiquement pour concorder avec l'état des connaissances en la matière. Je ne manquerai pas d'y veiller.

38.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie pour votre réponse sur le dépistage en particulier. Il ne faudra pas oublier la question des coûts vu que le remboursement n'est pas intégral. Comme je le disais dans ma question, il y a toute une série de médicaments parallèles qui doivent souvent être pris, comme les antidépresseurs. Ceux-là ne sont pratiquement pas remboursés et viennent s'ajouter au prix résiduaire du traitement de base pour constituer des coûts élevés pour la plupart des patients.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 6535 de Mme Hilde Vautmans est reportée à sa demande, tout comme la question n° 6543 de Mme Yolande Avontroodt.

La question n° 6579 de Mme Josée Lejeune est transformée en question écrite. En l'absence de son auteur, la question n° 6602 de Mme Sarah Smeyers connaîtra le même sort.

39 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de transparence dans l'adhésion des médecins et dentistes aux accords" (n° 5919)

39 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebrek aan transparantie in de toetreding van geneesheren en tandartsen tot akkoorden" (nr. 5919)

39.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, nous avons déjà un peu abordé cette question. Une enquête de Test-Achats a montré que, parmi les médecins et les dentistes visités, très peu affichaient leur adhésion ou non à l'accord médico- ou dento-mutuelliste.

Je me suis renseignée avant de vous poser la question, mais il me semble que cet accord ne comporte pas une telle obligation envers les prestataires. Cette situation a été dénoncée et met en évidence la nécessité d'informer le patient pour qu'avant d'entrer dans le cabinet du prestataire, celui-ci sache quelle somme il

devra déboursier pour sa consultation.

Test-Achats et d'autres intervenants ont demandé que l'INAMI organise une information à destination des assurés au moyen d'internet notamment, mais par d'autres canaux également, concernant l'adhésion des médecins et des dentistes aux conventions.

La loi de 1994 ne mentionne pas l'obligation d'affichage et ne prévoit donc aucune sanction pour le non-respect de cette convention et l'absence d'information sur le conventionnement ou non du prestataire. Les services de contrôle de l'INAMI sont incapables de faire respecter ces dispositions.

La loi prévoit-elle ou non l'obligation d'affichage? En cas de non-respect de la convention, une sanction est-elle possible? L'INAMI ou les mutuelles prévoient-elles d'organiser une information claire à destination des patients ou bien faut-il modifier le dispositif législatif?

39.02 Laurette Onkelinx, ministre: En ce qui concerne le secteur dentaire, l'obligation d'afficher un document indiquant l'adhésion du dispensateur de soins à l'accord national dento-mutuelliste est inscrite dans cet accord dont le point 10.4 stipule que "les praticiens de l'art dentaire conventionnés", je cite, "afficheront dans leur salle d'attente et en ce qui concerne les institutions soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, un document établi suivant les directives du service des soins de santé de l'INAMI qui indique s'ils ont adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultations auxquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux auxquels ils ne les appliquent pas."

Une disposition au contenu similaire existe au sein de l'accord conclu avec le secteur médical. C'est le point 23.4.

Je vous signale également que le point 9.2 de l'accord national dento-mutuelliste prévoit qu'en cas de dépassement des honoraires fixés par l'accord, le bénéficiaire peut réclamer au praticien de l'art dentaire une indemnité forfaitaire s'élevant à trois fois le montant du dépassement ainsi qu'un montant minimum. Une telle disposition ne se trouve plus dans l'actuelle convention conclue avec les médecins. Mais il faut souligner que l'article 168 de la loi AMI du 14 juillet 1994 prévoit ce type de sanctions, soit une amende administrative pour un même fait avec une formulation identique à celle reprise tout à l'heure mais un montant minimum plus élevé.

Enfin, en ce qui concerne l'information à destination des assurés sociaux, la réglementation est claire. Elle prévoit déjà que, je cite, "les organismes assureurs sont tenus de tenir à la disposition des bénéficiaires dans leurs sièges locaux, régionaux et nationaux un exemplaire complet et tenu à jour de la liste des médecins et praticiens de l'art dentaire qui sont réputés avoir adhéré à l'accord qui les concerne. Cette documentation doit être disponible pendant les heures d'ouverture des locaux de manière telle qu'elle puisse être consultée facilement. Sa présence doit être signalée dans les locaux accessibles au public par un avis très lisible apposé à un endroit apparent." C'est l'article 160.1.c de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

39.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Donc, toutes les dispositions existent et ce qui ne se trouve plus dans l'accord Médicomut a été transféré dans la loi.

39.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est de toute façon dans une loi.

39.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): C'est dans la loi de 1994.

Cela veut dire qu'il ne devrait plus y avoir aucun médecin, aucun dentiste (...)

39.06 Laurette Onkelinx, ministre: Normalement!

39.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Le problème réside dans le contrôle de l'application par les acteurs et dans les sanctions.

39.08 Laurette Onkelinx, ministre: Comme vous le voyez, il s'agit d'un problème d'application, et pas de norme.

39.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Tout à fait. Mais disposez-vous des moyens de faire respecter cela?

39.10 Laurette Onkelinx, ministre: À cet égard, je peux demander un rapport au sujet des types de contrôles effectués, etc.

Pour répondre à votre question, je n'ai pas demandé aux services une recherche poussée. Mais je suis d'accord avec vous pour dire (...)

39.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Cela m'aurait rassurée que le dispositif ne soit pas complet. Parce qu'on aurait pu le compléter et veiller à son application. Ici, on s'aperçoit que le dispositif est complet mais que l'application est quasi-nulle.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

40 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité dans les hôpitaux et l'enlèvement d'un nourrisson à l'hôpital de Charleroi" (n° 6557)

40 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid in de ziekenhuizen en de ontvoering van een zuigeling uit het ziekenhuis van Charleroi" (nr. 6557)

40.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, cet enlèvement d'enfant repose la question de la sécurité dans les hôpitaux. Plusieurs parlementaires s'étaient déjà préoccupés de cette question. Le groupe MR avait déposé sous la précédente législature une proposition de résolution concernant la sécurité dans les hôpitaux – mais j'ignore si elle a été redéposée sous la législature actuelle.

Madame la ministre, au-delà du cas particulier, j'aborde la question générale de la sécurité dans les hôpitaux. Disposez-vous de statistiques précises sur les méfaits et infractions commis en milieu hospitalier? Si oui, peut-on tirer des conclusions ou analyses sur l'évolution de la sécurité en milieu hospitalier au cours de ces dernières années? Quelles conclusions tirez-vous de ces chiffres? Quelles actions entendez-vous mener en la matière?

40.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, cher collègue, je ne dispose pas de données statistiques relatives aux méfaits et infractions commis dans le milieu hospitalier. En 2005, une enquête avait été menée suite à un cas d'agression au sein d'un hôpital belge. Il s'agissait d'une initiative isolée, menée sur base volontaire et se rapportant à l'année 2004. Il n'est donc pas possible d'en retirer des conclusions générales valables. Si cela vous intéresse, je peux vous dire que, des bases de données rentrées par les 165 hôpitaux participant à cette enquête, il a été signalé en 2004, en moyenne par 100 lits: 6,86 vols; 0,73 cas de vandalisme; 17,28 agressions verbales et 6,5 agressions physiques.

Je vous rappellerai que mon prédécesseur avait prévu l'engagement de 503 équivalents temps plein emplois jeunes pour la sécurité des hôpitaux. Ces engagements devraient pouvoir être concrétisés très rapidement, suite au transfert des fonds nécessaires vers les budgets des hôpitaux. Je compte soumettre un projet d'arrêté royal en ce sens au Conseil des ministres.

Actuellement, le réseau fédéral "Sécurité et prévention dans les hôpitaux" est mis sur pied en collaboration entre le SPF Santé publique et le SPF Affaires intérieures. L'intention est de distribuer, via ce réseau, un bulletin d'information reprenant des conseils pratiques relatifs à la prévention et à l'échange de bonnes pratiques ainsi que des offres de modules de formation. Une première réunion d'information a eu lieu le 8 mai 2008.

Enfin, en automne de cette année, en collaboration avec le SPF Affaires intérieures, une enquête va débuter dans tous les hôpitaux concernés par la criminalité hospitalière. Cette enquête, qui sera réactualisée tous les deux ans, permettra de comparer des données récoltées sur plusieurs années et, sur cette base, d'orienter notre politique en la matière.

L'enquête sera menée sur base volontaire et se focalisera sur la collecte d'informations générales sur le vol, l'agression verbale et physique ainsi que sur le vandalisme. L'application web sera testée dans les prochaines semaines auprès de quelques hôpitaux.

Le SPF Santé publique a également mené une étude relative à l'agressivité dans les hôpitaux psychiatriques. Cette étude a conduit à la formulation d'un certain nombre de recommandations, dont la plus importante est la nécessité d'organiser des formations à l'intention du personnel. Je compte donc également mettre à disposition des modules de formation.

Enfin, je voudrais terminer en précisant qu'un hôpital est et doit rester une structure ouverte qui accueille chaque jour un flux important de patients et de visiteurs. De ce fait, il doit être facilement accessible à tous.

Il est évident que de telles caractéristiques compliquent considérablement la mise en place d'une politique de sécurité au sein de ces établissements et que, par ailleurs, les mesures de sécurité, même si elles sont excellentes, ne peuvent pas empêcher tous les incidents. Mais tel n'est pas l'objet de votre question. Des initiatives nouvelles sont prévues prochainement.

40.03 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, je remercie la ministre pour sa réponse, de laquelle je retiens qu'elle attache beaucoup d'importance à cette problématique. Madame la ministre, je note que vous souhaitez prendre des mesures complémentaires par rapport à ce qui a déjà été fait. Je pense, comme vous, qu'il est utile, dans la mesure où il n'existe qu'une seule étude, de tenter d'objectiver les données en la matière. J'ai bien entendu que des processus d'enquête étaient en cours ou allaient être lancés. Je suis donc satisfait de votre réponse.

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

*La réunion publique de commission est levée à 19.15 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.15 uur.*