

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 21 OKTOBER 2008

Namiddag

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

du

MARDI 21 OCTOBRE 2008

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 16.32 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 16.32 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Le premier point à l'ordre du jour est la question n° 7632 de Mme Galant. Étant donné que cette dernière n'est pas présente et ce pour la seconde fois, sa question est transformée en question écrite.

01 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infections nosocomiales - résultats de l'étude de prévalence" (n° 7638)

01 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisinfecties - resultaten van de prevalentiestudie" (nr. 7638)

01.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je serai assez bref, car je vois que vous nous avez déjà consacré beaucoup de temps. J'invite donc mes collègues à en faire autant.

Madame la ministre, j'avais déjà évoqué avec vous les infections nosocomiales. Vous m'aviez répondu attendre sous peu les résultats d'une étude de prévalence ponctuelle à l'échelle nationale réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. De plus, vous alliez finaliser une proposition d'encadrement minimal des équipes d'hygiène hospitalière.

C'est un peu une manie chez moi, en tant que nouveau parlementaire, de suivre les dossiers que j'ai déjà abordés. Je souhaitais donc savoir si vous pouviez nous communiquer des nouvelles à ce propos, comme vous nous l'aviez annoncé au mois de juin. Si ce n'est pas le cas, pour quelle raison? Si oui, j'écouterai votre réponse avec satisfaction.

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Le parlementaire qui suit les dossiers est un bon parlementaire, et je ne puis que saluer ce suivi.

Le Centre d'expertise fédérale des soins de santé a effectué, à la demande du "Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee" une étude de prévalence nationale sur les infections nosocomiales. Il en ressort que leur prévalence s'élève dans notre pays à environ 7%. Cette situation est comparable à la prévalence dans les autres pays occidentaux. Cela dit, le rapport final n'est toujours pas disponible, de sorte qu'il n'est pas encore possible d'analyser les résultats dans le détail.

La plate-forme fédérale pour l'hygiène dans les hôpitaux a élaboré un plan stratégique pour l'optimisation de l'hygiène dans les hôpitaux aigus belges. Outre des recommandations concrètes pour l'organisation et le fonctionnement des instances responsables de l'hygiène, il est aussi demandé que soit présent un minimum de personnel dans les équipes des hôpitaux aigus.

Depuis 2007, ces recommandations sont traduites dans les normes et le financement des hôpitaux. Tous les

hôpitaux aigus et spécialisés incluant au moins 150 lits sont financés pour une équipe d'hygiène à l'hôpital qui comprend au moins un équivalent temps plein infirmier hygiéniste d'hôpital et au moins un mi-temps de médecin hygiéniste d'hôpital.

La maîtrise des infections nosocomiales ne concerne pas seulement les hôpitaux aigus. Il existe des transferts fréquents entre les hôpitaux aigus et les hôpitaux catégoriels, les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos et de soins ou les MRPA.

La plate-forme fédérale pour l'hygiène dans les hôpitaux développe pour le moment des recommandations concrètes pour l'organisation et le personnel d'hygiène dans ces institutions de soins. J'attends, d'une part, l'étude terminée du Centre fédéral d'expertise et, d'autre part, lesdites recommandations.

01.03 Xavier Baeselen (MR): Avez-vous une idée approximative du délai, madame la ministre?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Non.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 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 - projet d'arrêté royal" (n° 7639)

02 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid in de ziekenhuizen - ontwerp van koninklijk besluit" (nr. 7639)

02.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la ministre, il s'agit aussi du suivi d'une question que je vous adressais avant l'été. À l'époque, vous m'annonciez devoir soumettre très rapidement un projet d'arrêté royal au Conseil des ministres pour l'engagement des 503 équivalents temps plein emplois jeunes pour la sécurité dans les hôpitaux. Vous disiez également que ces engagements devaient pouvoir être concrétisés rapidement.

Madame la ministre, où en êtes-vous dans l'engagement de ces 503 équivalents temps plein pour la sécurité dans les hôpitaux? Avez-vous déjà soumis votre projet d'arrêté royal au Conseil des ministres? Dans la négative, quand comptez-vous le faire? Il est vrai que je ne lis pas le Moniteur belge tous les jours.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Baeselen, vous ne l'auriez de toute façon pas trouvé!

Effectivement, le projet d'arrêté royal a été accepté le 4 juillet dernier au Conseil des ministres. Il organise en fait le principe d'un transfert des enveloppes budgétaires de la gestion globale vers l'INAMI, afin de permettre le financement des emplois jeunes dans le secteur des hôpitaux via le budget des moyens financiers des hôpitaux. Le projet qui concrétise ce transfert est actuellement à la signature royale. Dès qu'il nous revient, celui-ci sera publié.

Les hôpitaux ont déjà introduit des projets concrets visant à l'engagement de 474 équivalents temps plein jeunes peu qualifiés pour améliorer la sécurité dans les hôpitaux. Un volet formation est d'ailleurs prévu. Certains hôpitaux ont déjà anticipé la liquidation du budget en engageant d'ores et déjà. D'autres réaliseront les engagements dès la liquidation des budgets correspondant aux projets qu'ils ont introduits. Au total 16,6 millions d'euros ont été prévus au budget des moyens financiers 2008 pour subsidier ces contrats.

02.03 Xavier Baeselen (MR): Je remercie la ministre d'avoir respecté ses engagements.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente:** La question n° 7651 de Mme Schyns est reportée.

03 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg" (nr. 7652)

03 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'inégalité sociale en matière de soins de santé" (n° 7652)

03.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, uit een studie van de CM blijkt dat de verschillen op het vlak van gezondheid tussen armeren en rijkere in ons land veel groter zijn dan oorspronkelijk gedacht. In die studie zijn de gegevens van 4,5 miljoen leden van de Christelijke Mutualiteit verwerkt. Vorig jaar kwam men in een studie van de Koning Boudewijnstichting tot ongeveer dezelfde conclusies. Uit de studie blijkt dat mannen die hoogopgeleid zijn, gemiddeld vijf jaar langer leven dan mannen die maar weinig opleiding genoten hebben. Hoogopgeleide mannen hebben ook gemiddeld 18 gezonde levensjaren meer dan laagopgeleide mannen. De cijfers voor de vrouwen volgen ongeveer dezelfde trend.

De sociaal zwakste groep heeft daarenboven de minste kans om thuis te overlijden, al weet iedereen dat een overgrote meerderheid van de Belgen thuis wenst te sterven. Voorts blijkt dat de zwakste groep 55% meer kans heeft op arbeidsongeschiktheid en maar liefst 66% meer kans op invaliditeit. Een belangrijke oorzaak van hun ongezondheid is een ongezonde levensstijl. Men weet dat die mensen meer roken en minder aan lichaamsbeweging doen. Een andere oorzaak is een onvoldoende deelname aan de preventieve onderzoeken.

De ongelijkheid doet zich niet alleen voor op financieel vlak. Volgens de onderzoekers zijn de armen in onze samenleving ook minder geïnformeerd over de mogelijkheden van de gezondheidszorg. Ons land is, samen met Malta, het enige land dat niet deelneemt aan de Europese programma's voor de bestrijding van de ongelijkheid in de gezondheidszorg.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen.

Waarom neemt ons land niet deel aan de Europese programma's inzake de bestrijding van de ongelijkheid in de gezondheidszorg? Overweegt u om alsnog hieraan deel te nemen? Welke maatregelen zult u nemen om te proberen de ongelijkheid weg te werken?

03.02 Minister Laurette Onkelinx: Vooreerst veronderstel ik dat, wanneer u het hebt over een Europees programma tegen de ongelijkheden in de gezondheidszorg, u het hebt over het programma Determine. Indien dat zo is, moet u weten dat de Vlaamse Gemeenschap daaraan deelneemt.

Vanuit de FOD Volksgezondheid nemen twee ambtenaren deel aan de conferentie over dat programma. Het is een Europees project, gefinancierd door de Europese Commissie, en de deelname gebeurt niet steeds door ministeries, maar meestal door onderzoeksinstituten. België neemt sinds 2006 actief deel aan de vergaderingen van de commissie over sociale determinanten in de gezondheidszorg.

In augustus is het rapport van de WGO-commissie voor de studie van sociale determinanten van gezondheid gelanceerd. Dat rapport is het resultaat van onder meer een vraag van België in de WGO, in 2006, om ter zake een duidelijk signaal te geven.

Nog pas vorige week heeft een van beide ambtenaren deelgenomen aan een Europees gezondheidsforum en kon zij daar de situatie in België uitleggen.

Wat acties tegen sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg in België betreft, blijkt zowel uit het rapport van de Koning Boudewijnstichting als uit het rapport van de WGO-commissie dat de acties zich op twee domeinen moeten richten, namelijk de toegankelijkheid van de zorg en preventieactiviteiten. Maar die behoren tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen.

Onder de grote hoofdlijnen van het Belgische gezondheidsbeleid voor de periode 2008-2010 blijft de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg een permanente bekommernis. Een van de belangrijkste prioriteiten waarvoor continu inspanningen worden geleverd in de periode 2006-2008, bestaat erin ervoor te zorgen dat het globale deel van de persoonlijke bijdrage van de patiënten voor hun uitgaven voor gezondheidszorg niet verhoogt, en in voorkomend geval zelfs gericht vermindert voor bepaalde sociaal-professionele groepen of voor bepaalde categorieën van zieken, meer in het bijzonder de chronische zieken.

Ook de initiatieven om de prijs van de geneesmiddelen te verminderen, zullen worden voortgezet. Waar het zorgaanbod ontoereikend is, zal het worden versterkt. Teneinde voldoende aanbod te garanderen en bepaalde geografische discrepanties te verminderen, is de planning van het medische aanbod het voorwerp van een doorlopende analyse. De nabijheidsdiensten zullen worden versterkt, onder meer met het oog op de

verbetering van de toegang vooral in de grote steden in het bijzonder voor kwetsbare groepen zoals de daklozen en personen zonder papieren. De overheid zal voortwerken aan een gediversifieerd, betaalbaar en kwalitatief aanbod voor oudere personen.

Tot slot blijft het gratis aanbieden van preventieve maatregelen als vaccinatie en opsporing voor het grote publiek een prioriteit om de ongelijkheden in de gezondheidszorg te verminderen.

Bovendien bevat doelstelling twee van het nationaal plan Armoedebestrijding, dat werd goedgekeurd door de Belgische regering, een belangrijk hoofdstuk inzake de toegang tot gezondheidszorg met vijf acties: het waarborgen van het recht op het ontvangen van gezondheidszorg, de verdere verbetering van de financiële toegang tot de gezondheidszorg, het eenvoudiger en transparanter maken van de toegang tot de gezondheidszorg, het versterken van de nabijheid van de eerstelijnsdiensten en de link tussen de zorgverleners en de patiënt en, tot slot, het versterken van de goede gezondheidspraktijken.

Het is duidelijk dat er nog veel kan gedaan worden en dat dat op alle beleidsniveaus moet gebeuren. Vandaar dat ik tijdens de vergadering over het voorzitterschap 2010 ook een oproep heb gedaan om hiervan een thema te maken voor ons voorzitterschap. De nadruk moet dan liggen op sociale determinanten van gezondheid en op de sociale gradiënt, misschien minder op de allerarmsten.

03.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, ik zie dat u gehoor geeft aan mijn oproep. Vanmiddag, tijdens de bijeenkomst van de werkgroep Borstkanker, vernam ik ook dat de MAF voor chronische patiënten zal worden uitgebreid. Dat is zeker belangrijk met het oog op de ongelijkheid in de gezondheidssector.

Ik verheug mij er ook over dat u aandacht zult schenken aan ouderen en kwetsbare doelgroepen. Nieuw voor mij was dat we dan toch via ambtenaren deelnemen aan het Europees programma om de ongelijkheid weg te werken.

Ik besef wel dat er in de wereld 840 miljoen mensen van geneeskundige zorg verstoken blijven en dat wij het in België goed hebben, maar ik wil toch de nadruk leggen op het feit dat wij de doelgroep, de kansarmen in België, absoluut niet mogen verwaarlozen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les difficultés de financement des centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique" (n° 7653)

04 Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financieringsmoeilijkheden van de multidisciplinaire referentiecentra voor chronische pijn" (nr. 7653)

04.01 Georges Dallemagne (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en mai 2005, l'INAMI a conclu avec neuf centres pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique (dont sept centres universitaires) une convention, au départ expérimentale, de rééducation et de soins de patients souffrant de douleurs chroniques. Cette convention répondait à un besoin criant exprimé notamment dans le livre blanc de la Belgian Pain Society, en 1998. Les équipes existantes à cette époque étaient financièrement très déficitaires en raison de l'absence de dispositions spécifiques de financement des prestations relatives à la douleur chronique.

La problématique de la douleur chronique est de plus en plus largement reconnue. C'est une problématique complexe qui, pour atteindre des objectifs de rééducation et de prise en charge à long terme, demande une prise en charge intégrée. Celle-ci évite notamment le recours à des interventions techniques et médicamenteuses lourdes bien plus "budgétivores". Cela concerne en Belgique 20% de la population dont 2/3 présentent des douleurs de types musculo-squelettiques.

La convention "Centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique", si elle finance une partie des activités pluridisciplinaires au prix d'une majoration du travail administratif – les équipes se plaignent d'ailleurs de la lourdeur de ce travail administratif –, elle surestime la capacité des centres et ne finance pas l'activité médicale.

Une toute récente étude du KCE recommande que les médecins en médecine physique et en réadaptation soient rémunérés pour des prestations de type intellectuel et plus seulement pour des prestations de type médecine physique.

Le sous-financement structurel de la prise en charge des patients douloureux chroniques n'est plus tenable pour les hôpitaux qui ont fait le choix de contribuer au développement de ce type de projet. Certains se posent d'ailleurs la question de l'interruption de ce dernier.

Mes questions sont les suivantes, madame la ministre:

1. Quelle évaluation faites-vous des avancées réalisées par les centres de référence prenant en charge la douleur chronique dans le cadre de ce projet qui a démarré en 2005? Je rappelle qu'il est question de neuf centres de référence.
2. Combien de patients ont-ils pu être pris en charge dans le cadre de cet accompagnement intégré?
3. Dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique en Belgique, des chiffres globalisés INAMI sont actuellement disponibles. Que peut-on en déduire en termes d'encadrement médical nécessaire à la poursuite des activités des centres de référence?
4. Quel financement structurel est-il envisagé en vue d'une consolidation de l'activité de ces centres de référence? J'ai appris récemment que le gouvernement annonçait qu'il dégagerait deux millions d'euros pour la prise en charge de la douleur chronique. Cet argent pourra-t-il servir au financement des centres de référence?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je comprends que M. Dallemagne se pose des questions sur l'évaluation des centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique et sur la rétribution des médecins qui y travaillent, car le problème est d'importance.

Monsieur Dallemagne, à votre question relative à l'évaluation des centres, je puis vous répondre que l'évaluation prévue est en cours mais toujours pas finalisée. L'option choisie pour évaluer les centres est de prendre pour point de départ leur fonctionnement durant une année, soit 2007. Les centres ont systématiquement enregistré un certain nombre de données portant sur les patients qu'ils ont soignés au cours de cette année et sur les contenus, ainsi que les effets de ces soins. C'est précisément ces données que l'INAMI traite actuellement. Il peut d'ores et déjà être dit que les centres ont entamé en 2007 une prise en charge multidisciplinaire pour près de 2.000 patients.

Votre question a également trait au financement des centres et plus spécifiquement à la rétribution des médecins. Le budget des centres prévoit bien, dès le début, une rétribution couvrant les activités de médecins non remboursables sur la base de la nomenclature des prestations de santé. Il s'agit des activités liées, entre autres, à la direction médicale du centre et à la participation aux réunions d'équipe.

Sur l'indication des centres, l'INAMI a toutefois constaté que la rétribution de ces activités était insuffisante. Dans la réalité, les médecins consacrent en effet à ces activités plus de temps que prévu à l'origine. Aussi l'INAMI a-t-il récemment décidé de majorer à partir d'août 2008 les enveloppes allouées aux centres existants d'environ 500.000 euros au total. Cette majoration touche non seulement la rétribution des médecins mais également celle du personnel administratif, autre poste où des problèmes similaires sont en effet apparus.

D'autres modifications éventuelles seront envisagées, mais vous comprenez que j'attends les conclusions de l'évaluation avant d'émettre des propositions concrètes.

04.03 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour toute l'attention que vous portez à ce dossier.

Je me réjouis de l'information selon laquelle des moyens supplémentaires sont déjà disponibles depuis août 2008. J'entends que vous envisagez encore d'autres moyens en fonction de l'évaluation de ces centres, ce dont je me réjouis également.

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

La **présidente**: La question n° 7674 de M. Schoofs est reportée. La question n° 7725 de M. Vercamer est retirée.

05 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking" (nr. 7718)**

05 **Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse" (n° 7718)**

05.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag handelt inderdaad over de fameuze Evaluatiecommissie met betrekking tot abortus, de beruchte de wet van 1990.

Iedereen die het dossier enigszins opvolgt, weet dat de betrokken commissie wel degelijk wordt verondersteld elke twee jaar rapporten te leveren, die daarna, als het enigszins meevalt, in Kamer of Senaat worden besproken.

Het mandaat van de betrokken leden van de Evaluatiecommissie zou normaal gezien elke vier jaar moeten worden vernieuwd. Mevrouw de minister, u weet net zo goed als ik dat in de praktijk het mandaat van de oude commissieleden al een tijdje verstreken is.

Heel recent is trouwens een zesde oproep tot kandidaten in het Belgisch Staatsblad verschenen.

Mevrouw de minister, merkwaardig in het dossier in kwestie is de vijfde oproep die in juli 2008 reeds verschenen is tengevolge een lijst die via de Senaat was gepubliceerd. Blijkbaar waren er binnen de regering toch enige meningsverschillen, wat uiteraard het politiek interessante aspect van mijn vraag vormt. Blijkbaar waren er binnen de regering problemen over de vijfde lijst, die de Senaat oorspronkelijk in juli 2008 had geprepareerd.

Naar wat mij werd medegedeeld, waren er toch enige meningsverschillen binnen de regering. Enerzijds waren een aantal kandidaten te sterk aan de Katholieke Universiteit van Leuven gelinkt. Blijkbaar troffen een aantal leden van de meerderheid op de vijfde lijst ook te veel zogenaamde tegenstanders van abortus aan.

Mevrouw de minister, daarom heb ik een viertal concrete vragen over het dossier, teneinde enige duidelijkheid te krijgen over een dossier waarin de huidige regering andermaal niet uitblinkt in eensgezindheid.

Ten eerste, heel concreet, kan de huidige commissie nog rechtsgeldig vergaderen? Met andere woorden, zal u een koninklijk besluit laten publiceren waarin u het mandaat van de huidige leden, dat eigenlijk al lang is verstreken, verlengt?

Ten tweede, wat is uw houding in uw hoedanigheid van bevoegd minister ten opzichte van de problemen van de Evaluatiecommissie om de commissie opnieuw samen te stellen? We zijn ondertussen aan de zesde oproep bezig.

Ten derde, binnen welk tijds kader denkt u een oplossing te vinden?

Ten vierde, mevrouw de minister, heel belangrijk in het licht van het dossier is de volgende vraag. Zullen de problemen bij de samenstelling uiteindelijk zorgen voor een vertraging in de publicatie van het volgende evaluatierapport, dat er in het dossier in kwestie vrij snel zou moeten aankomen?

05.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, na de moeilijkheden die de Senaat ondervond om een dubbele lijst van kandidaten op te stellen bij de vorige vijf oproepen tot kandidaten, heb ik de beslissing genomen om op aanvraag van de Senaat – dus in akkoord met de Senaat – zo snel mogelijk de mandaten te verlengen van de huidige leden van de Nationale Commissie belast met de evaluatie van de toepassing van de bepalingen van de wet van april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, en dat tot 31 december 2008. Deze verlenging zal worden geconcretiseerd in een KB, waarvoor ik mijn administratie

heb belast met de voorbereiding ervan.

In afwachting van de zesde oproep tot kandidaten, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 6 oktober jongstleden, blijft bovengenoemde verlenging noodzakelijk om de continuïteit van de werkzaamheden van de commissie te garanderen en om het evaluatieverslag te kunnen indienen in het Parlement.

05.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u uiteraard voor uw antwoord, dat een technisch correct antwoord is. In overleg met de Senaat heeft men inderdaad beslist dat er een KB komt om het mandaat van de oude commissie te verlengen en heeft men ook een zesde oproep gedaan tot nieuwe kandidaten.

Wat mij politiek het meest interesseert, is de vraag of de berichten – die ook mij toewaaïen – kloppen dat er binnen de regering grote politieke meningsverschillen waren in dit dossier om uiteindelijk tot de nieuwe samenstelling van die commissie te kunnen overgaan? Ik stel vandaag vast dat u – op zijn zachtst uitgedrukt – mooi rond de problemen fietst van de regering in dit dossier. Ik kan dat begrijpen vanuit uw houding, maar het is uiteraard aan mij, als lid van de oppositie, om u dat soort van lastige vragen te stellen en toch even te polsen of de berichten die ieder van ons de voorbije weken dienaangaande kon lezen of vernemen via allerlei contacten, ook kloppen.

La **présidente**: Madame la ministre, avez-vous quelque chose à ajouter?

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Bultinck, j'ignore qui vous renseigne mais c'est tout à fait faux! Jamais, selon moi, on n'a discuté de la composition au sein du gouvernement ou du kern.

La **présidente**: Retour aux informateurs!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 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 toxicité des phtalates et leur présence dans le matériel médical et d'autres objets quotidiens" (n° 7720)

06 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijkheid van ftalaten en hun aanwezigheid in medisch materiaal en in andere gewone voorwerpen" (nr. 7720)

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, une étude menée par l'unité gamétogénèse et génotoxicité du laboratoire de différenciation et radiobiologie des gonades au CEA français vient d'être publiée et confirme que le MEHP, un phtalate répandu, nuit à la fertilité masculine en agissant dès le stade fœtal.

Les phtalates sont en fait une famille de produits chimiques qui regroupe une cinquantaine de plastifiants. Ils sont utilisés dans l'industrie du plastique pour assouplir le PVC. On en trouve en grandes quantités dans toutes sortes d'objets quotidiens comme les jouets, les cosmétiques, les produits pharmaceutiques, les articles de puériculture, les emballages alimentaires, etc.

Ces phtalates peuvent migrer dans les aliments.

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a aussi les revêtements au mur, les planchers, les véhicules. Ils sont présents partout.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Par le passé, plusieurs rapports ont déjà prouvé la toxicité des phtalates sur le système reproducteur des rongeurs. L'étude du CEA enfonce le clou en montrant que l'introduction de ce mono-éthylhexyle phtalate, pendant la période clé de la mise en place du système reproducteur chez le fœtus mâle, réduirait de 40% le nombre de cellules productrices de spermatozoïdes. Le bébé naît avec un stock moins important de ces cellules. Le professeur qui a mené cette recherche dit qu'il est urgent d'interdire les phtalates et de les remplacer par des produits de substitution.

Je me rappelle une conférence de l'OMS de 2004 à Budapest au cours de laquelle on a longuement parlé de

l'interdiction des phtalates dans les jouets d'enfants. À l'époque, l'Union européenne avait accepté d'interdire les phtalates dans les jouets des enfants de moins de 3 ans.

Madame la ministre, votre administration est-elle informée des risques liés à l'utilisation du matériel médical contenant des phtalates?

A-t-elle donné des instructions aux hôpitaux pour diminuer ou trouver une substance de substitution aux phtalates?

Où en sommes-nous en ce qui concerne les jouets? Pouvez-vous nous confirmer que l'interdiction est bien respectée en Belgique, y compris pour les jouets importés?

Pouvez-vous nous donner l'état de la législation sur les phtalates et sur sa mise en œuvre, notamment pour les cosmétiques?

La **présidente**: Monsieur Flahaux, vous voyez que d'autres membres se préoccupent des capacités reproductrices!

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: En premier lieu, la présence de phtalates dans certains produits requiert en effet toute notre attention. Ils peuvent provoquer des perturbations hormonales et entraîner des effets sur la fertilité de l'homme ou au niveau hépatique. Les différents types de phtalates produisent différents effets: on ne peut pas les considérer comme un groupe homogène. Les phtalates les plus répandus sont toujours l'objet d'études par divers organismes internationaux comme l'US Drug and Food Administration, le Bureau européen des substances chimiques ou l'Institut national de santé publique du Québec, pour en citer quelques-uns, afin de clarifier certaines questions en suspens quant à la toxicité et aux normes à appliquer vis-à-vis des phtalates.

Le consommateur peut être exposé à ces phtalates par des voies diverses, notamment par contact avec différents matériaux. Des mesures spécifiques visant à limiter l'exposition aux phtalates ont déjà été prises. Pour les dispositifs médicaux, notamment, la présence de phtalates est l'objet de débats depuis de nombreuses années. De nombreux dispositifs sont fabriqués en PVC souple avec du diphtalate comme plastifiant le plus fréquent. Mais il s'agit la plupart du temps de dispositifs avec lesquels le patient entre en contact de manière extrêmement brève, comme des sondes d'aspiration. Le rapport bénéfice-risque reste favorable pour l'instant mais il convient de tenir compte des groupes à risques comme les nouveau-nés, particulièrement pour les dispositifs destinés à administrer des médicaments. Des dispositifs à base d'autres matériaux sont déjà disponibles, par exemple des cathéters ombilicaux à base de polyuréthane.

Pour permettre au corps médical d'identifier la présence de phtalates dans les dispositifs médicaux et de choisir en conséquence les dispositifs adéquats pour les personnes à risques, la révision des directives européennes relatives aux dispositifs médicaux a introduit un étiquetage spécifique de ceux qui en contiennent. Quand l'utilisation prévue du dispositif médical contenant des phtalates inclut le traitement d'enfants ou de femmes enceintes ou allaitantes, la révision de la directive impose également aux fabricants de justifier l'utilisation de ces substances et d'inclure dans la notice des informations sur les risques résiduels pour ces patients.

Par ailleurs, la présence de phtalates dans les jouets et articles de puériculture est strictement réglementée. Je vous renvoie à cet égard au travail réalisé par le SPF Économie, puisque c'est de ce SPF que dépend cette réglementation. Enfin, dans le domaine cosmétique, différents phtalates sont interdits conformément à la directive européenne 76/768, notamment les dibutylphtalates. Le diéthylphtalate par contre 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. Quand un produit cosmétique contient un ingrédient comme le diéthylphtalate, sa présence doit être obligatoirement mentionnée dans la liste des ingrédients reprise sur le conditionnement.

Il n'y a par contre pas de disposition spécifique pour l'étiquetage de traces non intentionnelles de phtalates dans les cosmétiques.

Cela étant dit, je dispose de toute une série d'informations qui indiquent qu'énormément de recherches sont menées actuellement afin de remplacer certains phtalates problématiques par d'autres de plus haut poids moléculaire. Il conviendra de suivre ces recherches de près car c'est effectivement un problème pour la

santé publique en règle générale.

06.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour cet exercice de prononciation. Nous avons, vous et moi, de la peine à prononcer tous ces mots barbares mais qui peuvent néanmoins avoir un impact sur notre santé et celle de nos enfants.

Il est important de suivre cela de près et j'espère que la Belgique adopte une position exigeante dans les négociations européennes à ce sujet.

Je reste un peu perplexe au niveau du contrôle car, d'après certaines recherches que j'ai menées, je sais que le SPF Environnement a peu de moyens de contrôle des substances toxiques dans les produits quotidiens. Vous me dites que les contrôles sont effectués par le SPF Économie. Je sais qu'il dispose de plus de personnel mais est-il équipé pour réaliser les contrôles de toxicité?

La **présidente**: La ministre ne pourra pas vous répondre, il faudra poser la question au ministre de l'Économie.

06.06 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je vous remercie. Je reste vigilante et je continuerai mes recherches.

La **présidente**: Nous n'en doutons pas.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la possible toxicité des parfums d'ambiance pour automobiles" (n° 7737)

07 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke schadelijkheid van sfeerparfums voor auto's" (nr. 7737)

07.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, une étude sur les parfums d'ambiance pour automobile, dans la continuité de celle déjà menée pour les parfums d'ambiance d'intérieur, a souligné que ces derniers contiennent, eux aussi, des substances toxiques dont l'effet est encore renforcé par la taille réduite des habitacles des véhicules. Cette toxicité est encore accrue à l'endroit des enfants.

Madame la ministre, avez-vous chargé vos services d'exécuter une étude sur la possible toxicité de ces produits?

Si elle s'avérait fondée, quelles mesures comptez-vous prendre soit pour en faire modifier les composants, soit pour en interdire la vente, soit en informer le consommateur à des fins de protection de sa santé?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, effectivement, les désodorisants d'ambiance sont soumis à la réglementation européenne sur la sécurité générale des produits ainsi que, pour certains, à la réglementation sur les aérosols.

La qualité de l'air intérieur est une préoccupation récente qui fait l'objet de nombreuses initiatives des États membres de l'Union européenne. Il n'existe cependant pas encore de réglementation ni même de méthodologie harmonisée pour l'évaluation des risques liés aux substances émises par des produits dans un environnement intérieur.

C'est pourquoi en Belgique, suite aux articles de "Test-Achats" en 2004, nous avons développé une expertise pour la maîtrise des risques liés aux émissions de désodorisants. Nous avons étudié de près les émissions de produits présents sur le marché parmi lesquels les désodorisants de voiture. Des études ont été soumises au Conseil supérieur de la santé, ce qui a permis de mieux cibler nos investigations. Aujourd'hui, nous en arrivons à établir des normes de produits pour la mise sur le marché.

"Test-Achats" a testé neuf marques de produits. Il a relevé notamment la présence de substances allergènes ou irritantes. Nos études montrent que ces concentrations d'allergènes ne conduisent pas à un risque toxique, mais leur présence à dose significative interpelle. Il convient de mieux informer les personnes sensibles, notamment via un étiquetage adéquat.

Certains désodorisants, et particulièrement ceux pour la voiture, ressemblent à des peluches, des bijoux, des bonbons et d'autres jouets. Ceci est anormal: il s'agit d'un risque inacceptable pour la santé des enfants.

Enfin, des émissions de benzène et de formaldéhyde de certains produits désodorisants testés posent de réels problèmes pour la santé des utilisateurs. Deux arrêtés ministériels d'interdiction avaient déjà été pris pour interdire les produits incriminés. La cinquième et dernière étude qui doit être finalisée le mois prochain permettra de fixer des valeurs de référence pour limiter les émissions des deux substances.

Ces éléments ont déjà été évoqués au cours du Printemps de l'environnement dans l'atelier Environnement-Santé; ils font l'objet de l'action 26 du projet de plan fédéral de lutte contre la pollution de l'air que mon collègue le ministre Magnette mettra à consultation dans les prochains jours. Un cadre normatif sera rapidement fixé par arrêté royal pour limiter les émissions de benzène et de formaldéhyde des désodorisants. La qualité de l'étiquetage sera renforcée et les désodorisants ressemblant à des jouets ou pouvant être confondus avec des aliments seront interdits.

On pourrait également baser une campagne sur le fait que ces désodorisants ne sentent pas bon.

07.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'espère que vous pourrez prendre langue avec vos amis européens de France, du Luxembourg, des Pays-Bas, etc. En effet, les Belges qui voyagent sont aussi appelés à acheter ce type de produit à l'étranger. Il me semble dès lors important d'agir à l'échelle européenne.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 7739 de Mme De Maght est reportée.

08 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bescherming van artsen in opleiding" (nr. 7754)

08 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la protection des médecins en formation" (n° 7754)

08.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, voor het zomerreces heb ik u een aantal mondelinge vragen gesteld die ik op aanraden van de diensten heb omgezet in schriftelijke vragen. Vooralsnog heb ik daarop geen antwoord gekregen. Daarom diende ik nu opnieuw een mondelinge vraag in over de bescherming van de artsen in opleiding.

Mijn vragenlijst is lang, maar aangezien u die al een tijdje hebt kan dat dus geen probleem zijn.

Op welke wijze organiseert de FOD Volksgezondheid thans de controle van de arbeidstijden van artsen in opleiding? Wat is het aantal uitgevoerde controles? Hoe verlopen deze controles? In welke middelen, qua budget en personeel, wordt er voorzien ter uitvoering van deze controles? Hoeveel overtredingen zijn er tijdens deze controles vastgesteld? Wat was de aard of de vorm van deze overtredingen? Op welke wijze worden deze gesanctioneerd?

Mevrouw de minister, sedert januari 2008 is er een lijst te uwer beschikking met zeven stagemeesters of diensthoofden actief in drie verschillende hospitalen, die systematisch de werktijden zoals bepaald door het zogenaamde Colla-besluit overtreden. Waarop wacht u om een procedure op te starten om de erkenning van deze stagemeesters in te trekken?

Tijdens de plenaire vergadering van 5 juni jongstleden gaf u zelf aan niet tevreden te zijn met de huidige vorm en frequentie van de controles. Wat zijn uw doelstellingen voor de toekomst met betrekking tot deze controles? Hoeveel controles wil u uitgevoerd zien? In hoeveel bijkomende middelen qua budget en personeel zult u hiervoor voorzien? Zult u ook investeren, zoals ik destijds in de plenaire vergadering al suggereerde, in een onafhankelijke instelling waar artsen in opleiding hun klachten kunnen indienen? Op welke manier wil u de overtreders, namelijk de stagemeesters, bestraffen bij het overtreden van de regelgeving?

Ik kom tot het laatste luik, betreffende de Europese richtlijn ter zake, die in aantocht is. Tegen wanneer

verwacht u dat deze richtlijn op Europees niveau kan worden goedgekeurd? Is hiervoor al een timing bekend? Verwacht u grote wijzigingen ten opzichte van de huidige regeling, rekening houdend met het feit dat de inhoud van die richtlijn nog niet definitief is gekend? Bent u van mening dat de passieve wachttijden, dus de overnachtingen waarbij de arts in opleiding de permanentie moet verzekeren maar als het ware niet actief aan het werk is, moeten worden inbegrepen in de werktijd van de artsen in opleiding?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, strikt genomen is de FOD niet bevoegd om dergelijke controles uit te voeren. De arbeidstijden maken deel uit van de algemene erkenningscriteria en het komt de erkenningscommissie en de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen toe om ze te controleren. In de praktijk dient de FOD uiteraard het secretariaat van die commissies en die raad te verzekeren. In dat opzicht ondersteunt de FOD hun werking.

De FOD beschikt echter niet over voldoende ambtenaren om in elke stagedienst aanwezig te zijn. Daarom richt hij zich momenteel vooral op de inventaris van de situatie en op de publicatie van de richtlijnen ter zake, teneinde een bewustwording binnen de erkende stagediensten te creëren.

Wat de stagemeeesters aangaat over wie u het heeft, lijkt het mij pertinent om een tegensprekelijke procedure te organiseren, zodat de personen die met de vinger worden gewezen zich kunnen rechtvaardigen en, in voorkomend geval, het bewijs leveren van hun goed recht, waarbij tegelijk aan de klagers de mogelijkheid wordt gegeven om feiten ten laste aan te brengen.

Voor de toekomst lijkt het mij essentieel om het partnerschap te bevorderen met de stagediensten die de opleiding van de kandidaat-specialisten en kandidaat-huisartsen in België organiseren, waarvan onderstreept moet worden dat zij een internationaal erkend kwaliteitsniveau zijn. Ons gemeenschappelijk doel is de kwaliteit van de prestaties in de gezondheidszorg te waarborgen. Het lijkt mij dan ook opportuun om inzicht te krijgen in de problemen waarmee de diensten te kampen hebben en om samen naar adequate oplossingen te zoeken. Uiteraard sluit ik een sanctie niet uit voor diensten die niet zouden werken zoals het hoort, maar ik moet ook het aanbod aan kwaliteitsvolle opleidingen in ons land waarborgen. Ik meen dat, in het raam van dat krachtige partnership, een denkoefening over de zelfcontrole op termijn de enige oplossing is, veleer dan een exclusief externe controle.

Inzake het ontwerp van Europese richtlijnen, wordt het gemeenschappelijk standpunt eind september goedgekeurd door de raad. Het Frans voorzitterschap zet zich in om tijdens de tweede lezing een akkoord te bereiken met het Europees Parlement, zodat de richtlijn definitief kan worden goedgekeurd voor de ontbinding van het Europees Parlement in april 2009. Indien er geen akkoord wordt bereikt, dan wordt de definitieve goedkeuring van de richtlijn pas verwacht in 2010.

Zodra de definitieve tekst van de richtlijn wordt goedgekeurd, zal moeten worden nagegaan in hoeverre de regelgeving ten aanzien van de artsen in opleiding moet worden aangepast. Volgens mij zullen die aanpassingen niet al te indringend zijn.

Inzake de arbeidstijd is vandaag bepaald dat passieve wachttijden niet als arbeidstijd worden beschouwd, zoals trouwens reeds is opgenomen in het ministerieel besluit van 30 april 1999. Het voorstel geeft aan de lidstaten wel de mogelijkheid om van dit beginsel af te wijken. Ik zal onderzoeken in welke mate het al dan niet opportuun kan zijn om gebruik te maken van deze afwijking.

08.03 **Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik noteer dat u zegt dat uw FOD niet op elk stagedienst aanwezig kan zijn. Dat is uiteraard zo. Ik begrijp dat wel.

U wilt een bewustwording creëren en u spreekt ook over zelfcontrole, waar u blijkbaar meer achterstaat dan achter een externe controle. Dat gaat echter niet veel helpen. Er moet echt gestreefd worden naar een wijze van klachtenbehandeling, eventueel anoniem, want het is toch duidelijk dat artsen in opleiding afhankelijk zijn van hun stagemeeester voor het behoud van hun stageplaats en zich daardoor soms geremd voelen om hun klacht openlijk in te dienen. Misschien moet er dus toch gestreefd worden naar een systeem van anonieme klachtenbehandeling. Uw systeem van zelfcontrole zal weinig uithalen.

U spreekt ook over de kwaliteit van de prestaties die gewaarborgd moeten worden binnen de stagediensten. Het is zo dat als er misbruiken zijn ten aanzien van de stagiairs, als zij veel uren moeten kloppen, soms zelfs 36 uur aan een stuk, dit toch wel ten koste van de kwaliteit van die stagedienst gaat, niet alleen voor de stagiairs zelf, maar ook voor de patiënten. Het is dus toch wel in het algemeen belang dat er daaraan iets

gedaan wordt. Ik heb die vraag in juni in de plenaire vergadering gesteld en merk dat er sindsdien geen verschil is. U spreekt over samen naar een oplossing zoeken en over bewustwording. U zegt wel dat er tegensprekelijke procedure moet mogelijk zijn. Uiteraard moet dat mogelijk zijn, dat is een algemeen principe van behoorlijke rechtspraak. Ik noteer dat er eigenlijk niet veel aan zal gedaan worden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Pour votre information, je vous signale que nous avons prévu pour le mercredi 19 novembre une demi-journée d'audition de candidats médecins spécialistes en formation. Nous en avons organisé une en juillet, mais c'était le jour de la démission de M. Leterme. Par conséquent, de nombreux parlementaires de la majorité n'avaient pu venir et avaient demandé que ces auditions soient reportées.

Nous ajouterons à la liste des invités un représentant de la Fédération des médecins – M. de Toeuf. De plus, la participation d'un ou deux maîtres de stage a été demandée. Nous vous proposerons de nous donner des noms de maîtres de stage, parmi lesquels je choisirai moi-même un néerlandophone et un francophone.

Toutefois, si un projet doit être discuté à cette date, nous décalerons cette audition d'une semaine. Nous verrons où nous serons le 4 novembre, et nous déciderons.

08.04 Luc Goutry (CD&V): Pour l'audition, veuillez noter le nom du Dr Dedeken, qui avait été présenté la dernière fois.

La **présidente**: Je vais donc l'inscrire parmi les candidats.

09 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de luchtvervuiling in horecazaken waar gerookt wordt" (nr. 7756)

09 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pollution de l'air dans les établissements horeca où l'on fume" (n° 7756)

09.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit Nederlandse metingen in horecazaken is gebleken dat de lucht in horecazaken waar gerookt wordt ernstig vervuild is. De hoeveelheid fijn stof in de lucht van die horecazaken zou gemiddeld 20 keer hoger liggen dan het maximaal gemiddelde dat de Europese richtlijn inzake luchtkwaliteit voorschrijft.

Mevrouw de minister, werden er in ons land gelijkaardige metingen uitgevoerd? Kunt u ons daarvan de resultaten bezorgen? Kunt u ons toelichten hoe u die cijfers evalueert? Zo niet, gezien de Nederlandse resultaten lijkt een gelijkaardig onderzoek in ons land mij geen overbodige luxe. Stemt u hiermee in? Zult u de FOD Volksgezondheid de opdracht geven om die luchtmetingen te organiseren?

09.02 Minister Laurette Onkelinx: De Nederlandse cijfers over de luchtkwaliteit in de horeca waar gerookt wordt, liggen volledig in de lijn van eerdere resultaten in andere landen over de luchtkwaliteit in horecazaken.

Dit onderzoek van de Voedsel en Waren Autoriteit bevestigt nogmaals dat de luchtkwaliteit in een ruimte waar gerookt wordt aan geen enkele gezondheidsnorm voldoet, of anders gezegd, de gezondheid van iedereen wint erbij wanneer sigaretten uit gebouwen geweerd worden.

Het positieve effect van het invoeren van een rookvrije horeca kon reeds worden vastgesteld in Ierland bij werknemers in de horeca. Er werden namelijk metingen uitgevoerd van de luchtkwaliteit in de Belgische horeca door het Centrum voor Preventieve Gezondheidszorg. Het gaat hier om een onderzoeksgroep van professor Benoit Nemery de Bellevaux van de groep Biomedische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven. De resultaten van deze metingen zullen kortelings worden gepubliceerd.

De experts van het Centrum voor Preventieve Gezondheidszorg bevestigen dat de kwaliteit van de lucht in de Belgische horeca waar wordt gerookt te vergelijken is met de gemeten kwaliteit in Nederland. Waar wordt gerookt, stijgt de concentratie aan fijn stof en aan schadelijke stoffen als bijvoorbeeld benzenen. Tabaksrook geeft steeds een verhoging van de concentratie aan fijn stof met een diameter van minder dan 2,5 micrometer.

Een opdracht tot nader onderzoek in de Belgische horeca kan nuttig zijn om verschillende redenen. Ten eerste, een brede publicatie van metingen van de luchtkwaliteit in België kan worden gebruikt ter ondersteuning van gezondheidspreventie en het algemeen rookverbod. De naakte cijfers en hun effect op de gezondheid kunnen het brede publiek wakker schudden.

Ten tweede, met de bijkomende metingen in de Belgische horeca zou men kunnen vaststellen wat de verbetering in luchtkwaliteit is wanneer de sigarettenrook gebannen wordt uit de gebouwen. Hierbij kan eventueel de relatie met de algemene gezondheid van werknemers in de horeca worden onderzocht.

09.03 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is duidelijk dat wij op dat vlak op dezelfde golflengte zitten. U vernoemt de positieve effecten van een rookvrije horeca. Ik moet u daarvan niet overtuigen.

U meldt dat er binnenkort een publicatie zal gebeuren van onderzoek dat in ons land is uitgevoerd. Begrijp ik het goed dat u nog een bijkomende opdracht zult geven? Wij zijn er alleszins van overtuigd dat dit een extra argument kan zijn om tot een totaal rookverbod te komen. Kunt u dat nog even verduidelijken, want ik heb dat niet volledig begrepen?

09.04 Minister Laurette Onkelinx: (...)

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Mevrouw De Schamphelaere zet haar vraag nr. 7792 om in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 7837 van de heer Doomst wordt uitgesteld. La question n° 7840 de Mme Pécriaux est retirée.

10 Questions jointes de

- **Mme Sophie Pécriaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le prix des médicaments" (n° 7840)**
- **M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments génériques" (n° 7919)**
- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût de prise en charge de certains médicaments" (n° 7964)**

10 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Sophie Pécriaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijs van de geneesmiddelen" (nr. 7840)**
- **de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "generische geneesmiddelen" (nr. 7919)**
- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kosten van de terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen" (nr. 7964)**

La question n° 7840 de Mme Pécriaux est retirée.

10.01 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de generische geneesmiddelen breken in ons land in vergelijking met de ons omringende landen moeilijker door. Hun marktaandeel bedraagt bij ons ongeveer 7% en is daarmee een van de laagste in Europa.

Nochtans hebben generische geneesmiddelen een hefboomeffect op prijsdalingen ten gevolge van het mechanisme van de referentieprij. De cascade van prijsdalingen heeft zich ingezet, omdat wij destijds hebben gezegd dat de generische geneesmiddelen 30% goedkoper moeten zijn dan het vergelijkbaar merkproduct.

Wanneer ik de besparingsmaatregelen voor 2009 die nu worden aangekondigd, ontleed, vind ik dat vooral de generische sector wordt getroffen, terwijl we vooral kampen met een overaanbod aan merkproducten, de zogenaamde me too's. De sector ervan ontsnapt voortdurend aan de regels ter zake door een nieuw octrooi aan te vragen voor een andere galenische vorm.

In die zin is het spijtig dat vooral de generieke middelen door de besparingen zullen worden getroffen. Op die manier zouden we het hefboomeffect kunnen verliezen. Mijn stelling is dat de dure merkgeneesmiddelen

onder octrooi meestal ongemoeid worden gelaten.

Mevrouw de minister, ik wil u de volgende vragen stellen. Gaat u akkoord met de stelling dat de lineaire prijsdaling van bijvoorbeeld 2% op de oude geneesmiddelen vanaf 12 jaar hoofdzakelijk de generische producten treft?

Bevestigt u dat er nog steeds te veel ontsnappingsroutes bestaan voor merkgeneesmiddelen, die vanaf 15 jaar octrooi een zogezegd nieuw geneesmiddel lanceren met een beperkte meerwaarde, wat men de me too's geneesmiddelen noemt, waardoor ze buiten de besparingen vallen?

Vindt u het daarom nodig dat er dringend structurele maatregelen komen van openbare prijsvergelijkingen tussen alle geneesmiddelen die tot eenzelfde therapeutische klasse behoren? Vindt u dat er dringend werk moet worden gemaakt van geobjectiveerde prijs-volumecontracten, zodat een aanbieder wordt gestimuleerd om een zo laag mogelijke prijs te geven met het oog op een gegarandeerde omzet? Ik zie daarin nu een aanzet in de gezondheidswet. Misschien gaat het in de goede richting.

Wat is de stand van zaken betreffende de invoering van het zogenaamde Kiwisysteem? Wat betekent het voor u? Hoever staat het nu precies? Welke beleidsaanpak stelt u hierbij voorop?

10.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, notre système de santé est très performant; il permet à la fois une bonne couverture de soins et un budget en équilibre et ce qui a été fait dans le cadre du budget 2009 conforte ce point de vue.

Il n'en est pas pour autant moins vrai que certains traitements médicaux sont fort coûteux. Ils représentent, pour seulement 3% du nombre de médicaments délivrés, plus de 36% du budget alloué au remboursement total des médicaments.

Certains sont coûteux parce que leur large spectre permet de les prescrire dans nombre d'infections comme l'amoxicilline avec l'acide clavulanique plus connu sous le nom d'Augmentin qui a été prescrit à 1.700.000 Belges en 2007. Les médicaments hypolipémiants pour réduire le cholestérol ont, quant à eux, été prescrits à 1 million de Belges. Les hypotenseurs ont, eux aussi, été consommés par 1 million de nos concitoyens. Les antidépresseurs ont été prescrits à 350.000 personnes pour un montant de 64 millions d'euros. Les médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde, que prennent 7.000 malades, représentent pour leur part, un coût de 68 millions d'euros.

D'autres sont coûteux parce qu'ils sont le fruit d'une recherche et d'une mise en œuvre technologique de pointe comme le Glivec, qui agit contre le cancer, qui ne soigne que 768 patients, mais coûte 20 millions au budget.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire quelle a été l'évolution de ces chiffres depuis 2002? Quels effets a déjà eu la politique de développement des médicaments génériques sur ces coûts?

Par ailleurs, dans la définition du budget de la Santé, j'ai noté que vous souhaitiez développer une politique de médicaments moins chers en favorisant notamment la baisse du prix des médicaments présents depuis longtemps sur le marché. Pouvez-vous nous donner des précisions quant aux mesures que vous comptez prendre concrètement, et leurs conséquences attendues sur le budget de remboursement des médicaments?

10.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je serai relativement brève car on reparlera beaucoup des médicaments dans le cadre de la déclaration de politique générale et de la discussion de la loi-programme puisque toute une série de dispositions ont été prises dans le cadre du budget 2009.

Om de prijs van geneesmiddelen te verlagen en op indirecte wijze dus ook de kosten ten laste van de patiënt, werd beslist tot een verlaging van de prijs van de oude geneesmiddelen, hetgeen voor 2009 een impact van 22 miljoen euro zal hebben, een lineaire prijsverlaging van 1% op alle geneesmiddelen, met de mogelijkheid tot modulering door de firma op haar geneesmiddelenportefeuille, maar met respect voor de in 2009 gevraagde impact van 20 miljoen euro en de verhoging van het percentage aan daling, momenteel 30%, bij de referentietrugbetaling, wat voor 2009 een impact van 28 miljoen euro betekent.

De maatregelen kunnen het voorwerp zijn van een alternatief voorstel voor de geneesmiddelensector. In de loop van de komende weken kan ik u dus nog geen exact dalingspercentage meedelen. Ik kan u echter wel verzekeren dat de sector van de generieken proportioneel in zijn zakencijfer geraakt zal worden. Een vermindering van 2% op de geneesmiddelen van meer dan 12 jaar oud weegt bijvoorbeeld slechts voor 20% op de generieken, en niet voor een meerderheid, zoals u lijkt te denken. De helft van de niet meer gepatenteerde geneesmiddelen zijn enerzijds immers geen generieken en anderzijds vertegenwoordigen de generieken slechts 40% van de verkoop van geneesmiddelen waarvoor er een generiek bestaat.

Pour ce qui concerne les mesures qui visent spécifiquement à alléger la charge du patient, il a été décidé de ne pas indexer les plafonds des tickets modérateurs, d'harmoniser tous les plafonds de tickets modérateurs sur les plafonds les plus bas, d'instaurer une marge de sécurité dans le remboursement de référence afin de protéger le patient des suppléments qui pourraient être mis à sa charge si une firme décide de ne pas adapter son prix. Le conditionnement dont le prix dépassera la base de remboursement augmentée de cette marge de sécurité, ne sera pas remboursé. Grâce à ces trois mesures, le pouvoir d'achat des patients en termes d'achat de médicaments augmentera au minimum de 20 millions d'euros en 2009.

Pour ce qui est de l'encouragement du recours aux moins chers et la limitation du volume des médicaments qui ne sont pas réellement innovants, deux mesures spécifiques seront prises: premièrement, le relèvement des pourcentages de prescriptions de moins chers par les médecins pour 42,5 millions et, deuxièmement, la diminution de l'enveloppe des médicaments forfaitisés à l'hôpital de 5 millions d'euros en 2009, afin d'encourager le recours aux alternatives moins onéreuses lorsqu'elles existent.

Ces mesures ont un effet très clair sur les échappatoires que vous avez citées. Un médecin, pour respecter les pourcentages de moins chers qui lui sont demandés, choisira avec précaution les médicaments chers qu'il délivrera aux patients. Confronté au choix entre d'une part, un médicament réellement innovant pour un patient qui en a vraiment besoin et, d'autre part, une pseudo-innovation pour un autre patient, je doute que le médecin fasse le choix de la pseudo-innovation.

Des mises en concurrence directes au niveau du prix pour toute une classe de médicaments, comme vous le proposez, ne me semblent donc pas indispensables pour obtenir une limitation structurelle des coûts. Par contre, je suis entièrement d'accord sur la nécessité pour l'INAMI de se doter au plus vite de nouveaux outils individuels comme des contrats. Une réglementation à ce sujet sera d'ailleurs soumise au Parlement d'ici peu.

Enfin, pour ce qui est du lancement d'un nouveau modèle kiwi en 2009, je pense que nous devons d'abord développer un contexte favorable à ces mesures.

10.04 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, naar aanleiding van de begroting zullen we daar inderdaad voort over debatteren.

Het punt is fundamenteel. Ik weet dat u mijn zorg deelt, ongetwijfeld. Men stelt nog altijd vast dat de grote spelers op de markt een heel gamma producten van uiteenlopende prijs hebben, producten die ze graag eens braderen, oudere producten. Die verkopen ze dan aan de referentieprij van de goedkopere producten. Tezelfdertijd ontwikkelen zij dure nieuwe geneesmiddelen waarvan de innovativiteit soms ter discussie kan worden gesteld, maar die wel een octrooi verkrijgen en dan weer vijftien jaar buiten alle concurrentie op de markt kunnen komen. Als we niets kunnen doen aan die mechanismen, waardoor we alles met elkaar in concurrentie kunnen laten komen, zullen we nooit het beste geneesmiddelenbeleid hebben. Als wij gewoon de weg aanleggen, dan moeten wij ook een openbare aanbesteding doen. Er zijn dan vijf tot zes aannemers die een prijs opgeven, die allemaal aan bepaalde kwaliteitsvereisten moeten voldoen, maar het is dan de prijs van de goedkoopste die bepalend zal zijn. Voor geneesmiddelen zou de overheid eigenlijk veel meer sturend moeten optreden en zou zij op basis van objectieve prijsvergelijking eigenlijk de beste koop moeten kunnen sluiten.

Het is in elk geval een vooruitgang dat u inderdaad voorstander bent van prijs-volumecontracten. Dan kunnen wij een prijs tegenover een bepaald volume bedingen. Niettemin - en ik zal daar nog op terugkomen - zijn de meeste maatregelen die nu genomen worden, vrij lineair: 1% op alles of 2% op de middelen die twaalf jaar oud zijn. Men kan daarover blijven discussiëren. Hoe dan ook zal die maatregel het meest ten kwade komen van de middelen die nu eigenlijk al het oudst en goedkoopst zijn, de generieken. In die zin maak ik me daar een beetje zorgen over.

10.05 Laurette Onkelinx, ministre: C'est la raison pour laquelle j'ai dit que je ne vous donnais que quelques éléments. Le pour-cent en question pourra être modulé, mais dans un cadre précis. Car il ne faudrait pas moduler de telle sorte que pour certains médicaments, la seule politique soit la concurrence des génériques.

C'est un peu plus précis que ce que j'ai dit. J'aurais aussi pu parler, comme m'y invitait M. Flahaux, de certains médicaments comme les antidépresseurs dans les maisons de repos, qui posent de vrais problèmes. Plutôt que de s'aventurer dans des réponses qui ne seraient peut-être pas adéquates, nous avons demandé à deux spécialistes de travailler sur un audit du secteur pour nous faire des propositions.

Comme je pense vous l'avoir dit, en matière de médicaments, un travail très important a été fait au niveau du budget. On ne peut pas s'aventurer dans la comparaison avec des modèles étrangers, par exemple pour Kiwi avec le modèle hollandais, car nous vivons une situation totalement différente. Je veux bien y aller mais je suis sûre que vous ne l'accepterez pas car cela nécessiterait des changements très importants au niveau de la liberté thérapeutique.

Enfin, nous avons aussi quelques projections sur les mesures à venir en fonction des audits qui ont été effectués.

Je n'ai donc fait qu'un petit raccourci pour quand même pouvoir vous donner des éléments de réponse.

10.06 Luc Goutry (CD&V): U hoeft daarom niet naar het buitenland. Het gaat om een objectieve prijsvergelijking tussen allemaal dezelfde werkzame moleculen. De moleculen waar een octrooi op rust, ontsnappen daar systematisch aan, omdat zij een alleenrecht hebben en dus nooit in prijsconcurrentie hoeven te komen met moleculen waarvan het octrooi ondertussen is weggefallen en die als generisch middel toch 30% in prijs moeten dalen. Wij zullen daar toch iets aan moeten doen, vroeg of laat.

Ten slotte zegt u dat het om een voorstel van 1% gaat en de betrokkenen zelf een tegenvoorstel kunnen doen, zolang ze maar aan het vooropgestelde bedrag geraken. Daarbij hoeven zij niet lineair op alle middelen 1% te geven. Welnu, de generieken moeten sowieso 1% geven, terwijl producenten van merkgeneesmiddelen het product dat hun het minst interesseert, het meest in prijs kunnen verlagen, zodat die 1% bereikt wordt. De andere producten kunnen ze buiten schot laten.

Er wordt op de markt voortdurend geschoven en verschoven, waardoor wij nooit tot een goed structureel prijsdrukkend mechanisme komen. Wij zullen dat nochtans nodig hebben, want elk jaar opnieuw wordt inzake de geneesmiddelen het budget overschreden, elk jaar opnieuw hebben wij met de geneesmiddelen problemen. Wij krijgen die uitgaven structureel niet onder controle. Wij kunnen niets anders doen dan heffingen en lineaire beperkingen opleggen. Wij moeten het meer selectief en structureel aanpakken.

10.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je serai bref et je me contenterai de remercier la ministre pour sa réponse car elle a proposé que l'on discute plus amplement de la question dans quelques semaines. Lors de cette discussion, je compte d'ailleurs lui poser toute une série d'autres questions.

La **présidente**: Chers collègues, nous poursuivrons donc cet échange dans quelques semaines. À cette occasion, différentes pistes pourront être abordées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 7847 de Mme Lejeune est reportée. Les questions jointes n° 7861 de M. Mayeur, n° 7958 de Mme Salvi et n° 7946 de M. Bacquellaine sont également reportées.

11 Questions jointes de

- Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les faits de maltraitance en maisons de soins psychiatriques" (n° 7879)

- Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle des institutions privées non agréées en charge de l'accueil des personnes faibles" (n° 7905)

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "mishandeling in psychiatrische verzorgingstehuizen" (nr. 7879)

- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controle op niet-erkende private instellingen die zwakkeren opvangen" (nr. 7905)

La **présidente**: La question n° 7958 de Mme Jadin est transformée en question écrite.

11.01 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij waren allemaal geschokt door het verhaal dat recent in de media kwam, zijnde het verhaal over het privéopvangtehuis Apollo, waar 33 psychiatrische patiënten in werkelijk mensonwaardige omstandigheden verbleven.

Het ging om een niet-erkende privé-instelling. Er was nauwelijks of geen controle op de instelling.

Aangezien de instelling geen erkenning vroeg, noch als rusthuis noch als RVT noch als psychiatrische instelling, is geen enkele overheid voor het toezicht verantwoordelijk of bevoegd, tenzij de burgemeester. Hij kan de instelling sluiten omdat de openbare gezondheid of de brandveiligheid in het gedrang komt.

Mijn vragen zijn de volgende.

Klopt het dat door de niet-erkenning van een dergelijke privé-instelling geen enkele overheid feitelijk bevoegd is om op te treden?

Indien dat niet correct is, welke inspectiediensten hadden dan kunnen optreden?

Indien het wel klopt, hebben wij echt een problematische situatie.

Kan een dergelijke controle op instellingen die zwakkeren opvangen worden versterkt? Misschien nog straffer: mag het eigenlijk wel dat privé-instellingen, die aan controle ontsnappen, een dergelijke taak op zich nemen?

Is het mogelijk en bent u van plan om ter zake initiatieven te nemen?

11.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, om een beroep te kunnen doen op de terugbetaling van verblijf- of hospitalisatiekosten moet een instelling erkend zijn. Die erkenning en de bijhorende controle op de naleving van de erkenningsnormen behoren uitsluitend tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen en de Gewesten. De federale minister van Volksgezondheid is bevoegd voor de normering van ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen.

Voor zover mij bekend, verkreeg de bedoelde instelling geen enkele van de bovenvermelde erkenningen, noch werden die erkenningen door de betrokkenen aangevraagd.

De controle op de veiligheid en hygiëne van zowel individuele als collectieve woonvormen behoort tot de bevoegdheid van de burgemeester. Het bedoeld inspectiebezoek en de sluiting die hiervan het gevolg was, moet dan ook in die context worden gezien.

Niettemin is het probleem van de instellingen buiten een wettelijk kader, die zich richten op de verzorging van psychiatrische patiënten, mij bekend. Ik betreur het bestaan van die wanpraktijken ten zeerste. Dergelijke situaties zijn onder meer het gevolg van het gebrek aan garantie op continuïteit in het zorgaanbod dat vandaag bestaat voor de psychiatrische patiënten. Dat wensen wij onder meer te realiseren via een transformatie van de geestelijke gezondheidszorg, waarbij psychiatrische patiënten na een opname in een instelling worden begeleid en verder opgevolgd buiten de muren van het ziekenhuis.

Ik ben er ook van overtuigd dat de creatie van bijkomende plaatsen, zoals bijvoorbeeld in een PVT, geen sluitend antwoord zal bieden om te verhinderen dat dergelijke initiatieven in België worden opgericht. Ik wens te onderzoeken in welke mate die instellingen, indien ze niet erkend kunnen of willen worden, minstens kunnen worden verplicht om zich bij de bevoegde overheid te laten registreren, zodat ze ook kunnen worden onderworpen aan een controle door de inspectiediensten.

Aangezien de bevoegdheid voor dit dossier worden gedeeld met de Gemeenschappen en de Gewesten, zal de problematiek worden geagendeerd op de vergadering van de interministeriële werkgroep Geestelijke

Gezondheid, die vandaag – op dinsdag 21 oktober – is gepland.

11.03 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord en uw duidelijke bekommernis in deze materie. Ik denk dat de verplichte registratie van dergelijke initiatieven al een eerste stap in de goede richting is. Het is inderdaad een gedeelde bevoegdheid. Ik ben blij dat dit op het interministerieel niveau ook zal worden bekeken.

Ik denk dat het niet alleen onaanvaardbaar is wat er gebeurt. Ik vind het bovendien bijzonder jammer dat daardoor ook weer een heel negatieve beeldvorming over psychiatrische patiënten, maar vooral ook over psychiatrische zorg ontstaat, terwijl in heel veel wel geregistreerde instellingen en ziekenhuizen bijzonder goed werk gebeurt en waar, terecht, een heel strenge normering en controle wordt gehanteerd. Die kloof die er nu bestaat, is ontoelaatbaar. Ik ben blij dat u die bekommernis deelt en er ook werk van maakt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de concrete uitvoering van het wetsontwerp houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform" (nr. 7902)

12 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre concrète du projet de loi relatif à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth" (n° 7902)

12.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil nog even terugkomen op de fameuze kaderwet met betrekking tot eHealth, die een tijd geleden in de Kamer en de Senaat werd goedgekeurd. Het is een ruime kaderwet, wat als gevolg heeft dat er nog flink wat uitvoeringsbesluiten dienaangaande goedgekeurd moeten worden.

Een zaak waarop ik in het bijzonder wil terugkomen – u hebt uiteraard, net als alle commissieleden, akte daarvan genomen – is de vrij grote gevoeligheid bij het artsencorps. Ik verwijs naar het hele debat over het al dan niet vrijwillig doorgeven van medische gegevens met betrekking tot eHealth. Om een beetje tegemoet te komen aan de bezorgdheid van het artsencorps had u een zeer ruim overleg aangekondigd, wat de uitvoering van het betrokken ontwerp betreft, tijdens de bespreking, zowel hier in de Kamer, als later in de Senaat.

Vandaar wil ik in het kader van de opvolging enkele concrete vragen aan u stellen, mevrouw de minister.

Wat het overleg met de medische actoren in dit dossier betreft, het volgende. Kunt u, als gevolg van het eventuele overleg, nu reeds aan het Parlement bevestigen dat een deel van het ongenoegen en de vrees bij het artsencorps – ik verwijs opnieuw naar het al dan niet vrijwillig doorgeven van onder andere medische gegevens – is weggenomen?

Kunt u een stand van zaken geven, wat de verdere uitvoering van dit project betreft? Wat is de stand van zaken in de concrete uitwerking van een aantal uitvoeringsbesluiten die nodig zijn bij de uitwerking van deze kaderwet?

12.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de wet houdende de oprichting en organisatie van het eHealth-platform, op 30 oktober 2008, is in het Belgisch Staatsblad verschenen. De Ministerraad heeft inmiddels een dubbele lijst van kandidaten voorgesteld voor de benoeming, door de Kamer, van de leden van het sectoraal comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid. Inmiddels heb ik alle organisaties die vertegenwoordigd zijn in het beheerscomité van het eHealth-platform aangeschreven om uiterlijk op 30 oktober 2008 hun vertegenwoordigers aan te duiden. Er mag worden verwacht dat de eerste vergadering van het beheerscomité van het eHealth-platform in november 2008 kan plaatsvinden.

De uitvoeringsbesluiten die genomen werden in uitvoering van de wet houdende de oprichting en de organisatie van het eHealth-platform zullen, zoals de reglementering bepaalt, voor voorafgaand advies worden voorgelegd aan het beheerscomité van het eHealth-platform. Op die manier is een overleg hierover met alle betrokken actoren in het daartoe meest geëigende orgaan verzekerd.

Inmiddels heeft de administrateur-generaal van het eHealth-platform reeds veelvuldige contacten gehad met

de diverse actoren in de gezondheidszorg om de draagwijdte, de doelstellingen en de werking ervan voor te stellen en om te overleggen om te komen tot afspraken omtrent concrete prioriteiten. In een gemeenschappelijke verklaring van 22 september 2008 hebben een aantal verenigingen van geneesheren zich overigens bereid verklaard om deel te nemen aan de onderhandelingen over een goede organisatie van het eHealth-platform, mits aan een aantal bekommernissen wordt voldaan. Met deze bekommernissen zal in de mate van het mogelijke rekening worden gehouden om verder het vertrouwen van alle actoren in de gezondheidszorg, waaronder de artsen, te verwerven.

Le projet d'arrêté royal portant composition et organisation du comité de concertation sera aussi soumis au comité de gestion de la plate-forme eHealth au cours d'une de ses premières réunions. C'est au sein de ce comité de concertation que le fonctionnement concret de la plate-forme sera élaboré et que les projets seront coordonnés. Le fonctionnement actuel de la plate-forme et les modalités selon lesquelles les services de base déjà disponibles peuvent être utilisés sont, dans l'intervalle, clairement exposés sur le site portail de la plate-forme eHealth (www.ehealth.fgov.be).

Sur ce même site portail, quatre applications sont déjà accessibles de manière sécurisée pour les médecins et établissements de soins. Il s'agit, par exemple, de l'alimentation et de la consultation du Registre du Cancer et de la consultation des déclarations d'euthanasie. Ces applications sont uniquement accessibles pour les médecins compétents après authentification à l'aide de moyens appropriés, tels que la carte d'identité électronique.

Sur ce même site portail figurent aussi les nouveaux projets en cours de réalisation dont certains sont déjà disponibles en mode test pour un groupe limité d'utilisateurs. Je songe en l'occurrence aux dossiers partagés en matière d'arthrite ou à la banque de données contenant les données relatives aux prothèses des hanches et de genoux. De même, la prescription électronique de médicaments dans les hôpitaux sera également possible juridiquement dans la première moitié de l'année prochaine et pourra être soutenue par certains services de base de la plate-forme eHealth.

Dans ma note de politique générale, je formulerai également d'autres propositions de projets pour lesquels je demanderai à la plate-forme eHealth de les réaliser, en concertation étroite avec les acteurs du secteur des soins de santé. En continuant à développer sous des initiatives locales et régionales existantes, les prestataires de soins individuels et les hôpitaux dans toute la Belgique pourront, par exemple, moyennant l'accord du patient, progressivement avoir accès aux données pertinentes le concernant, qui sont disponibles auprès d'autres prestataires de soins et hôpitaux et qui sont nécessaires à un traitement de qualité (résultats d'anciens examens ou traitements, médicaments déjà pris, etc.)

12.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor het heel interessant antwoord dat heel wat verduidelijkt.

Ik ben uiteraard blij dat u de bekommernissen van het artsenkorps ernstig ter harte neemt. Deze volgens mij terechte bekommernissen werden door velen onder ons geventileerd tijdens van de algemene bespreking van het betrokken ontwerp.

Als wij willen dat de uitvoering van het eHealth-project enig succes kent, is het element vertrouwen van de mensen die gegevens moeten aanleveren in deze zeer cruciaal. U geeft zelf de voorzet dat wij dit debat binnen enkele weken zullen kunnen voortzetten naar aanleiding van de bespreking van uw beleidsbrief in het kader van de opvolging van dit dossier.

Ik zal het vandaag, na dit heel interessant antwoord, daarbij laten.

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

13 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenant n° 10 à l'accord de coopération du 15 septembre 1993 entre l'État fédéral et la Région de Bruxelles-Capitale" (n° 7914)

13 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het avenant nr. 10 bij het samenwerkingsakkoord van 15 september 1993 tussen de federale Staat en het Hoofdstedelijk Brussels Gewest" (nr. 7914)

13.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, madame la ministre, cette question n'a pas grand-chose à voir avec la santé, quoique.

J'ai eu l'occasion de vous poser un certain nombre de questions écrites sur les avenants précédents et les lignes budgétaires 2005, 2006, 2007, auxquelles vous avez d'ailleurs répondu. Toutefois, cela a pris un peu plus de temps que prévu. Je me suis dès lors permis d'introduire cette question orale sur l'avenant n°10.

À la lecture des avenants précédents et des lignes budgétaires qui ont été exécutées, on ouvre de grands yeux!

En effet, les montants reportés d'année en année, faute souvent de véritable volonté politique, sont impressionnants. Ce n'est pas nécessairement à vous que j'en ai mais à la difficulté qu'ont les Régions et les communes, notamment à Bruxelles à se mettre d'accord.

En ce qui concerne les lignes budgétaires indiquées dans ma question – je ne vais pas la relire –, j'aurais donc voulu savoir quels étaient les projets concrets. J'aimerais insister en particulier sur le montant prévu pour la construction ou la rénovation d'un stade à Bruxelles. En effet, je me demande à quoi vont servir exactement les 7.500.000 euros. Vont-ils servir à rénover un stade ou à en construire un? On ne pourra pas faire les deux; on le sait. Or apparemment, ce n'est pas si évident que cela de se mettre d'accord à Bruxelles sur ce choix.

Je lis également "promotion exceptionnelle de projets d'excellence scientifique et médicale" – peut-être plus en rapport avec notre commission de ce jour – pour un montant de 11.000.000 d'euros –, la piscine à ciel ouvert – je crois qu'on voit de quoi il s'agit –, et enfin les dossiers relatifs aux espaces publics du quartier européen et études de mobilité.

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, lors de la négociation de l'avenant n° 10 de Beliris, accord de coopération entre l'État fédéral et la Région de Bruxelles-Capitale, l'ensemble des membres formant le Comité de coopération, soit quatre ministres fédéraux et quatre ministres régionaux, ont approuvé divers projets répartis sur trois ans, de 2008 à 2010, qui se retrouvent au sein de 7 chapitres.

Pour reprendre votre expression, rien ne se cache dans ces chapitres. Simplement, des lignes budgétaires sont formulées de telle sorte qu'elles permettent à la Région bruxelloise, en accord avec le fédéral, d'affecter les moyens en fonction des priorités. Ainsi l'initiative Rénovation des espaces publics du quartier européen, qui existe dans l'accord de coopération depuis 1999, consiste en la rénovation de voiries et de trottoirs du quartier européen à Bruxelles.

Elle a notamment permis de rénover intégralement des voiries comme la rue Stevin, la rue Montoyer, la rue du Commerce, la rue Joseph II ou la rue Froissart, ou d'aménager le rond-point au carrefour des rues Charlemagne et Stevin ou le site propre de la rue de Trèves. Le programme précis des années ultérieures n'a, à ce jour, pas encore été défini. Les services de l'administration sont dans l'attente d'une proposition du gouvernement régional bruxellois, que nous devrons discuter en temps voulu.

L'étude de mobilité porte bien son nom. Cette initiative tend à réaliser une grande étude de mobilité dans le quartier européen dans la perspective du schéma directeur approuvé par le gouvernement régional. Diverses grandes options de mobilité ont été esquissées. Cette étude, qui reprendra toutes les voiries dans la zone, permettra de modéliser tous les flux automobiles, de transports en commun et de modes doux pour permettre de dégager les meilleures solutions en matière de mobilité pour le quartier européen. Le bureau d'études sera désigné avant la fin de cette année.

L'initiative relative à la place Jourdan à Etterbeek porte aussi bien son nom: il s'agit de réaménager l'ensemble de la place et des rues avoisinantes. En concertation avec la commune, Beliris a lancé une étude tendant à examiner les possibilités de réalisation d'un parking souterrain sous la place Jourdan et, en libérant la place d'une partie des parkings actuels, pour aménager un espace public de qualité.

Nous travaillons en étroite collaboration avec la commune qui doit d'ailleurs nous remettre incessamment un avis officiel du Collège des bourgmestre et échevins sur la dernière proposition faite au mois de septembre dernier.

L'initiative Centre culturel Union européenne, demandée par la Région de Bruxelles-Capitale dans le cadre du schéma directeur du quartier européen, a pour objet de réaliser une étude sur la faisabilité (investissement et exploitation) d'un centre culturel dans le quartier européen. Ce projet phare pour le quartier européen a pour objectif de créer une vitrine (pôle d'information, centre culturel, musée, etc.) de l'Europe dans le quartier européen à Bruxelles.

Comme nous l'avons fait dans l'avenant précédent, il est important de donner une maîtrise foncière plus importante aux pouvoirs publics bruxellois. C'est pourquoi nous continuons à aider la Région à acquérir des terrains. La Région bruxelloise doit bientôt nous faire connaître ses priorités en la matière.

Pour ce qui est de l'initiative relative à la construction ou la rénovation du stade, nous avons reçu, du gouvernement bruxellois, une notification indiquant sa volonté de consacrer une grande partie de la somme inscrite à la rénovation de la piste d'athlétisme et de la pelouse du stade Roi Baudouin.

La ligne "infrastructures sportives" reprend une liste de cinq piscines à rénover: Ganshoren, Ixelles, Molenbeek, Saint-Gilles et Schaerbeek. Cette liste avait en son temps fait l'objet d'un accord du comité de coordination. Il n'y pas de nouvelle initiative suite à l'avenant n°10.

Pour le poste "avancées du service incendie", un budget de 1.500.000 constitue la quote-part de Beliris dans un projet beaucoup plus vaste: la construction d'un nouveau poste avancé de Siamu sur le site Paul Brien à Schaerbeek.

Le projet "promotion exceptionnelle du projet d'excellence scientifique et médicale" a pour objectif de soutenir la Région dans son projet de rénovation de l'hôpital Bordet.

Dans le cadre de l'initiative "noyaux commerciaux" inscrite à l'avenant n°9 de l'accord de coopération, les noyaux commerciaux de la chaussée de Gand à Molenbeek et de la chaussée de Louvain à Saint-Josse ont été intégralement réaménagés. Le budget restant devrait permettre de réaménager un dernier noyau commercial, celui de la rue Royer à Anderlecht. À cet égard, il n'y a rien de neuf dans l'avenant n° 10.

En ce qui concerne la piscine à ciel ouvert, lors de l'inscription de cette initiative, nous avons inscrit un montant de 600.000 euros en 2005 nous permettant de lancer une étude. Un montant de 6.000.000 d'euros pour 2007 servira à amorcer la construction de cette piscine.

À ce stade, mes services ont fait réaliser une étude de "benchmarking" démontrant, notamment, qu'un grand nombre d'autres grandes villes européennes disposent d'une ou plusieurs piscines à ciel ouvert. C'est le cas de Paris, Lyon, Londres, Bonn, Cologne et Anvers.

Suite à cette étude, nous avons lancé, fin septembre, un appel à candidatures pour l'aménagement d'une zone récréative avec piscine en plein air au quai Béco.

Enfin l'initiative Divers, révisions, essais, décomptes, etc. est inscrite à l'accord de coopération depuis son origine. Elle a pour objectif de financer une série de marchés "stocks" (traduction, topographie, contrôle technique en vue de l'assurance décennale, coordination sécurité et santé dans le respect de l'arrêté du 25 janvier 2001, participation du maître de l'ouvrage en application de la loi du 3 décembre 2005 instaurant une indemnité compensatoire de perte de revenus en faveur des travailleurs indépendants victimes de nuisances dues à la réalisation de travaux sur le domaine public, analyse de sol et matériaux, essais divers, révision contractuelle des marchés de service et de travaux, étude de mobilisation de carrefours, comptage de trafic, expertises diverses, etc.).

Il s'agit en substance des budgets nécessaires au bon fonctionnement de Beliris pour réaliser toute une série de petites études ou missions indispensables au bon déroulement d'un projet.

13.03 Xavier Baeselen (MR): Je remercie la ministre pour la précision de sa réponse. Ce que je regrette toujours avec Beliris, je l'ai dit, je le dis et je le redirai, c'est un manque de visibilité et d'appel à projets à long terme. Quand on définit des lignes budgétaires, les projets ne sont pas bien définis à l'avance. J'en veux pour preuve les montants qui étaient prévus en infrastructures sportives pour 2005, 2006 et 2007: sur les 7 millions d'euros, on en a dépensé 498.000.

Quant à la sécurisation des tunnels dans la capitale, pour 6,5 millions d'euros sur les trois années, et même

si ce n'est pas de votre faute et s'il y a un problème avec la Région bruxelloise et avec les communes, on apprend qu'en l'absence d'un consensus sur le programme de la Région, aucun investissement n'a été consenti sur les 6,5 millions. Quand on définit des lignes budgétaires à l'avance, j'aimerais que cela se fonde sur des projets définis et qu'on est sûr de réaliser.

On va me dire que les montants sont reportés. D'accord, mais Bruxelles ne peut pas à la fois crier urbi et orbi qu'elle est sous-financée et ne pas utiliser de l'argent disponible aux fins pour lesquelles les lignes budgétaires sont dégagées.

13.04 Laurette Onkelinx, ministre: On dépasse le cadre de la question. Il faut bien comprendre ce qui se passe avec Beliris. La Région est certes concernée mais les communes le sont au premier chef! Or, quand un projet concerne une commune, il faut un accord entre Beliris, la Région et la commune. Il est déjà arrivé dans certains projets que la commune change six fois d'avis, quelle que soit la couleur politique. Nous rencontrons aussi d'autres problèmes: il faut 600 jours en moyenne pour obtenir un permis d'urbanisme.

On reproche deux choses à Beliris. Tout d'abord, une dispersion des projets. Mais il s'agit d'une volonté politique et on peut en débattre. Je ne veux pas que Bruxelles soit une vitrine de l'Europe, très belle là où passent les Européens et accumulant des retards de développement ailleurs. La diversification a été voulue et acceptée par le gouvernement régional et le gouvernement fédéral pour favoriser une évolution harmonieuse des quartiers de Bruxelles. Cela complique la tâche, évidemment, et les ingénieurs de Beliris se retrouvent dans de grands projets comme dans des petits. C'est un prix à payer.

Quant à l'avantage de Beliris, je ne veux pas seulement entendre parler de dossiers de mobilité ou de rénovation de parcs et d'églises, car il faut aussi s'intéresser aux comités de quartier, aux petits parcs et aux logements sociaux, qui sont aussi importants pour conférer à Bruxelles une image digne de sa réputation.

Par ailleurs, des retards sont parfois liés à Beliris, vu la dispersion des projets et la difficulté d'engager des ingénieurs – car ils ne gagnent pas nécessairement la même chose dans le public que dans le privé, comme tout le monde le sait. Néanmoins, ce dialogue est fécond. Mais il suffit qu'une commune change d'avis pour qu'il faille renégocier et changer les plans pour les soumettre de nouveau en vue d'obtenir un permis d'urbanisme. Cela provoque des lenteurs.

Cela étant dit, avec le recul, nous pouvons voir les changements opérés à Bruxelles grâce à Beliris. Vous savez que le premier grand chantier à cet égard concernait Belliard, à la suite d'un accord conclu entre Jean-Luc Dehaene et Charles Picqué. Quand je regarde les rénovations des grands boulevards, des parcs, des logements, en dépit des retards que l'on peut légitimement dénoncer, j'estime que le visage de Bruxelles a véritablement été modifié.

13.05 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, je suis d'accord avec la ministre sur la diversification. En effet, nous pouvons nous rejoindre à ce sujet. En revanche, je sais que je ne me fais pas des amis auprès de certains municipalistes. Indépendamment de nos formations politiques respectives, il va être grand temps de se dire que 19 communes, c'est bien beau – car je ne suis pas partisan de la fusion des communes –, mais il conviendra aussi d'harmoniser les compétences entre communes et Région pour éviter ce dont vous parliez: à savoir que les communes changent cinq ou six fois d'avis, si bien que la Région n'y voit plus clair et que l'accord Beliris ne peut plus être concrétisé pour certaines lignes budgétaires.

Manifestement, des problèmes découlent de la complexité des 19 communes bruxelloises et du modèle institutionnel de Bruxelles. À cet égard, il reste pas mal de travail.

Beliris a certainement changé le visage de Bruxelles, mais nous aurions pu faire beaucoup mieux s'il avait existé une véritable volonté politique à Bruxelles entre les municipalités et la Région, et entre francophones et flamands. Car je ne suis pas convaincu par l'argument selon lequel certains projets ne doivent pas être discutés au sein du gouvernement bruxellois au motif que des Flamands y siègent. Je sais bien que ce n'est pas ce que vous avez dit. En tout cas, il manque une certaine ambition pour Bruxelles.

13.06 Laurette Onkelinx, ministre: Vous savez que, dans le premier paquet de réformes institutionnelles, il était prévu que l'administration Beliris soit régionalisée. C'était une bonne chose.

13.07 Xavier Baeselen (MR): Je suis d'accord.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

14 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement de la déclaration anticipée en matière d'euthanasie" (n° 7915)

14 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van de wilsverklaring inzake euthanasie" (nr. 7915)

14.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, madame la ministre, au mois d'août dernier, un courrier a été envoyé par le SPF Santé publique reprenant les instructions précises à propos de l'application de l'arrêté royal d'avril 2007 qui règle la façon dont la déclaration anticipée en matière d'euthanasie est enregistrée à partir du 1^{er} septembre de cette année dans les communes. En résumé, le courrier explique le cadre légal, le formulaire de déclaration papier et l'enregistrement de la déclaration.

L'arrêté royal et la circulaire, qui date du 28 août 2008, permettent désormais, via les services communaux, d'enregistrer les déclarations anticipées via un module spécial et sécurisé disponible sur le site du SPF Santé publique. En pratique, le citoyen se rend donc à la maison communale en vue d'y retirer le formulaire de déclaration anticipée en matière d'euthanasie, il le complète et le signe avec deux témoins et le remet ensuite au guichet. L'agent communal habilité vérifie ensuite que le formulaire correspond bien au modèle fixé par l'arrêté royal de 2003 et qu'il s'agit bien du déclarant qui le dépose.

Madame la ministre, le système est-il désormais opérationnel, notamment en ce qui concerne la liaison entre le registre national et le SPF Santé publique?

Disposez-vous déjà de chiffres d'enregistrement pour le mois de septembre, qui était finalement le mois de test en cette matière?

Rien ne semble prévu dans la circulaire quant aux conditions d'accueil et de confidentialité à la commune face à de tels enregistrements. Pourquoi?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Depuis le 1^{er} septembre 2008, les citoyens ont effectivement la possibilité de faire enregistrer par le biais de leur administration communale leur déclaration anticipée relative à l'euthanasie dans une banque de données ad hoc de l'administration Santé publique. Une application informatique développée à cette fin est opérationnelle depuis le 1^{er} septembre. Lors de l'enregistrement, les données de chaque personne mentionnée sur la déclaration sont vérifiées via le Registre national avant l'inscription de la déclaration dans la base de données du SPF Santé publique.

Pour ce qui est des statistiques, on relève 567 déclarations anticipées enregistrées au mois de septembre. Un succès presque inattendu! Quant aux conditions d'accueil et de confidentialité, plusieurs mesures ont été prises dans l'arrêté royal. Un système de gestion des utilisateurs a été mis en place au sein de chaque commune. Le fonctionnaire communal chargé de l'enregistrement des déclarations doit ainsi préalablement s'enregistrer comme tel dans le système informatique de la commune afin d'être autorisé à procéder à l'enregistrement des déclarations. Tous les fonctionnaires communaux n'ont donc pas accès à l'application.

En outre, les données enregistrées dans la banque de données du SPF ne sont accessibles qu'aux médecins qui se sont préalablement authentifiés via leur carte d'identité électronique. Chaque consultation de la banque de données fait de plus l'objet d'un enregistrement permettant, si nécessaire, de contrôler a posteriori la légitimité d'une consultation.

Quant aux déclarations sur papier qui ont servi de base à l'enregistrement, elles sont également conservées par le SPF Santé publique. Les communes ont en effet l'obligation de transmettre le formulaire écrit de la déclaration à l'administration.

Ces différents mécanismes apparaissent de nature à assurer de manière satisfaisante la confidentialité des données.

14.03 Xavier Baeselen (MR): Je remercie la ministre.

J'ai noté le chiffre de 567 déclarations. C'est un succès pour le début de cette opération.

Il faudra bien sûr que les communes à leur tour sensibilisent le public via leurs différents moyens de communication, que ce soit le journal de la commune ou le site internet.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: On attendait d'être sûr que tout fonctionne correctement.

14.05 Xavier Baeselen (MR): Vous confirmez que c'est le cas.

Le **président**: Comme quoi, cela répond à une attente de la population.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een kadaster voor kinesisten" (nr. 7920)

15 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un cadastre des kinésithérapeutes" (n° 7920)

15.01 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, aangezien het quotum in de beide landsgedeelten dit jaar niet werd overschreden, is er dit jaar geen examen voor kinesisten. Wij hebben ons trouwens steeds verzet tegen het principe van zo'n uitgangsexamen. De tijd zou nu gebruikt moeten worden om grondig werk te maken van het opstellen van een kadaster, teneinde een precies zicht te werpen op het huidige aanbod zodat wij het ook weten voor de komende jaren.

Wij stellen trouwens voor dat er in de toekomst geen sprake meer kan zijn van een examen, zolang wij niet over een gevalideerd kadaster beschikken.

Mijn vragen aan u zijn de volgende, mevrouw de minister. Kunt u ermee akkoord gaan in de toekomst geen examen meer te organiseren, zolang er geen kadaster is? Zult u de nodige initiatieven nemen om zo'n kadaster op te starten? Wanneer en via welke initiatieven?

15.02 Minister Laurette Onkelinx: Ik herinner u er allereerst aan dat alle in België gediplomeerde kinesisten een RIZIV-nummer krijgen, waarmee zij toegang hebben tot de nomenclatuur en tot de terugbetaling van alle prestaties die uitgevoerd worden in een instelling. Alleen het verkrijgen van de bijzondere nomenclatuur waarmee prestaties kunnen worden terugbetaald die gebeuren in een privé-kabinet of aan huis, is onderworpen aan een jaarlijks examen.

Een nieuw koninklijk besluit, dat in juli goedgekeurd werd door de Ministerraad en dat op 18 september in het Staatsblad verscheen, verhoogt het contingent van 350 naar 450 en maakt het mogelijk alle RIZIV-nummers die in de loop van de drie voorgaande jaren niet gebruikt werden door kinesitherapeuten die in het examen slaagden, terug te halen. Gelet op het aantal kandidaten dat dit jaar ingeschreven was voor het examen, werd het inderdaad afgelast.

Het spreekt voor zich dat het kadaster van de kinesitherapeuten, dat thans wordt uitgewerkt, het mogelijk zal maken de pertinentie van de cijfers beter af te bakenen. Het kadaster zal in de loop van 2009 beschikbaar moeten zijn. Er is bovendien een denkoefening bezig in de Planningcommissie om te evalueren of het nog nuttig is het examen na het verkrijgen van het diploma te organiseren.

Op basis van het kadaster en het advies van de Planningcommissie zal ik de opportuniteit van het kadaster opnieuw bestuderen, evenals de manier om de planning van de kine zo goed mogelijk te verzekeren.

15.03 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw hoopgevend antwoord. Belangrijk zal zijn, zoals u zegt, dat er nu zo snel mogelijk, dus zeker liefst in 2009, een kadaster is, zodat wij exact weten wat het aanbod is aan kinesisten. Ik noteer dat men thans de gegevens al aan het verzamelen is.

Dan wachten wij af en zien wij wat eruit komt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats d'une étude sur les risques pour la santé de l'usage du gsm" (n° 7924)

16 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van een studie over de gevaren voor de gezondheid van gsm's" (nr. 7924)

16.01 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, j'ai déjà la réponse à ma question car la ministre a répondu à un journaliste sur les conséquences qu'elle tirait de cette étude, qui n'est pas définitive car on en attend encore les résultats complets.

Madame la ministre, j'ai cru comprendre, et je limiterai ma question à cela, que vous envisagiez d'abaisser la norme à 3 V/m. Cette norme est projetée pour la Région bruxelloise mais on sait qu'il y a des recours juridiques qui sont pendants devant la Cour constitutionnelle par rapport à cette décision. La Région wallonne semble être un peu dans l'attente de la décision de la Cour constitutionnelle pour emboîter le pas à la Région bruxelloise.

Vous avez annoncé que vous envisagiez de diminuer cette norme. On a déjà vu que les associations ne sont pas encore satisfaites de cette décision, estimant que la seule véritable norme qui serait de nature à protéger la santé serait de 0,6 V/m. Ces associations pointent elles-mêmes le risque que le nombre d'antennes soit multiplié.

Confirmez-vous les résultats parus dans Le Soir?

Pour le compte rendu parlementaire, il serait peut-être bon que vous nous en fassiez part.

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, oui, de toutes les façons, il faudra rester extrêmement attentif à toutes les données nouvelles en provenance du monde scientifique concernant les risques pour la santé liés à l'utilisation du gsm ou en rapport avec les ondes électromagnétiques en général. Par conséquent, il va de soi que je suis avec grand intérêt l'étude épidémiologique en cours de réalisation par le Centre international de recherche sur le cancer. Je l'avais déjà indiqué en réponse à une autre question.

Comme vous avez pu le lire dans la presse, les résultats de l'étude ne sont pas encore définitifs. Il est donc prématuré de déjà tirer des conclusions à ce stade.

Par contre, je tiens à rappeler qu'il est indispensable de donner des conseils aux utilisateurs de gsm et principalement aux enfants. À ce sujet, je me permets de répéter que mon département a mis à la disposition du public, fin juin, une brochure d'information qui permet à tout un chacun de mieux comprendre la problématique des champs électromagnétiques qui nous entourent et, surtout, de profiter de conseils d'utilisation des principaux appareils émettant des ondes électromagnétiques dans la vie quotidienne.

En ce qui concerne l'état d'avancement du dossier relatif à la norme pour les antennes émettant des ondes électromagnétiques, je vous invite à consulter les conclusions du Printemps de l'environnement, qui prévoit une prévision à la baisse de ces normes à la lumière des dernières données scientifiques disponibles en la matière, sur base des recommandations du Conseil supérieur de la santé, soit un maximum de 3V/m contre 20 aujourd'hui. Pour ce faire, j'ai récemment chargé mes services d'entamer une concertation avec le secteur de la téléphonie mobile.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 7933 de Mme Burgeon est reportée.

La réunion publique de commission est levée à 18.24 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.24 uur.