

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 16 DECEMBER 2008

MARDI 16 DECEMBRE 2008

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 14.22 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De vergadering wordt geopend om 14.22 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: À la demande de M. Prévot, sa question n° 8462 est reportée. M. Gilkinet a, dès lors, accepté de reporter sa question n° 8479.

01 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des prix et la commercialisation grandissante des maisons de repos" (n° 8500)

01 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijgende prijzen en de toenemende commercialisering van de rusthuizen" (nr. 8500)

01.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, j'ai déjà interrogé à plusieurs reprises la ministre de la Santé sur la problématique des maisons de repos. Au mois de novembre encore, "Le Soir" éditait un dossier fort bien documenté, qui mettait en évidence le phénomène grandissant de commercialisation et d'augmentation des coûts dans le secteur.

Cette politique s'inscrit dans des logiques de plus en plus commerciales. S'ajoutent à des constats inquiétants, comme les augmentations des prix au-delà de l'index, le phénomène des listes d'attente, la pression sur les travailleurs du secteur et parfois aussi, hélas, des phénomènes de maltraitance sur les personnes accueillies dans les maisons de repos.

Par ma question, je voulais rappeler l'urgence d'agir dans le secteur et demander à la ministre si elle partage les constats d'une commercialisation grandissante, parfois au détriment de la recherche d'un bien-être pour tous les résidents.

Par rapport à ces phénomènes, des consignes particulières ont-elles été données pour combattre d'éventuels abus? Cette compétence étant partagée avec les Régions, une coordination a-t-elle eu lieu avec celles-ci? L'intention est-elle d'agir de façon prioritaire dans ce secteur?

Voilà mes questions simples par rapport à un dossier qui ne l'est pas.

01.02 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Monsieur le député, Mme la ministre me demande de vous transmettre la réponse suivante. Le phénomène dénoncé dans le journal "Le Soir" n'est pas neuf. Les autorités publiques, tant fédérales que communautaires et régionales, ont déjà pris un certain nombre de dispositions que je rappellerai.

Comme le souligne le dossier du journal "Le Soir", ce phénomène concerne essentiellement une partie du secteur privé commercial de l'hébergement pour personnes âgées. Nous devons cependant renforcer les mesures prises en 2005, afin de l'empêcher de prendre plus d'ampleur.

Le mercredi 13 novembre dernier, jour de la publication du dossier du journal "Le Soir", une réunion inter-cabinets "politique de la santé à mener en faveur des personnes âgées" s'est tenue avec les représentants des ministres de la Santé des Communautés et Régions.

Un des points à l'ordre du jour était précisément les prix pratiqués dans les secteurs accueil et hébergement pour personnes âgées. En effet, nous sommes de plus en plus souvent informés de certains prix trop élevés demandés aux résidents et souhaitons apporter davantage de protection aux personnes âgées sur les tarifs qui leur sont demandés en maison de repos.

Pour traiter cette question, des représentants du SPF Économie, compétent en matière du contrôle des prix dans le secteur d'hébergement et d'accueil pour personnes âgées, ont été invités à la réunion précitée. Une commission des prix relevant de ce SPF accorde, sur décision ministérielle, les demandes de hausse de prix justifiées sur base de critères économiques (hausse des coûts salariaux, coût de l'énergie) par les maisons de repos et de soins. C'est aussi à cette commission que toute nouvelle maison de repos notifie les tarifs initiaux qu'elle appliquera pour ses résidents. Dans ce dernier cas, il ne s'agit cependant que d'une notification, sans que la commission puisse s'y opposer. C'est une faiblesse manifeste de cette politique.

Dès lors, le renforcement de cette régulation des prix dans le secteur des maisons de repos apparaît bien évidemment nécessaire. Lors de la conférence interministérielle de la Santé du 8 décembre dernier, la mission a été confiée au groupe de travail inter-cabinets "politique de la santé à mener envers les personnes âgées" élargi aux représentants du SPF Économie, de solutionner ce problème d'accessibilité financière à certains institutions en mettant en place un processus de limitation des premiers prix pratiqués par les institutions.

Pour rappel, afin de garantir plus de transparence dans les frais de séjour, d'assurer l'accessibilité financière et d'informer suffisamment le résident et/ou sa famille quant aux éléments facturés lors d'un séjour en établissement, un cinquième avenant au protocole 2 du 1^{er} janvier 2003 conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution concernant la politique de santé à mener envers les personnes âgées et qui porte sur les prix appliqués en institution d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées a été rédigé et signé.

Cet avenant, approuvé lors de la réunion de l'ABSyM du 13 juin 2005, définit précisément les prix de journée, les suppléments admissibles et les avances en faveur de tiers, fixe les principes garantissant la transparence et l'accessibilité financière et enfin reprend en annexe une liste d'éléments définis en concertation avec le secteur des maisons de repos. Cette liste à laquelle les Communautés et Régions se réfèrent donne plus de transparence quant aux services et produits pouvant être repris dans le prix journée ou être facturés comme suppléments ou comme avances en faveur de tiers.

01.03 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, j'entends que la ministre partage certains des constats que je viens d'énoncer.

Je souhaite également que les groupes de travail se mettent en place pour essayer d'apporter des réponses, notamment en termes de formation du prix, tant de la partie obligatoire que facultative. Il y a également des choses à régler à ce niveau.

Complémentairement à ce que vous venez d'indiquer, il faut absolument écouter ce que les travailleurs du secteur ont à nous dire. Parmi les témoignages que j'ai recueillis, certains faits ne manquent pas de m'inquiéter et, souvent, lorsque des pressions sont exercées sur les travailleurs, elles se reportent sur les bénéficiaires.

Nous attendrons avec beaucoup d'intérêt et un peu d'impatience les résultats des travaux de la conférence interministérielle et intergouvernementale dont vous venez de nous informer de l'ordre du jour.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 **Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation des risques du 'cancer du pressing' en Belgique" (n° 8517)**

02 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale**

Zaken en Volksgezondheid over "het inschatten van de risico's van 'dry cleaning-kanker' in België" (nr. 8517)

02.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, j'ai déjà interrogé Mme Onkelinx, le 13 novembre dernier, en ce qui concerne certains produits utilisés dans les pressings ou magasins de nettoyage à sec. Il s'agit en particulier d'une substance qui s'appelle le perchloroéthylène. Cette substance est particulièrement toxique pour le système nerveux et les reins, mais est également classée comme substance cancérigène probable pour l'homme.

Les dangers relatifs au cancer du foie et des reins ont été prouvés sur des animaux en laboratoires. Des données épidémiologiques récentes confirment cet effet cancérigène sur ces deux organes chez l'homme ainsi que sur l'œsophage, la vessie ou le col de l'utérus.

Une nouvelle étude menée par le professeur français André Cicoella, médecin spécialiste en santé environnementale, démontre que les dangers inhérents à l'inhalation du perchloroéthylène concernent aussi bien les employés des pressings que leur voisinage.

Face à la dangerosité du produit, certains pays ont déjà réagi, particulièrement les États-Unis et le Danemark qui ont interdit l'installation de nouveaux pressings utilisant le perchloroéthylène. Ce produit sera totalement retiré du commerce en 2020 aux États-Unis.

Les solutions de remplacement existent, elles sont même moins chères et tout aussi efficaces. C'est le cas du siloxane, un solvant du type silico non toxique et le gaz carbonique liquide.

Dans l'Union européenne, le perchloroéthylène est considéré nuisible à la santé et dangereux pour l'environnement. Sur base du journal parlé de la RTBF du 12 novembre, 99% des pressings belges utiliseraient aujourd'hui encore ce produit.

Je souhaitais poser les questions suivantes à la ministre. L'administration et vous-même avez-vous pris connaissance de cette étude, et plus largement de la problématique de ce "cancer du pressing"? Estimez-vous opportun d'interdire le perchloroéthylène? Cette décision pourrait d'ailleurs avoir lieu dans le cadre du Plan national cancer. Soutenez-vous personnellement la mise en place d'une législation fédérale pour ce faire? En effet, je sais qu'il existe des normes sectorielles pour les magasins de nettoyage à sec, mais l'objectif serait d'agir en amont, ce qui relève de la compétence du niveau fédéral et plus particulièrement du ministre de la Santé.

02.02 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Madame la députée, Mme la ministre me demande de vous apporter la réponse suivante:

"Mon administration est au courant de la problématique du perchloroéthylène dans les installations de pressing. Le perchloroéthylène est actuellement classé par l'Europe comme carcinogène de niveau 3. Cette substance est en effet assez préoccupante pour l'homme en raison d'effets CMR (cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques). Les informations sur les effets possibles sont insuffisantes pour classer ces substances et préparations dans la catégorie 2. Les études sont toujours en cours au niveau européen sur son caractère cancérigène, mutagène et toxique pour la reproduction.

Le perchloroéthylène a été étudié au niveau européen dans le cadre du règlement 793/93/CE concernant l'évaluation des substances chimiques existantes par le Royaume-Uni, qui était rapporteur. La partie "environnement" du rapport d'évaluation des risques peut être téléchargée sur le site internet de la Commission européenne: <http://ecb.jrc.ec.europa.eu>. Le travail du Royaume-Uni en tant que rapporteur n'ayant pas été finalisé avant l'abrogation du règlement 793/93/CE par le règlement REACH 1907/2006, suivant les articles 136 et 137 de REACH, le Royaume-Uni doit s'acquitter de cette tâche. Ce travail est en cours de réalisation. Je ne peux encore vous informer des conclusions qui seront rendues dans ce cadre européen. Les services compétents suivent de près toute évolution dans ce dossier.

En ce qui concerne les mesures spécifiques pouvant être prises pour protéger les travailleurs, je ne peux que vous conseiller de vous adresser à ma collègue la ministre de l'Emploi. Dans le cas présent, il s'agit du suivi d'un dossier qui fait partie des tâches quotidiennes de mes services en matière de vigilance générale par rapport à tout risque pour la santé. Il n'est donc pas nécessaire d'en débattre dans le cadre du Plan

cancer.

Une interdiction du perchloroéthylène devrait, si elle était envisagée, se réaliser dans le règlement REACH selon une procédure de restriction. Une éventuelle interdiction de l'utilisation de ce produit dans les pressings relèverait du ministre de l'Emploi ou des Régions par le biais du permis d'environnement."

02.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je suis contente que vous ayez fait état du règlement REACH et de son application en Belgique. Je constate que, lorsqu'il existe un produit de substitution, l'interdiction du produit jugé dangereux peut être décidée plus rapidement. Je souhaite que cela ait lieu le plus vite possible.

Puisque d'autres États membres de l'Union l'ont fait, je ne vois pas pourquoi la Belgique ne pourrait pas anticiper et diminuer ainsi le risque encouru tant par les travailleurs que par les riverains. Nous ne portons pas sans risque des vêtements qui ont été imprégnés par ces produits, compte tenu des mélanges de substances chimiques auxquels nous sommes exposés.

Par conséquent, je reste demandeuse d'une politique rigoureuse à cet égard.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Clotilde Nyssens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la Commission fédérale pour la recherche médicale et scientifique sur les embryons in vitro" (n° 8737)

03 Vraag van mevrouw Clotilde Nyssens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro" (nr. 8737)

03.01 Clotilde Nyssens (cdH): Madame la présidente, j'aimerais poser une question sur la recherche médicale et scientifique, plus précisément sur la commission fédérale qui a été installée pour évaluer ces travaux.

J'aime suivre les commissions d'évaluation des lois que nous votons au Parlement. Ce n'est pas tout de faire les lois, il faut les suivre. Pour toutes les lois, on crée des commissions de suivi et d'évaluation mais il est rare que nous ayons des rapports.

La commission fédérale pour la recherche médicale et scientifique sur les embryons in vitro n'a pas, selon mon impression, les outils pour fonctionner.

Madame la ministre, je voudrais donc vous poser les questions suivantes.

Une commission fédérale pour la recherche médicale et scientifique sur les embryons in vitro a été instituée par la loi du 11 mai 2003. Cette commission s'était vu confier par la loi, plus précisément par son article 10, différentes missions: centraliser les activités de recherche, examiner les nouveaux projets de recherche et former des recommandations sous forme d'avis.

Cette commission doit être composée conformément à l'article 9 de la loi de 14 membres, désignés par le Sénat à la majorité simple. De plus, il faut autant de membres d'expression française que d'expression néerlandaise. En outre, ils doivent être spécialisés dans les aspects médicaux, scientifiques, juridiques, éthiques et sociaux relatifs à la recherche sur les embryons.

L'équilibre entre les différentes tendances idéologiques et philosophiques doit être respecté.

Enfin, il faut également le même nombre de suppléants remplissant les mêmes conditions que les effectifs.

Cependant, à l'heure actuelle, cette commission ne semble pas être composée de manière conforme à la loi et j'ai l'impression que le Sénat tarde à nommer ses membres. Ce n'est probablement pas de la responsabilité du Sénat mais parce qu'il est difficile de trouver les personnalités aux qualités requises.

Antérieurement, d'autres conditions données à l'article 9 de la loi devaient être remplies mais suite à des difficultés de recrutement et à des mandats vacants, cet alinéa fut abrogé pour que les conditions d'entrée soient moins contraignantes. Néanmoins, il semblerait que cette modification législative n'a pas réellement résolu le problème. En effet, le Sénat doit faire à maintes reprises des appels aux candidats désireux de devenir membre de cette commission.

De plus, indépendamment de ces problèmes de composition, il s'avère – j'ai eu l'occasion de rencontrer la présidente de cette commission lors de colloques ou autres – que cette commission ne dispose pas des moyens matériels suffisants pour remplir au mieux ses missions, notamment l'absence de secrétariat. Pourtant, en vertu de l'article 9, §5 de ladite loi et l'arrêté royal délibéré en Conseil des ministres du 22 septembre 2004 fixant les moyens administratifs et financiers qui sont attribués à la commission fédérale pour la recherche médicale et scientifique sur les embryons, la commission devrait disposer des moyens suffisants et d'un secrétariat propre.

En outre, la commission doit rendre chaque année à l'attention des chambres législatives un rapport rendant compte de l'exercice de sa mission et ce, conformément à l'article 10 de la loi susmentionnée. Pourtant son premier rapport date de mai 2008 alors qu'elle a été instaurée officiellement le 6 juin 2006. Dès lors, les travaux de la commission ne sont pas réguliers ni conformes aux dates prévues par la loi.

Madame la ministre, je vous pose une seule question.

Avez-vous des contacts avec cette commission qui est sous la "tutelle" de votre département?

Est-ce que la commission est composée? Cette composition est-elle complète?

La commission dispose-t-elle d'un secrétariat et des moyens matériels et humains suffisants pour être opérationnelle?

Se réunit-elle? Fonctionne-t-elle? Y a-t-il des travaux?

03.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la présidente, madame la députée, la commission fédérale pour la Recherche médicale et scientifique sur les embryons in vitro est composée de 14 membres et d'autant de membres suppléants, tous désignés par le Sénat. Le nombre de membres doit être équivalent au nombre de membres d'expression néerlandaise. Ils doivent être spécialisés dans les aspects médicaux, scientifiques, sociaux, juridiques ou éthiques relatifs à la recherche sur les embryons.

À ce jour, la commission fédérale Embryons n'a pas encore atteint le nombre de membres légalement imposé; je dispose de la liste des membres si vous désirez la consulter. En conséquence, il a été fait appel à des membres suppléants via le Moniteur du 8 juin 2007.

Suite à la démission des quatre membres francophones dans la catégorie des experts en question Éthique et Sciences sociales, un deuxième appel est paru dans le Moniteur du 7 janvier 2008. Les candidatures qui nous sont parvenues ont été transmises au Sénat.

La commission se réunit toutes les six semaines. Jusqu'à présent, elle a rendu 17 avis sur des projets de recherche sur les embryons in vitro. La commission a présenté son premier rapport d'activité en avril 2008, conformément à l'article 10, §4 du 11 mai 2003. Ce rapport couvre une période prolongée allant de juin 2006, date de l'installation de la commission, au 31 décembre 2007.

Suite aux exigences posées par l'arrêté royal du 22 septembre 2004, il n'est pas évident de nommer un secrétaire de niveau A3. L'administration a récemment demandé à pouvoir adapter l'arrêté royal, suite à la démission de la secrétaire actuelle de niveau A1. Jusqu'à maintenant, il semble impossible de trouver un secrétaire de niveau A3. Le secrétaire administratif de niveau B n'a pas encore été nommé, mais les sélections ont lieu et la personne sera en place début mars 2009.

03.03 Clotilde Nyssens (cdH): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, je vous remercie pour ces explications. J'espère une nomination rapide d'un secrétaire afin que les choses puissent avancer. Tout cela me paraît bien laborieux avec une commission incomplète et l'absence de secrétaire.

Nous prenons des années pour préparer le vote de lois bioéthiques importantes, intégrant des débats, la

participation de la société civile, si possible, le tout dans une grande effervescence, pour mettre ensuite sur pied des commissions d'évaluation et, finalement, récolter si peu. Oui, il y a 17 avis sur des projets concrets, mais l'écho est confirmé: cette commission n'est pas composée de manière complète et aucun secrétaire n'est encore nommé.

Merci pour les réponses. J'espère avec vous la nomination d'un secrétaire pour cette commission et une nette avancée dans sa composition. Je me permettrai d'interpeller à nouveau d'ici quelques mois pour savoir si tout cela fonctionne bien.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 8796 de Mme Van Daele est transformée en question écrite.

04 Questions jointes de

- M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du KCE relative aux centres MIC" (n° 8803)

- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins maternels intensifs" (n° 8815)

04 Samengevoegde vragen van

- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het KCE betreffende de MIC-centra" (nr. 8803)

- mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "maternal intensive care" (nr. 8815)

04.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est vraiment un outil utile d'évaluation et de réorientation des politiques de santé. Il a tout récemment étudié l'efficacité de l'utilisation des deniers publics par les centres MIC, c'est-à-dire de soins maternels intensifs. À peine 40% des patientes à risque sont effectivement admises dans de tels centres et souvent les lits MIC sont sous-utilisés. D'après le Centre fédéral, cette situation s'explique surtout par le manque de clarté des directives en matière d'admission et de référence.

Le législateur n'a pas détaillé les indications justifiant l'admission dans un tel lit. On observe dès lors de grandes variations entre les hôpitaux en termes de politique d'admission et de référence. Dans certaines provinces, le pourcentage de patientes à risque admises en lit MIC est particulièrement bas, à savoir 15 à 18% dans les provinces de Namur, de Flandre occidentale et du Luxembourg.

Quatre-vingts pour cent des grands prématurés voient le jour dans un centre de soins maternels intensifs mais ce pourcentage global cache de grandes différences géographiques. Dans certaines provinces, cette proportion est nettement moindre: 66% en Flandre occidentale, dans le Hainaut et dans le Luxembourg et même 50% dans la province de Namur qui m'intéresse tout particulièrement mais pas exclusivement, bien entendu!

Le nombre de transferts de patientes de maternités sans lits MIC vers une maternité possédant de tels lits est relativement faible, sauf dans le cas des centres universitaires. Cela pose de facto un problème de santé pour les patientes et pour leur bébé qui n'habitent pas à proximité d'un tel centre. Qui plus est, de nombreux lits MIC sont sous-utilisés.

Le Centre fédéral d'expertise, qui ne se contente pas de constats, émet quelques recommandations comme:

- la publication d'indications et de directives claires à l'intention des généralistes, des gynécologues et des centres de référence de troisième ligne;
- l'instauration d'un système de pénalités et d'incitants financiers pour les hôpitaux pour garantir le transfert des patientes à risque vers de tels centres;
- une révision de la distribution géographique des centres MIC, notamment au bénéfice des provinces de Namur et de Luxembourg.

Madame la secrétaire d'État, la ministre a-t-elle pris connaissance de l'étude du Centre fédéral d'expertise et en partage-t-elle les conclusions? Quel est son plan d'action en conséquence? Les recommandations me semblent claires et devraient lui faciliter la tâche. Plus particulièrement, la ministre peut-elle s'engager à une

augmentation à court terme des lits de soins maternels intensifs dans les provinces trop peu couvertes, notamment dans celles de Namur et du Luxembourg?

04.02 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, ma question s'articule également autour du MIC.

Le concept a été introduit en 1996 dans le cadre d'un arrêté royal qui accorde un financement supplémentaire aux maternités qui assurent l'observation intensive des grossesses à haut risque. On dénombre en Belgique, sur un total de 106 maternités, 17 centres spécialisés dans les soins maternels et néonataux intensifs mais il s'avère, comme l'a dit mon collègue, que la répartition géographique n'est pas optimale.

En fait, une étude récente du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) confirme que la Région bruxelloise concentre à elle seule 37% des lits MIC pour moins de 10% de la population. La Flandre quant à elle se contente de 39% des lits pour 58% de la population, la Wallonie comptant 23% des lits agréés pour 32% de la population. En outre, comme l'a rappelé également M. Gilkinet, dans certaines provinces (Namur, Luxembourg, Flandre occidentale), à peine 15 à 18% des grossesses à risque seraient prises en charge par l'encadrement qui s'impose.

Ledit rapport déplore également le fait que les lits MIC soient souvent sous-utilisés et que paradoxalement, sur les 120.000 accouchements enregistrés chaque année en Belgique, à peine 40% des patientes à risque soient admises dans un centre spécialisé. Il est vrai que la proximité est souvent le facteur déterminant dans le choix d'une maternité. De même, les futures mamans préfèrent suivre les gynécologues là où ils pratiquent plutôt que d'être transférées vers les maternités agréées pour les soins intensifs où d'autres gynécologues les prendraient en charge.

Madame la secrétaire d'État, j'aurais voulu connaître la réaction de la ministre au sujet de cette situation.

Par ailleurs, existe-t-il des statistiques inquiétantes quant à une mortalité périnatale due à une prise en charge insuffisante d'une grossesse à haut risque?

Enfin, le Centre d'expertise prévoit trois recommandations majeures: l'instauration d'une véritable politique de référence, l'utilisation optimale des moyens publics en évaluant et en ajoutant notamment le nombre de lits existants aux moyens référencés et enfin l'amélioration de l'accès aux services. La ministre partage-t-elle ces recommandations et envisage-t-elle des mesures pour les concrétiser? Un délai et un budget sont-ils prévus pour la mise en œuvre de ces mesures?

04.03 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la députée, monsieur le député, voici la réponse que la ministre m'a demandé de vous transmettre. J'ai bien pris connaissance de ce rapport important et je compte l'analyser plus en détail avec mon équipe. Vu les difficultés méthodologiques rapportées, les conclusions et recommandations de ce rapport me semblent devoir être interprétées avec prudence.

Comme le mentionne explicitement le rapport, l'étude n'a pas été réalisée avec l'objectif d'évaluer la qualité des soins en tant que telle. Un autre design et des données complémentaires auraient été nécessaires pour tirer des conclusions à ce sujet. Les auteurs du rapport le soulignent d'ailleurs: ni la littérature ni les données locales ne permettent de conclure que toutes les grossesses cataloguées à risque dans l'étude tireront bénéfice d'une prise en charge dans une maternité avec des lits MIC.

La liste des pathologies susceptibles de requérir des soins spécialisés reste imprécise parce qu'une pondération des facteurs de risque et des pathologies en fonction des conséquences pour la santé de la mère et de l'enfant n'a pas pu être réalisée.

La situation est à la fois plus floue et plus complexe que ne le laissent transparaître les conclusions et recommandations du rapport.

L'organisation des soins périnataux doit avoir pour objectif de garantir les meilleurs soins et donc les meilleurs résultats pour la mère et pour l'enfant.

Dans le cas des structures hautement spécialisées, l'accessibilité géographique des soins est une donnée importante qu'il convient de mettre en balance avec la qualité des soins offerts. Une évaluation de la qualité des soins de ces services est donc indispensable avant de prendre une décision. Le fait de multiplier les centres n'est pas forcément la meilleure solution.

Au niveau de la section MIC comme du service de soins intensifs MIC, un niveau d'expertise minimal est nécessaire pour assurer des soins de qualité. Les normes d'agrément tiennent compte de cet aspect des choses. Les exigences en termes d'infrastructure et de personnel sont élevées. Un seuil d'activité est exigé, en particulier pour les services MIC. Dix-sept fonctions P (soins périnataux régionaux) sont agréées en Belgique. Parmi celles-ci on retrouve sept cents universitaires de référence, concentrés entre autres à Bruxelles.

On ne dispose malheureusement pas d'indicateurs de santé périnatale récents au niveau national. Les dernières statistiques nationales de mortalité périnatale disponibles remontent à 1997. À cette époque, la Belgique, avec un taux de 7,30 pour mille, se trouvait en position assez favorable, la moyenne européenne étant de 9,54 pour mille. Les statistiques récentes disponibles pour la Flandre et Bruxelles montrent une évolution satisfaisante. En Flandre, la mortalité périnatale a diminué progressivement pour atteindre un taux de 6,6 pour mille en 2007. Elle était de 7,1 pour mille en 1998. Cela place cette Région parmi les plus performantes d'Europe pour cet indicateur. La progression a été la plus importante dans les classes d'âge gestationnel et de poids de naissance faible, argument en faveur d'une prise en charge correcte des prématurés. À Bruxelles, la mortalité périnatale est descendue à 6,7 pour mille en 2006. Elle était à 7,9 pour mille en 1998. Il n'y a pas de données récentes pour la Wallonie.

D'après les experts du Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né, la proportion de nouveau-nés de moins de 32 semaines ou de moins de 1.500 grammes nés dans une institution disposant d'un service néonatal intensif est un bon indicateur de la qualité de prise en charge de ces bébés. Sur ce point, les données du Centre fédéral d'expertise et celles d'autres sources ne sont pas totalement concordantes et on peut s'interroger sur leur validité.

En ce qui concerne le rapport de Centre fédéral d'expertise, il convient de souligner que les chiffres avancés (80% de nouveau-nés de moins de 32 semaines naissent dans une institution disposant d'un MIC) se rapportent uniquement aux nouveau-nés issus de mères à risque, selon le modèle. Or, seuls 60% de nouveau-nés de moins de 1.500 grammes sont issus de mères "intermediate care", selon le modèle proposé.

Une évaluation complémentaire me semble par conséquent utile.

Les initiatives que je compte prendre sont de trois ordres:

1. confier au Collège des médecins, pour la mère et le nouveau-né, en collaboration avec les associations scientifiques et professionnelles, la mission de développer des recommandations en matière d'adressage de patients à risque vers les centres périnataux de référence;
2. améliorer le système d'enregistrement de l'activité MIC par l'introduction d'un indice de lits MIC obligatoire afin de permettre une évaluation de l'activité en MIC. En effet, le résumé clinique minimal ne permet pas actuellement de différencier les séjours MIC des séjours de maternité standard. La création d'un indice MIC permettrait d'évaluer avec plus de précision l'activité MIC et l'efficacité de ces services;
3. en ce qui concerne les incitants financiers, le remboursement des frais de transfert des patients à risque vers le centre périnatal régional est une mesure qui devrait préalablement être budgétée et ne peut être prise qu'en accord avec les structures compétentes. Je compte par ailleurs prendre contact avec les responsables des Communautés et des Régions pour optimiser l'enregistrement des données périnatales au départ des certificats de naissance. Par ce biais, des statistiques épidémiologiques périnatales fiables et à jour pourront être établies au niveau fédéral.

04.04 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, je soulignais, dans mon introduction, l'utilité du Centre fédéral d'expertise dans la guidance de la politique des soins de santé. Manifestement, la ministre ne partage pas cet avis.

Je ne peux l'empêcher d'avoir un regard critique sur une étude qui aurait des biais méthodologiques. Je

m'étonne quand même de sa prudence et des engagements particulièrement flous qu'elle prend à l'égard d'un diagnostic qui n'est pas vraiment réjouissant.

Il conviendra donc de revenir sur ce dossier pour voir les progrès qui auront été réalisés en ce qui concerne l'enregistrement d'un indice MIC. Tant en matière de grossesse à risque que dans d'autres matières de santé, la Belgique doit faire face à un manque d'outils statistiques et épidémiologiques. Une telle étude ne peut donc rester sans réponse.

Quant à ma question relative aux provinces qui seraient moins bien couvertes, je n'ai entendu aucune réponse dans le texte que la ministre vous a demandé de lire. Permettez-moi de m'en étonner. Je fais référence à une autre étude du KCE sur les listes gériatriques dans les hôpitaux où l'on constatait également un déficit pour la province de Namur dont je suis issu.

Je ne pense pas que nous devons, chacun, faire du sous-régionalisme, mais une réponse est indispensable en la matière. S'il existe des raisons objectives pour que des provinces soient moins bien couvertes, il faut pouvoir le dire. En cas de déséquilibre, une réponse doit être apportée. Dans le cas présent, je n'ai ni explication, ni réponse, ni promesse d'action et je le regrette. Mais je n'ai pas la ministre face à moi!

04.05 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, je voudrais remercier la secrétaire d'État, qui s'est fait l'interprète de la ministre de la Santé.

Pour ma part, je voudrais dire que l'étude est, je l'avoue, interpellante. Si je ne peux la juger, je rejoins toutefois la proposition de la ministre de faire procéder à une évaluation complète pour l'ensemble du pays: la Wallonie présente des soucis (provinces de Luxembourg et de Namur notamment).

Je pense que la ministre a raison: il vaut mieux faire procéder à une évaluation avant de prendre les mesures nécessaires.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de openbaarheid van rapporten over nevenwerkingen van geneesmiddelen" (nr. 8820)

05 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la publicité des rapports relatifs aux effets indésirables des médicaments" (n° 8820)

05.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw staatssecretaris, ik heb een vraag over de openbaarheid van rapporten over nevenwerkingen van medicijnen.

De producenten van geneesmiddelen dienen bijwerkingen in geneesmiddelen te vermelden in de zogenaamde Periodic Safety Update Reports. Niet alleen de bijwerkingen worden erin vermeld, de producenten dienen ook de neveneffecten te analyseren.

Daarnaast zijn ze ook verplicht aan te geven welke gevolgen moeten worden verbonden aan het vaker voorkomen van een bijwerking. Wat ons land betreft worden deze rapporten naar het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten gestuurd, het FAGG. Het agentschap werd opgericht in 2006 en heeft onder meer als opdracht te waken over de kwaliteit, de doeltreffendheid en de veiligheid van de geneesmiddelen. Een aantal journalisten heeft enkele weken geleden een poging ondernomen om deze veiligheidsrapporten te kunnen inzien en hiervoor baseerden zij zich op de regels van de openbaarheid van de bestuursdocumenten.

Uit hun onderzoek bleek echter dat het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten nog geen beslissing had genomen over het al dan niet vrijgeven van deze rapporten. Gezien het belang van de inhoud voor de volksgezondheid lijkt het mij toch opportuun ze openbaar te maken. Uiteraard dient men hierbij de patiëntengegevens te anonimiseren.

Ik had dan ook graag een antwoord gekregen op de volgende vragen. Heeft het FAGG ondertussen reeds

een beslissing genomen? Zo ja, blijken er geneesmiddelen te zijn waarvan de nevenwerkingen dermate ernstig zijn dat ze best uit de handel worden genomen? Zo niet, zal de staatssecretaris er bij het FAGG op aandringen om dit wel te doen?

Waarop baseert het federaal agentschap zich om de rapporten tot nu toe niet openbaar te maken?

05.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Le 8 mai 2008, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a reçu une demande de copie d'un rapport de sécurité périodique et du rapport d'évaluation d'un certain nombre de médicaments. Il est fait ici référence à la loi du 11 avril 1994 concernant la publicité de l'administration. Les médicaments en question étaient le Méthylphénidate Concerta Ritalin, l'Atomoxétine Strattera, l'Amitriptyline Redomex et le Rosuvastatine Crestor.

En réponse à cette demande, l'AFMPS a donné en août 2008 les rapports d'évaluation demandés après avoir enlevé les données à caractère privé et les données soumises au secret professionnel.

L'AFMPS a décidé aussi de ne pas encore libérer le PSUR (Periodic Safety Update Report) et de consulter d'abord la Commission d'accès aux documents administratifs, vu les difficultés en matière d'application et d'interprétation de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, et en raison des risques pour la santé publique. En effet, l'interprétation des données du PSUR par des personnes n'ayant pas bénéficié de la formation scientifique adéquate peut porter à confusion. Le plus récent rapport d'évaluation du PSUR portant sur la Rosuvastatine n'a pas encore été libéré non plus. Ce rapport a été rédigé par le collège de contrôle des médicaments aux Pays-Bas, ce pays faisant fonction d'État de référence pour ce médicament dans le cadre d'une procédure d'agrément mutuel.

Comme il y a encore des débats entre le collège et le titulaire de l'agrément sur le contenu de ce rapport, et plus particulièrement sur la communication de données confidentielles, il n'a pas pu, à l'époque, être divulgué. Dans l'intervalle, le collège a transmis le rapport à l'AFMPS. Celle-ci transmettra aussi ce rapport aux demandeurs.

Le risque efficacité-rentabilité du méthylphénidate est analysé au niveau européen dans le cadre d'une procédure fédérale à la demande de la Commission européenne. Cette analyse est toujours en cours. Dès que des nouvelles données seront disponibles, si celles-ci montrent que ce médicament doit être retiré du marché, la licence commerciale sera suspendue en Belgique dans l'attente des conclusions de la procédure européenne en cours.

Il ressort de l'évaluation des autres médicaments par le PSUR que le risque sur l'efficacité a toujours été néant et que, donc, ces médicaments n'ont pas dû être retirés du marché. Pour une série de ces médicaments, il a bien été décidé qu'il fallait changer l'information sur les produits. Tant le titulaire de l'agrément que les autorités peuvent prendre cette décision.

Si l'analyse risques-exploitation d'un médicament dans des conditions d'utilisation normale, est défavorable, et si une modification de la licence commerciale est insuffisante, on peut procéder à une suspension ou à un retrait de la licence commerciale du médicament en question.

L'AFMPS a décidé de ne pas libérer provisoirement le PSUR et de consulter d'abord la Commission d'accès aux documents administratifs, en raison des difficultés d'interprétation et d'application de la loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration. Un courrier a été envoyé fin septembre et l'objectif est d'attendre l'avis de cette Commission sur l'opportunité ou non de communiquer de tels documents avant de prendre une décision.

05.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de staatssecretaris, dank u voor uw antwoord. In het belang van de volksgezondheid is het belangrijk dat het FAGG duidelijk en transparant communiceert over de veiligheidsrapporten. Een van de kerntaken van het agentschap is net het waken over de veiligheid van de geneesmiddelen. Ik verheug mij over het feit dat het rapport waarvan sprake is ondertussen werd bezorgd aan het FAGG. Ik hoop dat het advies van de commissie gunstig zal zijn en dat wij het rapport zullen kunnen inzien.

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

La **présidente**: La question n° 8829 de Mme Van Daele est transformée en question écrite. Mme Avontroodt devant partir dans peu de temps, elle m'a demandé de pouvoir poser ses questions immédiatement. Chers collègues, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je lui donnerai donc la parole dans un instant.

Chères collègues, madame Avontroodt, je rappelle que Mme la ministre de la Santé ne peut pas être présente parmi nous aujourd'hui car elle se trouve actuellement en réunion avec ses collègues européens. Si certains membres préfèrent reporter leur question en raison de son absence, c'est tout à fait leur droit.

06 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bijzondere beroepsbekwaamheid in de oncologie" (nr. 9211)**

06 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la qualification professionnelle particulière en oncologie" (n° 9211)**

06.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, collega's, ik beperk mij louter tot mijn vragen.

De eerste vraag heeft te maken met de uitvoering van het ministerieel besluit van 27 september, waarin de criteria worden vastgelegd voor de erkenning van de bijzondere beroepstitel "medische oncologie" in de bijzondere beroepsbekwaamheid oncologie.

In artikel 8 worden de dertien specialismen opgesomd die voor voormelde bijzondere beroepsbekwaamheid in aanmerking komen. Overeenkomstig artikel 10, §4, moeten kandidaten voor deze bijzondere beroepsbekwaamheid aan bijkomende specifieke voorwaarden voldoen, zoals vastgesteld door de minister na advies van de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen.

Voor talrijke specialismen werden inmiddels deze bijkomende voorwaarden besproken en voorgesteld. Voor geen enkel specialisme werden ze echter goedgekeurd. Dat betekent dat in de praktijk voor geen enkele arts de bijzondere beroepsbekwaamheid zal worden erkend. De erkenning van de bijzondere beroepstitel "medische oncologie" werd inmiddels wel gerealiseerd.

Het project van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen 2008/79 bepaalt dat de medisch oncoloog een hoger honorarium krijgt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult. Hij krijgt een coördinatiehonorarium voor patiënten die in het oncologisch dagziekenhuis verblijven, wanneer de medische oncoloog ook coördinator van het oncologisch zorgprogramma is.

Daardoor komen een goede multidisciplinaire zorg en de gelijkwaardigheid van vooral geneesheren-specialisten in het gedrang.

Ten eerste, om welke redenen werden de bijzondere erkenningvoorwaarden voor de bijzondere beroepsbekwaamheid niet goedgekeurd?

Ten tweede, welke procedure zal nu worden gevolgd om de bijzondere erkenningsvoorwaarden vooralsnog vast te leggen? Welke termijn wordt in dat verband voor ogen gehouden?

Ten derde, zal het project 2008/79 worden aangepast, zodat in het belang van een goede multidisciplinaire zorg, de gelijkwaardigheid van de artsen die aan voornoemde zorg deelnemen, bewaard blijft?

06.02 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Madame la députée, les critères de reconnaissance de la compétence particulière en oncologie sont actuellement examinés par le conseil supérieur, à la suite de la demande d'avis formulée le 2 décembre 2007 par mon prédécesseur.

Le conseil supérieur a requis l'avis des treize commissions d'agrément concernées. À ce stade, il a reçu douze avis sur les treize demandés. Cinq d'entre eux ont d'ores et déjà été traduits en projets d'arrêtés ministériels, mais le conseil a souhaité rendre un avis unique sur l'ensemble des projets afin de garantir l'homogénéité des différents critères qui seront finalement retenus.

Dès que l'avis aura été rendu, je ferai bien entendu le nécessaire pour l'adoption des arrêtés ministériels dans les meilleurs délais, tant je suis consciente des attentes des acteurs de terrain.

D'après mes informations, les douze projets pourraient être à disposition du groupe de travail spécialiste

dans le courant du mois de février 2009. Lorsqu'il aura finalisé son examen, les conclusions devront être approuvées en séance plénière, la prochaine étant prévue le 5 mars.

S'agissant des honoraires des oncologues médicaux, dans le cadre de l'accord Médicomut 2008, des mesures ont été proposées avec l'apport des représentants des organisations professionnelles par le conseil médical technique et ensuite approuvées par la commission nationale des médecins de mutuelle avec l'objectif précis de valoriser le titre professionnel particulier en oncologie médicale. Cette valorisation était et est importante tant pour les patients que pour les prestataires de soins concernés. Ceux qui ont acquis le titre professionnel particulier en oncologie médicale ont dû renoncer en même temps à leur agrément précédent comme médecin spécialiste en médecine générale interne. De ce fait, ils n'ont plus accès à toute une série de prestations de la nomenclature.

La valorisation se fait par l'introduction d'une prestation spécifique pour la consultation de médecins spécialistes en oncologie médicale, par des honoraires supplémentaires de la participation ou à la coordination de la consultation multidisciplinaire oncologique et par l'octroi d'honoraires de coordination limités à l'oncologie médicale pour le séjour de patients à l'hôpital dans le cadre de la prise en charge de la tâche de coordinateur d'un programme de soins oncologiques. Une adaptation de cette dernière proposition entraînerait un retard substantiel dans l'exécution de la valorisation des oncologues médicaux. Je n'y suis cependant pas opposée si les représentants des médecins et des mutuelles la jugent pertinente.

06.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ik wil er alleen nog aan toevoegen dat er tijdens de vorige legislatuur hierover een rondetafeloverleg werd georganiseerd op het kabinet van minister Demotte. Daar werden toen afspraken gemaakt, waarvan wij verwachten dat zij worden uitgevoerd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccinatie tegen hepatitis B" (nr. 9264)

07 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre l'hépatite B" (n° 9264)

07.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijn vraag gaat over de terugbetaling voor het vaccin tegen hepatitis B voor patiënten met HIV. Enkele jaren geleden is die vraag eveneens gesteld en wellicht ook andere vragen voor die mogelijke terugbetaling van vaccinatie tegen hepatitis B.

In zijn antwoord verwees de minister naar het vaccinatiebeleid en stelde hij dat zijn beleid en dat van zijn voorgangers er steeds op gericht was dat risicopatiënten best gevaccineerd werden. Ik bespaar u de nummers van de schriftelijke vragen. Ik zal ze de diensten bezorgen.

In 1992 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie eveneens aan alle landen een advies gegeven om die universele vaccinatie tegen hepatitis B in te voeren. De meeste landen doen dat ook. In Nederland, waar net zoals in ons land hepatitis B weinig voorkomt, stelt men dat algemene vaccinatie weinig zinvol is en beperkt men zich tot vaccinatie van de risicogroepen, waaronder personen met een verhoogd seksueel risicogedrag.

Vandaar mevrouw de minister mijn vragen. Welke stappen zult u ondernemen om die terugbetaling van vaccinatie tegen hepatitis B voor mensen die lijden aan HIV op te nemen, en kunt u hierover overleg plegen op de interministeriële conferentie?

07.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame Avontroodt, je vous communique la réponse de la ministre.

"Je suis bien d'accord de demander à la Commission de remboursement des médicaments, le CRM, d'examiner la possibilité d'étendre l'accès au remboursement du vaccin contre l'hépatite B aux patients porteurs du virus HIV. Il s'agira dans ce cas d'une adaptation des modalités actuelles du chapitre IV, par exemple accord préalable du médecin conseil de l'organisme assureur ou réserver la possibilité de cette vaccination au seul Centre de référence sida.

J'enverrai un courrier en ce sens à la présidente du CRM. Si la CRM accepte de modifier les modalités actuelles, un passage en commission interministérielle n'est pas nécessaire.

Je tiens également à ajouter que la conférence interministérielle a déjà donné son accord pour l'inclusion de la vaccination contre l'hépatite B dans le calendrier vaccinal."

07.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Dank u wel.

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

08 Questions jointes de

- Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accessibilité du traitement trithérapique pour les victimes de viol" (n° 8728)
- M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du traitement prophylactique contre le virus du sida" (n° 8916)
- Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test de dépistage VIH pour les femmes enceintes" (n° 8984)
- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la contraction du virus VIH chez les nourrissons" (n° 9003)

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Zoé Genot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang tot trithérapie voor slachtoffers van verkrachting" (nr. 8728)
- de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de profylactische behandeling tegen het aidsvirus" (nr. 8916)
- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een HIV-test bij zwangere vrouwen" (nr. 8984)
- mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het HIV-virus bij zuigelingen" (nr. 9003)

08.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Depuis 2005, nous avons interpellé plusieurs fois M. Demotte pour essayer de le sensibiliser à cet outil très utile qu'est la trithérapie préventive, particulièrement dans des cas tels que des viols, comme il est pratiqué dans de nombreux pays. Chaque jour, sept femmes sont violées en Belgique et ce n'est que très exceptionnellement qu'on leur propose un traitement de trithérapie préventive. Pourtant, cela permet, si pas de faire disparaître le risque, au moins de le diminuer de manière importante.

M. Demotte, quand je l'avais interrogé la dernière fois à ce propos, avait répondu que l'efficacité scientifique n'étant pas garantie, les mesures d'urgence n'étaient pas encore remboursées par l'assurance maladie invalidité. Cependant, il confirmait la disponibilité des molécules au prix indiqué dans les pharmacies.

Il faut savoir que ce traitement coûtait jusqu'à 1.000 euros. Quand on vient de subir un viol, devoir déboursier 1.000 euros pour se protéger du sida paraît difficilement acceptable. D'autant plus que l'efficacité scientifique était acceptée pour le personnel médical. Quand un membre du personnel médical se blessait ou avait été mis en contact avec l'infection, le traitement préventif était d'application. Cela nous paraissait étonnant que ce traitement ne soit pas plus accessible pour les victimes de viol et, plus largement, dans le cadre d'une exposition au risque de sida.

Nous souhaitons attirer votre attention sur la possibilité, après avis médical, d'autoriser l'accès gratuit à ce traitement pour les victimes de viol. J'ai déposé cette question le 21 novembre, et j'ai remarqué que la ministre avait profité de la Journée mondiale de lutte contre le sida pour annoncer la bonne nouvelle. Je suis vraiment contente que la ministre ne suive pas l'exemple de M. Demotte, qui était un peu frileux en la matière.

J'espère pouvoir rapidement avancer dans ce dossier. Il est aussi très important qu'une information soit donnée aux personnes en contact avec les victimes de viol: la police, les médecins de première ligne. Peu sont au courant de l'existence de ce traitement. Outre l'accès financier, il faut aussi qu'une bonne information soit dispensée à ces victimes.

08.02 Xavier Baeselen (MR): Madame la secrétaire d'État, je ne vais pas revenir sur les différents éléments évoqués par Mme Genot et que je partage. Dans sa réponse, la ministre a effectivement annoncé

ce remboursement. Mes questions porteront dès lors plus spécifiquement sur les conditions de ce remboursement.

Mon groupe se réjouit que l'on puisse effectivement rembourser les personnes qui ont été exposées à un risque, que ce soit à l'occasion d'un viol ou d'un rapport sexuel consenti avec un partenaire inconnu à la suite d'un accident, par exemple. Pour être concret, en cas de problème de préservatif ou autres.

Le fait qu'elles puissent être prises en charge et utiliser ce traitement prophylactique, dont les chances de réussite diminuent la prise de risque de près de 80% d'après les différentes études, est positif, d'autant plus que le coût avoisine toujours aujourd'hui les 1.000 euros.

Madame la secrétaire d'État, quelles sont les conditions exactes du remboursement? Il me semble aussi important que la prescription de ce traitement soit accompagnée d'une bonne information. Il ne s'agit pas de laisser passer le message au sein de la population qu'il s'agit d'une simple pilule du lendemain. En effet, le traitement et le suivi sont lourds de même que les effets secondaires, bien qu'ils soient diminués aujourd'hui.

Ce médicament sera-t-il remboursé de manière générale sur prescription du simple médecin généraliste par exemple ou – ce qui me semblerait bien plus judicieux – uniquement à travers les centres de référence spécialisés dans ce type de pathologie ainsi que dans la prévention? Il y en a dans différentes villes, notamment à l'unité d'immunologie de l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles.

08.03 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, je voudrais également formuler une question sur la problématique du sida et, plus particulièrement, concernant les nourrissons.

Je reviens sur le rapport récemment publié par l'UNICEF, l'OMS, l'Onusida et l'UNFPA qui fait état du nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le virus du sida. Rien que dans le courant de l'année 2007, 370.000 enfants dans le monde ont été nouvellement infectés. Le rapport mentionne également qu'un très grand nombre de femmes enceintes ne sont pas conscientes de la problématique et de leur maladie et donnent donc naissance à des nourrissons séropositifs.

Toutefois, madame la secrétaire d'État, certains progrès sont constatés, mais les victimes sont encore très nombreuses.

En 2007, moins de 10% des nourrissons nés de mère séropositive ont été testés pour le VIH avant l'âge de deux mois. Lorsque l'on sait que le taux de survie augmente de 75% pour les nouveau-nés séropositifs, si on établit le diagnostic immédiatement et que l'on commence le traitement avant douze semaines, il me paraît opportun d'insister sur l'importance d'un dépistage précoce.

Bien sûr, madame la secrétaire d'État, ces chiffres relèvent de l'échelle mondiale, fort heureusement, mais aussi malheureusement. La situation en Belgique n'est pas aussi dramatique que dans les pays les plus touchés par cette maladie. Mais un fait m'interpelle néanmoins. Ainsi, actuellement, dans notre pays, un dépistage est systématiquement proposé aux femmes enceintes. S'il se révèle positif, la femme fera l'objet d'un traitement particulier tout au long de sa grossesse et le nourrisson sera directement pris en charge. La grande majorité des femmes acceptent ce dépistage, mais il arrive que certaines d'entre elles le refusent.

J'aurais donc voulu avoir le sentiment de Mme la ministre de la Santé par rapport à cette problématique qui touche notre pays. Une étude sur la situation a-t-elle été réalisée? Possède-t-on des chiffres permettant de nous rendre compte de la situation? Pense-t-elle pouvoir proposer des mesures pour faire face à ce problème puisque l'on sait qu'aucune campagne de prévention n'est faite au niveau des Communautés en ce qui concerne la problématique des nourrissons?

08.04 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, comme vous l'avez dit, à partir du 1^{er} janvier 2009, les victimes de viol pourront recevoir un traitement trithérapeutique qui diminue le risque de contagion HIV.

D'ici peu, un arrêté royal sera publié. Il permettra d'organiser ce traitement par le biais d'une convention avec les différents centres de référence sida.

En ce qui concerne le remboursement du traitement prophylactique, les patients bénéficiaires doivent

répondre aux critères suivants: l'exposition est dûment enregistrée dans le dossier médical, l'indication du traitement prophylactique par antirétroviraux pour la ou le bénéficiaire devra être justifiée par le médecin prescripteur du centre de référence sur base du consensus des experts belges dans leurs recommandations.

Une prise en charge des frais en vertu de l'exécution du contrat de travail avec prise en charge des accidents par l'assurance accidents de travail ou le Fonds des maladies professionnelles ne peut être obtenue.

Par patient bénéficiaire, il faut entendre tout patient, même en dehors du cadre de l'assurance obligatoire. Voici quelques exemples de personnes qui pourraient en bénéficier: la victime d'un viol qui ignore si son agresseur est séropositif; un couple qui a des rapports réguliers et protégés parce qu'un des partenaires est séropositif et dont le préservatif explose; une personne victime d'une agression avec une seringue.

Une somme de 155.000 euros a été budgétisée à l'INAMI pour cet objectif. En fait, cette mesure finance une pratique partiellement existante mais avec des médicaments compassionnels. Les besoins budgétaires ont été calculés et basés sur cette expérience.

En ce qui concerne le dépistage, un dépistage VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes dans notre pays depuis de nombreuses années. Le dépistage VIH fait intégralement partie des recommandations relatives aux soins prénataux.

Ces recommandations peuvent être consultées dans les documents du KCE, des recommandations nationales relatives aux soins prénataux, de la "Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie" et le "guideline" des laboratoires de référence sida de Belgique.

Le rapport du KCE publié en 2004 présente les résultats d'une étude réalisée en 2002. Le KCE constatait que 35% des femmes enceintes ne sont pas dépistées. La situation a beaucoup évolué depuis 2002 et actuellement, selon l'avis des services interrogés dans les hôpitaux et à l'ONE, le test de dépistage est systématiquement proposé et n'est qu'exceptionnellement refusé. Une nouvelle étude devrait cependant permettre de chiffrer l'évolution de la pratique.

08.05 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la secrétaire d'État, le fait d'avancer dans l'accès aux trithérapies préventives est une bonne nouvelle.

J'ai encore quelques inquiétudes, notamment par rapport au fait que cela doit être nécessairement fait dans un centre de référence. Il y a là une difficulté pour les Luxembourgeois, qui ne possèdent pas de centre de référence. Or, le traitement doit être administré dans les quarante-huit heures. Il faudrait peut-être vérifier s'il n'y a pas une possibilité d'avoir accès au traitement rapidement dans les zones qui n'ont pas de centre de référence à proximité. Il est important d'avoir une proximité géographique car on sait que plus vite est pris le traitement, plus grande est son efficacité.

Je pense aussi que les couples irréguliers dont l'un des partenaires a prévenu l'autre de sa séropositivité devraient également pouvoir bénéficier, en cas d'accident, du traitement aux conditions préférentielles.

Je suis quelque peu inquiète lorsque vous dites que le budget est calculé sur la base des traitements compassionnels. À l'heure actuelle, peu de victimes de viols bénéficient de ce traitement dans les centres de référence.

Si on mène une campagne convenable vis-à-vis des acteurs de première ligne, ce qui me semble important pour que les femmes et les personnes qui sont dans des situations à risque soient réellement informées, le budget sera rapidement insuffisant.

08.06 Xavier Baeselen (MR): Madame la présidente, je partage les craintes de Mme Genot sur le volet budgétaire.

Hormis la problématique luxembourgeoise qu'il faut sans doute résoudre, il est important de passer par des centres de référence pour le suivi des personnes. J'ose espérer que les cas en question ont été cités à titre d'exemples et que la fidélité n'est pas nécessairement une condition sine qua non de remboursement du

médicament. Au-delà du jugement moral que l'on peut porter sur la fidélité, il y a les faits. Si un partenaire qui a eu une relation en dehors du couple a été exposé à un risque et qu'il souhaite éviter que son partenaire ne soit, à son tour, exposé à ce risque, il me semblerait de bon ton de prévoir le remboursement du traitement prophylactique, mais je suis sûr qu'il ne s'agissait que d'exemples.

08.07 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, comme vient de le suggérer la ministre, il me semble intéressant de mener une nouvelle étude. Il faudrait également une meilleure collaboration avec les communautés lors des campagnes de prévention organisées à l'attention des femmes enceintes. Il faudrait mener des campagnes ciblées pour les femmes enceintes comme on le fait pour les jeunes. Il serait très intéressant d'avoir une meilleure collaboration afin de mener des campagnes de prévention.

La **présidente**: Il conviendra sans doute d'examiner avec la ministre la manière dont elle compte faire parvenir des réponses complémentaires éventuelles aux questions que vous avez posées.

08.08 Xavier Baeselen (MR): On connaît la date? Ce serait à partir de...?

08.09 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Le 1^{er} janvier 2009.

De toute façon, j'ai pris note des questions qui ont été posées et les soumettrai à la ministre.

La **présidente**: D'accord et, d'ici quelques mois, vous pourrez réinterroger la ministre sur ces différents éléments.

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

09 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tussen 1957 en 1959 in Congo toegediende poliovaccin" (nr. 8985)

09 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le vaccin antipolio qui a été administré au Congo entre 1957 et 1959" (n° 8985)

09.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de staatssecretaris, ik heb een vraag in verband met HIV-virus.

Een paar weken geleden, op 1 december, was er ter gelegenheid van de wereldaidsdag - waarschijnlijk de reden waarom er zoveel vragen zijn rond dat onderwerp - op Canvas, een Nederlandstalige TV-zender, een interessante en aangrijpende reportage over het mogelijke verband tussen het ontstaan van aids in Centraal-Afrika en het daar toegediende poliovaccin.

Het poliovaccin dat tussen 1957 en 1959 in het toenmalig Belgisch Congo onder dwang werd toegediend aan 1 miljoen mensen, zou volgens de reportage aan de basis kunnen liggen van de wereldwijde aidspandemie. Het vaccin zou ter plaatse, meer bepaald in het Belgisch laboratorium nabij Stanleyville, geproduceerd zijn op levend chimpanseeweefsel of chimpanseenieren. Die nieren liepen daar niet zomaar rond, maar werden verwijderd uit levende chimpansees. Op dat ogenblik waren er al apen besmet met het SIV - Simian Immunodeficiency Virus - dat wellicht de voorloper is van het HIV-virus.

Het was geen reportage om trots op te zijn, niet alleen wegens de gruwelijke taferelen die te zien waren, maar ook omdat men blijkbaar alles in het werk stelt om de waarheid niet aan het licht te laten komen. Dit heeft onder andere als gevolg dat er tot op vandaag zonder schroom van soortgelijke praktijken gebruik wordt gemaakt. Tot op vandaag wordt nog altijd gebruikgemaakt van apennieren voor de productie van het poliovaccin, terwijl het al sinds 1960 mogelijk is om een synthetisch poliovaccin te maken uit recombinante eiwitten.

Ik heb de volgende vragen. Kunt u de aantijgingen aan het adres van dokter Courtois, het toenmalig hoofd van het Belgisch laboratorium in Congo en dokter Osterrieth, de microbioloog, ontkennen? Indien niet, bent u bereid een onderzoek te laten instellen naar de activiteiten van het laboratorium in het Camp Lindi tussen 1957 en 1959?

Op welke manier wordt het bij ons tegenwoordig toegediende poliovaccin geproduceerd?

Ten slotte, kunnen wij niets ondernemen om het gebruik van apennieren of ander levend materiaal te verbieden wanneer er goede alternatieven voorhanden zijn?

09.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Je vous transmets la réponse de la ministre. Des différentes thèses sur l'existence du sida, celle du livre d'Edward Hopper qui se réfère au laboratoire de l'Indy est celle qui a été la plus médiatisée. C'est aussi sur cette thèse que se base le reportage. Cette thèse a pourtant été rejetée officiellement au printemps 2001 à la suite des publications dans les revues scientifiques "Science" et "Nature". Il ne me paraît donc pas utile de faire faire une étude sur les activités du laboratoire de l'Indy.

On sait en effet qu'une recherche y a été faite sur des vaccins à partir de singes. Le lien avec l'existence du sida a été rejeté par les scientifiques. Il me semble plus utile d'investir des moyens dans la recherche pour une meilleure prévention. Le vaccin de la polio qui est utilisé dans la plupart des pays y compris en Belgique est le IPV.

Presque tous ces vaccins et certainement tous les vaccins polio sont produits dans des banques cellulaires. Les banques cellulaires ont des stocks importants de cellules qui ont été minutieusement contrôlées et standardisées entre autres sur tous les virus possibles connus et inconnus. En outre, le processus d'inactivation peut détruire d'éventuelles contaminations qui pourraient apparaître même si un tel risque de contamination ne peut être considéré que sur le plan théorique.

Le vaccin de la polio qui est le plus utilisé depuis quelques années est l'OPV. La particule active de ce vaccin est atténuée de manière vivante. Il est aussi appelé le virus Sabin. Ces vaccins sont produits depuis pas mal d'années dans les banques cellulaires décrites ci-dessous avec les mêmes mesures de sécurité. L'OPV est encore utilisé dans le programme d'éradication de la polio par l'OMS.

Autrefois, la production du vaccin de la polio se faisait aussi à partir de cellules de reins de singe. Ce n'est plus le cas depuis longtemps et la demande d'une interdiction n'a plus lieu d'être.

09.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de staatssecretaris, ik dank u voor het antwoord van de minister dat u voorleest.

Ik ben er niet helemaal tevreden mee. De minister ontwijkt mijn vraag naar een onderzoek naar de praktijken die daar daadwerkelijk werden uitgevoerd. Er zou een tegenreactie geweest zijn, men zou dat ontkennen, maar men is er toch niet helemaal zeker van. Ik had daarover toch graag wat meer duidelijkheid.

U zei dat er voor ons poliovaccin geen gebruik meer wordt gemaakt van levend materiaal.

Ik had toch ook graag gehad dat men stappen zou ondernemen om dat overal te verbieden, als men weet dat er andere mogelijkheden zijn. Ik zal dit dossier nog eens bekijken en eventueel opvolgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'asbl AAPS" (n° 9004)

10 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vzw VTHP" (nr. 9004)

10.01 Josée Lejeune (MR): Madame la secrétaire d'État, les questions liées au virus du sida, notamment à l'évolution du nombre de personnes contaminées dans notre pays, reviennent régulièrement au sein de notre commission.

En 2007, nous avons assisté à une hausse de 4,3% par rapport à 2006. Toutefois, nous avons vraiment l'impression qu'au quotidien, il est de moins en moins question de ce terrible fléau. On en arrive à une banalisation de la maladie. De plus, la stigmatisation de cette affection et le tabou qui l'entoure en font une réalité tragique.

En séance plénière du jeudi 27 novembre, cette problématique a été longuement abordée, notamment à la suite d'une enquête inquiétante sur les comportements des jeunes face au sida. Pour ma part, je m'interroge sur la problématique des subsides, notamment sur la situation de l'ASBL AAPS (Association pour l'octroi d'une allocation aux personnes contaminées par le virus du sida à la suite d'une transfusion sanguine ou d'administration de produits sanguins ayant eu lieu en Belgique du 1^{er} août 1985 au 30 juin 1986).

Pour rappel, ladite ASBL a été créée en 2001 sous l'impulsion du ministère de la Protection de la Consommation afin d'indemniser les personnes contaminées par le VIH dans les circonstances que je viens de développer. En 2005, l'ASBL a examiné 44 dossiers au total, dont 6 ont été refusés et 35 ont abouti au paiement d'une allocation.

Or, il s'avère que, selon les informations reçues à l'époque de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie, environ 80 patients auraient été contaminés à la suite d'une transfusion entre le 1^{er} août 1985 et le 30 juin 1986.

À ce jour, lorsqu'on essaye de prendre contact avec la fameuse ASBL, on n'obtient plus de réponse. C'est la raison pour laquelle je souhaitais interroger la ministre de la Santé. J'aurais voulu quelques renseignements. Où en est précisément la situation actuelle de l'ASBL? Combien de dossiers ont-ils été traités entre 2006 et 2008? Quels ont été les budgets alloués jusqu'à présent? Y a-t-il encore des dossiers non traités en attente d'une indemnisation? Quelle démarche effectuer si on est dans le cas? Où s'adresser précisément? Y a-t-il une volonté de la part du département de la ministre de la Santé de poursuivre les missions de l'ASBL, de les protéger, voire de les prolonger?

10.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la députée, comme vous le rappelez, en 2001 l'ASBL AAPS a été créée pour une durée qui ne dépasse pas la réalisation de son objectif social. Cet objectif social concerne notamment l'octroi d'une allocation aux personnes qui ont été contaminées par le virus du sida à la suite d'une transfusion sanguine entre le 1^{er} août 1985 et le 30 juin 1986.

Aujourd'hui, l'ASBL est toujours active. La dernière réunion du conseil d'administration et de l'assemblée générale ont eu lieu le 8 octobre 2008.

Lors de ces réunions, une modification des statuts a été approuvée et publiée au Moniteur belge du 28 novembre 2008.

Aujourd'hui, un dossier est encore en cours. Il sera tout à fait terminé lors de la prochaine réunion du CA de l'ASBL. Après le traitement, il sera procédé à la dissolution de cette ASBL.

Depuis sa création, 45 demandes d'allocations ont été introduites, 37 ont été acceptées, 7 ont été refusées et 1 est toujours en cours. Depuis 2006, 3 dossiers ont été traités. Le montant des allocations déjà octroyées est de 3,5 milliards d'euros. Ce montant sera encore augmenté si le dernier dossier connaît une issue favorable. Et il reste toujours 1 dossier à la clôture.

Les personnes qui souhaitent recevoir une allocation doivent introduire une demande à l'ASBL. Cette demande doit être remplie via un formulaire disponible au secrétariat du conseil d'administration de l'ASBL. Le secrétariat de l'ASBL peut être contacté à l'adresse suivante: SPF Santé publique – Direction générale Soins de santé de base et de gestion de crise.

10.03 Josée Lejeune (MR): Madame la secrétaire d'État, comme vous avez répondu à toutes mes questions, je n'ai rien à ajouter, sauf que je vous remercie.

10.04 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la présidente, il paraît que j'ai commis un lapsus en parlant de 3 milliards alors qu'il s'agit de 3 millions d'euros.

La **présidente**: Dommage. Nous espérons pourtant pouvoir utiliser le rapport.

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

La question n° 9023 de Mme Van Daele, inscrite au point 15 de l'agenda, est transformée en question écrite.

11 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het levenseinde" (nr. 9040)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geringe aantal plaatsen in de palliatieve zorg in België" (nr. 9083)

11 **Questions jointes de**

- Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fin de vie" (n° 9040)

- M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le faible nombre de places en soins palliatifs en Belgique" (n° 9083)

11.01 **Maya Detiège** (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de voorzitter, de technologische vooruitgang heeft het mogelijk gemaakt om het leven van terminaal zieke patiënten te verlengen. Discussies over de zin van de verlenging van het leven worden dan ook pertinenter. De zorg in de laatste dagen, weken en maanden voor het overlijden is vaak niet optimaal. Er is zeker nog veel ruimte voor verbetering van de kwaliteit van het leven van terminaal zieken.

Om de kwaliteit van het levenseinde te verbeteren is informatie cruciaal. Men ziet inderdaad een toenemende vraag naar informatie, niet alleen bij de patiënten, maar ook bij de personeelsleden in de zorg zelf. Ik denk bijvoorbeeld aan informatie over wetgeving in procedures, comfortzorg, supportieve zorg en ethische houding in beleid binnen de instellingen.

Ook onderzoek is absoluut noodzakelijk. Momenteel loopt hierover een vier jaar durend onderzoeksproject. Dat is een onderzoeksproject van zeven academische onderzoeksgroepen, namelijk de MELC-studie of the Monitoring quality of End-of-life Care. Het onderzoek wordt ondersteund door het Instituut voor de Aanmoediging van Innovatie door Wetenschap en Technologie in Vlaanderen, het IWT.

Daarom heb ik de volgende vragen. Welke initiatieven zijn er reeds genomen om meer informatie te verstrekken over de kwaliteit van het levenseinde, zowel ten aanzien van de hele bevolking als ten aanzien van het personeel in de zorg? Acht u deze genomen initiatieven voldoende of worden er op korte termijn nog extra initiatieven gepland? Het onderzoek van de zeven academische onderzoeksgroepen is zeer belangrijk en interessant. Wordt het project ondersteund? Zo ja, op welke manier?

11.02 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame le secrétaire d'État, en France comme au Luxembourg, l'actualité a remis sur le devant de la scène la question de l'euthanasie. Notre pays a été montré en exemple pour avoir adopté de manière efficace une loi en la matière. Il suffit de voir à quel point la France est encore super-ringarde de ce point de vue. Il n'en reste pas moins que cette loi est appliquée de manière plus ou moins fréquente selon l'endroit du pays où l'on se trouve. À quoi est due cette différence dans la mise en application? Est-ce lié à un manque d'information auprès des praticiens? Est-ce dû à une offre plus ou moins importante en soins palliatifs? En effet, il apparaît que là où sont possibles des soins palliatifs en qualité et nombre suffisants, le nombre de patients qui demandent qu'on mette un terme à leurs douleurs se réduit considérablement, seuls restant concernés alors des malades à un stade d'incurabilité totale.

Madame le ministre, la Belgique semble grandement sous-équipée. Votre déclaration de politique générale ou du moins celle de Mme Onkelinx ne nous donne aucune information en la matière. Quelle politique la ministre compte-t-elle mettre en œuvre pour que cette offre augmente et atteigne rapidement un niveau satisfaisant afin de répondre à la souffrance de nos malades les plus atteints dans leur chair?

11.03 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Madame la députée, monsieur le député, l'État fédéral finance déjà depuis longtemps des associations qui travaillent dans les soins palliatifs. La Belgique compte 25 associations couvrant l'ensemble du territoire. Dans leur Région, les associations veillent à informer et à sensibiliser la population et les prestataires de soins aux soins palliatifs. Ces associations jouent ainsi un rôle important dans la diffusion de la culture des soins palliatifs.

Dans la loi relative aux droits du patient, il n'y a pas de disposition particulière ciblée sur la qualité des soins en fin de vie. Cependant, les droits généraux du patient repris dans la loi peuvent être en cause en situation de fin de vie: droit à la qualité des soins dans le respect de la dignité, droit à l'information sur l'état de santé, droit au consentement libre et éclairé à une intervention médicale, droit de refuser des soins.

La loi relative aux droits du patient a fait l'objet récemment d'une campagne de promotion menée par le SPF Santé publique, lancée en juin 2007. Par ailleurs, je suis disposée à examiner toute initiative qui permettrait d'améliorer de manière substantielle la qualité de l'information, tant à l'égard des patients qu'à l'égard des prestataires de soins.

L'enquête sur la qualité de fin de vie est en effet importante et mérite une attention particulière. Mon administration est au courant du projet MELC et suit de près les résultats de l'étude. Il faut rappeler cependant que l'étude SENTI-MELC a été réalisée grâce à la pratique des sondages auprès des médecins généralistes de l'Institut scientifique de la santé publique. Selon le troisième rapport de la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, il apparaît qu'en 2007, 495 documents d'enregistrement ont été reçus par la commission dont 83%, à savoir 412, étaient des déclarations rédigées en néerlandais et 17%, soit 83, en français.

Le rapport ne fournit aucune précision sur la Région où l'euthanasie a été pratiquée.

La commission relève que cette nette différence est plus importante que la différence du nombre d'habitants des Régions flamande et wallonne, sans tenir compte de la Région de Bruxelles-Capitale.

En ce qui concerne l'explication de cette disproportion, la commission renvoie à son premier rapport dans lequel elle indique notamment ne pas disposer d'éléments permettant de faire la part respective des différentes raisons pouvant être invoquées pour expliquer cette disproportion: différences dans l'information du public ou des médecins, attitudes socioculturelles différentes, différences dans les pratiques médicales de fin de vie, différences dans les attitudes face à l'obligation de la déclaration.

Le fait qu'une offre différente en matière de soins palliatifs soit à l'origine de cette disproportion n'est donc pas objectivé. On ne peut en tout cas pas affirmer, à l'heure actuelle, qu'en Belgique l'offre est insuffisante sur le plan des soins palliatifs. J'attire notamment votre attention sur le fait que, dans le cadre du Plan cancer, deux actions spécifiques sont prévues pour les soins palliatifs: la revalorisation de l'indexation du forfait des soins palliatifs à domicile de 15%, le doublement du financement pour les équipes multidisciplinaires de soins palliatifs pédiatriques assurant la liaison entre le domicile et l'hôpital (600.000 euros en 2009 contre 300.000 euros en 2008) et un meilleur financement des centres de soins palliatifs de jour à concurrence de 560.000 euros.

Cette disposition s'ajoute à d'autres plus récentes, comme une augmentation substantielle du budget pour la fonction palliative dans les hôpitaux depuis le 1^{er} juillet 2007 et dans les maisons de repos et de soins depuis le 1^{er} juillet 2008. Enfin, je rappelle qu'une étude est actuellement en cours au Centre fédéral d'expertise des soins de santé en ce qui concerne l'offre des soins palliatifs en Belgique. Les résultats de cette étude sont attendus pour avril 2009 et nous permettront de tenir des propos fondés en matière d'accessibilité aux soins palliatifs en Belgique.

11.04 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Bedankt voor het uitgebreide antwoord. Ik denk dat de studie van het Kenniscentrum inderdaad heel veel informatie zal losweken, met daarna dan ook een debat in het Parlement.

11.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je partage l'opinion de Maya Detiège et j'attends donc aussi avec impatience ce rapport. Je pense aussi que les différences culturelles récentes entre la Flandre et la Wallonie doivent en partie l'expliquer. N'oublions pas que les Pays-Bas étaient en avance dans ce domaine. Paradoxalement, je pense que les offres en matière de soins palliatifs doivent être très importantes en Flandre aussi, de par la tradition des hôpitaux chrétiens dans cette Région. Je serai en tout cas très intéressé par les résultats de cette étude.

La **présidente**: Dans les travaux programmés pour le premier trimestre 2009, nous avons prévu, vers le 10 février, de consacrer une demi-journée au rapport de la cellule d'évaluation des soins palliatifs, qui est disponible. Le rapport du KCE sera, lui, disponible au mois d'avril.

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

12 Question de M. Christian Brotcorne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cas inquiétants de tuberculose parmi le corps de sécurité du palais de Justice de Bruxelles-capitale" (n° 8611)

12 Vraag van de heer Christian Brotcorne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verontrustende tuberculosegevallen bij het veiligheidskorps van het Justitiepaleis van Brussel-hoofdstad" (nr. 8611)

12.01 **Christian Brotcorne** (cdH): Madame la présidente, j'ai posé la même question au ministre de la Justice qui aurait dû me répondre il y a une dizaine de jours. Il a répondu à des questions sur Lantin, n'ayant pas remarqué ma troisième question qui portait sur un cas un peu différent.

À Lantin, on a démontré que les gardiens avaient présenté des virages à l'occasion des tests de la tuberculose. On a remarqué que la même situation s'est produite parmi les membres du corps de sécurité du palais de justice de Bruxelles. Le ministre m'a promis une réponse à ce sujet mais je ne l'ai toujours pas reçue. Plusieurs agents du corps de sécurité du palais de justice de Bruxelles ont été déclarés positifs au test de dépistage de la tuberculose et au moins un des agents a développé la maladie.

Y a-t-il un lien entre les transferts et l'accompagnement des détenus par des agents de sécurité bruxellois de Lantin vers les tribunaux de Bruxelles? C'est peut-être une hypothèse. Je souhaite savoir si ces informations sont confirmées. Je souhaite connaître le nombre de personnes infectées ou qui ont développé la maladie parmi ce corps de sécurité. Y a-t-il un lien entre le foyer de contagion à la prison de Lantin et ces membres du corps de sécurité? Je souhaite connaître également les mesures prévues pour faire face aux épidémies et le suivi dont le personnel atteint pourra bénéficier.

12.02 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Monsieur le député, je vais vous transmettre la réponse de la ministre. Je m'aperçois que dans la réponse transmise, on parle de Lantin...

12.03 **Christian Brotcorne** (cdH): Personne ne veut parler du corps de sécurité de Bruxelles!

12.04 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Je vous donne la réponse. De toute façon, je transmettrai votre remarque à la ministre. Je vais d'abord clarifier les choses.

La prévention et le contrôle des maladies infectieuses relève de la compétence des Communautés et la santé des détenus relève du SPF Justice. Il y a en effet une augmentation des virages tuberculiques au sein du personnel de la prison de Lantin. Celle-ci a été mise en évidence par la procédure de dépistage en médecine du travail. Le SCPPT est en train d'évaluer le risque pour le compte du SPF Justice et les autorités communautaires sont informées et gèrent actuellement ces problèmes. L'exposition professionnelle au risque infectieux du personnel de sécurité des prisons a été prise en compte dans l'élaboration d'une procédure de dépistage systématique d'un virage tuberculique réalisé deux fois par an auprès de ce personnel.

Cette procédure a permis de mettre en évidence le problème que vous signalez. Il me semble donc que la procédure de dépistage a bien fonctionné. Les cas identifiés qui développeraient la maladie seront bien entendus pris en charge et feront l'objet d'un suivi adéquat par les services compétents.

12.05 **Christian Brotcorne** (cdH): C'est globalement la réponse que m'avait faite le ministre de la Justice avec la réponse donnée à deux autres collègues par rapport à Lantin. Mais je n'ai toujours pas de réponse concernant ce corps particulier de Bruxelles. Je pense que je vais donc réécrire une question. Ce sera peut-être plus efficace.

La **présidente**: Je pense en effet que cela sera nécessaire.

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

13 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de communicatie van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)" (nr. 9041)

13 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la communication de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)" (n° 9041)

13.01 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de staatssecretaris, op 1 januari 2007 zag het FAGG officieel het licht. Het FAGG nam de rol en de competentiedomeinen van het directoraat-generaal Geneesmiddelen van de FOD Volksgezondheid integraal over.

Een van de belangrijkste conclusies uit het jaarverslag 2007 was dat het FAGG meer zichtbaar zou moeten worden voor de bevolking. Het optimaal informeren van de bevolking werd een van de zes sleutelementen die de visie en de ambitie van het FAGG moesten weerspiegelen. In het jaarverslag 2007 van het FAGG staat het volgende, ik citeer: "De kwaliteit, doeltreffendheid en veiligheid van geneesmiddelen hangen nauw samen met het goed gebruik ervan. Om het goed gebruik van een geneesmiddel te bevorderen, is het noodzakelijk dat alle betrokkenen over objectieve, geschikte, actuele en makkelijk toegankelijke informatie beschikken. Het FAGG, en in het bijzonder het departement BUM" – bon usage des médicaments, in het Nederlands het goed gebruik van geneesmiddelen – "zorgt ervoor dat alle betrokkenen toegang krijgen tot dergelijke informatie, zodat geneesmiddelen op een rationele en veilige manier worden gebruikt."

Binnen de diensten van de administrateur-generaal werd ook een cel Communicatie opgericht. Zij kreeg als prioritaire taak het FAGG bekend te maken. Bovendien heeft men zich tot doel gesteld om samen met het departement BUM een nieuwe website te creëren die de reeds bestaande sites zou groeperen.

Minister Onkelinx heeft onlangs in onze commissie het volgende verklaard: "Kunnen beschikken over kwalitatieve en geschikte informatie voor patiënten, is een verworven recht geworden: het is een onmisbaar element om de patiënt toe te laten op een verantwoorde manier met zijn gezondheid om te gaan. Uiteraard moeten artsen en apothekers de eerstelijngesprekspartners van patiënten blijven. Maar kwalitatieve en gemakkelijk toegankelijke informatie kan een aanvulling op de tussenkomst van gezondheidszorgbeoefenaars zijn, kan de dialoog gaande houden en een waardevol instrument zijn waarnaar beroepsbeoefenaars hun patiënten kunnen verwijzen." Zij wees er toen ook op dat alle spelers op het gebied van geneesmiddelen een bepaalde rol te hebben vervullen.

Het opzet van het FAGG om een zichtbaar agentschap te zijn, is allerminst gelukt. Het FAGG bleef voor de mensen een onzichtbaar agentschap. Twee jaar na oprichting beschikt het FAGG nog steeds niet over een eigen website. Wie toch probeert om te surfen naar www.fagg.be, wordt automatisch doorverbonden naar de website van de FOD Volksgezondheid. Het FAGG heette nochtans een autonoom agentschap te zijn.

Ook de voor 2008 beloofde online databank inzake vergunde geneesmiddelen, bleef uit. In dat verband wens ik minister Onkelinx erop te wijzen dat het online zetten van de lijst van geneesmiddelen, vergund in België voor nieuwe VHB, vergunning voor het in handel brengen, van geneesmiddelen en van de officiële informatie daarvan wettelijk verplicht is. In haar meest recente beleidsbrief is daarover ook geen nieuwe informatie te vinden.

Daarom heb ik de volgende concrete vragen. Ten eerste, waarom is het informatie- en communicatiebeleid van de FAGG nog steeds niet volledig operationeel?

Ten tweede, hoe staat het met de voor dit jaar beloofde online databank en website?

13.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la députée, la politique de communication de l'Agence fédérale des médicaments doit, en effet, encore être développée. Depuis la création de l'Agence et en même temps dès le début d'un service de communication autonome, ce service a accompli beaucoup de choses, et ce tant sur le plan interne qu'externe.

Dès le début, le service de communication a dû relever le défi d'une réalisation d'une politique interne de communication: l'installation, le développement et la gestion de l'intranet de l'Agence ainsi que la création, le développement et la réalisation d'un bulletin d'information interne bi-hebdomadaire pour les collaborateurs. La communication externe est passée de rien aux communications suivantes.

Au début de cette année, un site web a été créé. Y travaillent tant des collaborateurs que des stakeholders de l'Agence. Un "Go life" est prévu d'ici peu, et le site prévoit aussi une page sur laquelle le citoyen pourra trouver des informations.

Le premier rapport annuel a été préparé, coordonné et diffusé, soulignant ainsi le développement de l'Agence. Trois bulletins d'information externe ont été conçus et diffusés parmi tous les stakeholders et Actua. Des contacts sont établis en permanence avec la presse – voir les communiqués de presse sur le site et la réception et la communication avec la presse.

Des collaborateurs de l'Agence participent activement à différents ateliers, symposiums, congrès nationaux et internationaux. Une première campagne d'information de l'Agence fédérale des médicaments, consacrée à l'achat de médicaments via internet et à la mise en garde vis-à-vis des dangers potentiels, est prévue pour le début 2009. L'Agence essaie, à relativement court terme, de développer une stratégie de communication et d'information en collaboration avec mon cabinet.

La banque de données "on line" des médicaments agréés en Belgique depuis le 20 mars 1998 est disponible sur le site de l'Agence – www.afmps.be. Nos stakeholders ont été mis au courant au moyen de différents canaux, entre autres par Actua. Cette initiative a été accueillie très positivement. Le nombre de questions posées chaque jour au service d'information de la section "bon usage" concernant les médicaments qui sont agréés en Belgique a très fort diminué, ce qui prouve l'utilité et la connaissance de cette source d'information.

Aujourd'hui, en collaboration avec les services de la FEDICT, la dernière main est mise à la réalisation d'un site propre à l'AFMPS.

13.03 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Ik dank u voor het antwoord, mevrouw de staatssecretaris. Ik heb daar toch nog een aantal vragen bij. Ik heb mijn vraag gesteld naar aanleiding van een Europese richtlijn die binnenkort binnen de Europese Commissie aan bod zal komen over de informatie die door de farmaceutische industrie aan patiënten wordt gegeven.

Ik heb onlangs aan minister Onkelinx gevraagd wat haar houding ter zake was. Zij heeft gezegd dat ik gelijk had dat het niet kon dat de farmaceutische industrie de patiënt zelf gaat informeren en dat het nog altijd heel belangrijk is dat de informatie door onafhankelijke organen wordt verstrekt.

Dat is de reden van mijn vraag vandaag. Wij beschikken over de instrumenten. Wij hebben een heel dicht netwerk van apotheken die informatie aan de patiënten kunnen geven. Ook de huisartsen en het verplegend personeel kunnen dit doen. Er is dus een heel circuit van eerstelijnszorg aanwezig. Daarnaast is het ook de taak van de overheid om de patiënten op een goed onderbouwde en neutrale manier te kunnen informeren.

Ik wil hier met aandrang op hameren. We moeten Europa het signaal geven dat er absoluut nood is aan informatie voor de patiënten. Als zij willen dat wij verhinderen dat de farmaceutische industrie informatie naar de patiënten stuurt, zorg er dan voor dat België zelf in staat is om dit op een degelijke, objectieve, goed onderbouwde manier te doen. Daarom wil ik vandaag vragen om er alstublieft voor te zorgen dat die website er komt. De vraag is dan wanneer dat precies zal gebeuren?

Als wij die strijd op Europees vlak willen aangaan, moeten wij zelf mee aan de kar trekken. Ik ga dat ook doen en ik heb Mia De Vits gevraagd om dit op Europees vlak te doen. Ik denk dat ook mensen in andere partijen dit mee zullen willen steunen om te verhinderen dat de farmaceutische industrie door gelobby de patiënt kan beïnvloeden. Dan moet de overheid ook stand-by zijn en zorgen voor het degelijk informeren van de patiënt, samen met het circuit van de eerstelijnszorg.

Ik zou er dus willen op aandringen dat mevrouw Onkelinx hiervan echt werk maakt.

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

La **présidente**: La question n° 9049 de Mme Valérie De Bue est reportée.

14 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques de dérive dans la commercialisation d'animaux sur internet" (n° 9072)

14 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gevaar voor uitwassen bij de verkoop van dieren op internet" (nr. 9072)

14.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame le secrétaire d'État, la Société royale protectrice des animaux (SRPA) de Charleroi a vu son numéro d'agrément abusivement utilisé par des personnes qui proposaient des animaux à la vente sur Internet. Que ce soit par méconnaissance de la loi ou de ses modalités d'application, ou pour gagner du temps dans l'attente de l'octroi d'un numéro par vos services, il n'en est pas moins vrai que cela constitue un manquement à la loi qui pourrait s'avérer dangereux s'il se généralisait.

Madame la secrétaire d'État, vous avez annoncé dans la note de politique générale de Mme Onkelinx "l'entrée en vigueur de la loi du 11 mai 2007 dans sa totalité et la limitation de la commercialisation des chats et des chiens aux seuls éleveurs afin de garantir un degré d'exigence et d'éviter des achats impulsifs, surtout en cette période de Noël, mais aussi – et c'est un sujet auquel je suis tout particulièrement sensible - dans le cadre de la prévention des morsures canines afin de renforcer la socialisation des chiens et la surveillance vétérinaire."

Le but est aussi de nous assurer que les conditions de bien-être exigées par la Belgique sont bien respectées pour ce qui est des animaux importés. Vous souhaitez également encadrer l'élevage occasionnel.

Le cas que je viens d'évoquer vient conforter la nécessité de cette politique pour laquelle vous avez décidé de renforcer le service "Bien-être animal". Cela va-t-il se traduire par un octroi d'agrément plus rapide, surtout face au développement de la vente d'animaux sur Internet, comme d'autres choses d'ailleurs?

Allez-vous affecter une partie de vos agents à la surveillance des annonces mises en ligne, avec vérification des numéros d'agrément? Est-ce matériellement possible? En effet, sans cette veille, nous risquons de voir se développer un marché parallèle préjudiciable aux objectifs de bon sens que vous poursuivez et que je soutiens totalement.

14.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Avant tout, permettez-moi de préciser que les refuges pour animaux ne peuvent pas commercialiser d'animaux, mais les proposer pour l'adoption. Le problème auquel vous faites référence a trait à la publicité pour la vente d'animaux sur Internet ou dans la presse.

La loi du 14 août 1986 ne fait aucune distinction entre les deux et prévoit que toute publicité pour la vente d'animaux doit être accompagnée du numéro d'agrément de l'établissement. Les particuliers peuvent également faire de la publicité sans agrément, mais uniquement dans des revues spécialisées. En cas de doute, les candidats acheteurs ou adoptants peuvent consulter la liste des établissements agréés disponible sur le site Internet du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

J'ai effectivement donné des instructions à mes services d'attacher une plus grande importance au contrôle de la publicité dans la presse et sur Internet, afin de lutter contre les abus éventuels de numéros d'agrément, ou contre la publicité faite par des particuliers sans agrément.

À ce sujet, l'arrêté en voie de finalisation prévoit un renforcement des règles en matière de publicité, avec l'obligation pour les particuliers de mentionner les numéros d'identification des chiens mis en vente.

En ce qui concerne la procédure d'agrément, le renforcement du service aura un effet positif sur le traitement rapide des dossiers.

Vous serez aussi heureux d'apprendre que le nouvel arrêté prévoit également une simplification administrative avec la suppression de certaines pièces à joindre au dossier de demande. Ceci devrait également raccourcir la procédure au bénéfice des professionnels.

Enfin, comme vous le soulignez, il y a une nécessité de renforcer la surveillance vétérinaire et la socialisation des chiens afin d'éviter la vente d'animaux en mauvaise santé ou mal préparés à la vie en société. Là aussi, l'arrêté prévoit de nouvelles dispositions qui, je l'espère, auront un effet positif à court terme.

14.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la secrétaire d'État et, partant, Mme la ministre pour sa réponse. Effectivement, le sujet est important et connaîtra des évolutions

ne fût-ce que par les avancées de la technologie: nous devons toujours rester attentifs.

Nous serons également attentifs aux arrêtés royaux que vous avez évoqués, même si le bémol à placer à ce sujet c'est le temps très restreint entre la publication de l'arrêté royal – j'en ignore le jour exact – et le fait que les gens devront normalement l'appliquer immédiatement, à moins que des mesures transitoires ne soient instaurées; nous le verrons.

La **présidente**: Je pense que des mesures transitoires seront acceptées.

14.04 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: On me dit que l'arrêté royal est au Conseil d'État et qu'il est prévu un délai de six mois.

La **présidente**: Je crois que la ministre a répondu en séance plénière voilà une quinzaine de jours à propos des détails de la période transitoire. Et nous venons d'en recevoir confirmation.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

M. Logghe demande le report de sa question n° 9076. Si M. Doomst n'arrive pas, sa question n° 9128 sera transformée en question écrite. En attendant, je donne la parole à M. Bellot.

15 **Question de M. François Bellot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la subvention du service hélicoptéré médical" (n° 9152)**

15 **Vraag van de heer François Bellot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de subsidie voor medische hulpverlening per helikopter" (nr. 9152)**

15.01 **François Bellot** (MR): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, chers collègues, vous n'ignorez pas que, depuis plusieurs années déjà, l'ASBL Centre de Secours Médicalisé de Bra-sur-Lienne assure dans les provinces de Liège, du Luxembourg et au sud de Namur un service médical hélicoptéré d'une grande qualité.

Ce service est reconnu non seulement par les 50.000 personnes détentrices d'une carte de sauvetage, par les 26 communes adhérentes qui reconnaissent l'exceptionnelle qualité du service médical apporté aux patients mais aussi sa pertinence et sa rapidité d'action de jour comme de nuit. Et je ne vous parle pas de la reconnaissance du monde médical quant à l'utilité et à l'efficacité de cet hélicoptère dans cette partie du pays qui impose des distances importantes à parcourir pour des patients critiques.

L'utilisation d'un hélicoptère évite bien entendu virages et bosses. Elle raccourcit la durée du trajet et a un gain certain pour ce que l'on appelle la "Golden Hour", l'heure en or, très importante entre la survenue de l'incident circulatoire grave (infarctus, thrombose) et l'arrivée du patient dans un plateau technique adapté, c'est-à-dire un hôpital spécialisé.

D'ailleurs, une étude scientifique destinée à la santé publique démontre qu'il est flagrant que le choix du vecteur hélicoptéré, dans ces régions particulières, permet un gain de temps significatif et de santé publique particulièrement démonstratif. De plus, ce service ne cesse de développer ses activités par l'intégration de cet hélicoptère dans le système Citygis (système d'aide à la décision cartographique), par l'augmentation des transferts inter-hospitaliers urgents, conséquence du manque de plateaux techniques spécifiques, et par une meilleure synergie et collaboration avec les préposés des centres 100.

Vous n'ignorez pas non plus qu'une telle qualité médicale à un coût! Un coût nécessaire pour la location de l'hélicoptère comprenant le pilote, pour la maintenance et le kérosène, pour la permanence des infirmiers et infirmières SIAMU, pour la permanence médicale et pour les frais de gestion administrative. Ce coût avoisine les 2 millions d'euros par an.

Madame la secrétaire d'État, est-il normal que la subvention pour un hélicoptère médicalisé venant du fédéral soit limitée à 62.000 euros, alors que pour un SMUR routier, celle-ci s'élève à 250.000 euros, ce en fonction des différents éléments que je viens d'évoquer? Je le répète, l'utilisation d'un hélicoptère évite virages, bosses et freinages et a un gain certain pour "l'heure en or", notamment pour toutes les victimes d'accidents circulatoires mais aussi d'accidents de la route avec lésions cérébrales, cervicales ou lombaires

très importantes.

Ne serait-il pas opportun de revoir la méthode de subvention pour que les secours puissent continuer à venir du ciel dans ces régions particulièrement reculées du pays?

15.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Monsieur le député, l'hélicoptère de Bra-sur-Lienne opère depuis quelques années dans l'est de la province de Liège et dans le Luxembourg dans le cadre d'une expérience pilote organisée par le SPF Santé publique et il est intégré depuis quelques mois comme intervenant dans les départs primaires du SMUR du Luxembourg. Comme d'autres expériences pilotes, celle-ci est financée à hauteur de 60.000 euros. Je suis consciente que cette somme est inférieure au coût réel de l'hélicoptère qui s'élève à 2 ou 3 millions d'euros par an mais vous devez comprendre que ces 60.000 euros par an financent le SMUR expérimental, pas les frais de fonctionnement de l'hélicoptère.

Je souhaite cependant que l'hélicoptère de Bra-sur-Lienne et celui de Bruges soient pleinement reconnus comme des moyens de l'AMU, ce qui permettra à terme un financement similaire à celui d'un SMUR terrestre. Il convient cependant d'étudier au préalable les résultats de l'expérience pilote en cours dans laquelle, pour la première fois, l'hélicoptère est intégré au fonctionnement quotidien de l'AMU, de publier les normes du SMUR-hélicoptère et un arrêté incluant l'hélicoptère dans les moyens de l'AMU, de définir les critères d'appel au SMU et de les inclure dans le manuel belge de la régulation, de définir les critères de facturation des missions ne pénalisant pas le patient.

Mon administration et mes experts médicaux travaillent actuellement à la rédaction des normes du SMU. Mon conseiller a rencontré les responsables de Bra-sur-Lienne le 17 novembre. Une nouvelle concertation sera organisée à la prochaine évolution du dossier.

15.03 François Bellot (MR): Quand cette évaluation sera-t-elle réalisée? Si j'entends bien, les premiers résultats de l'évaluation technique semblent satisfaisants.

Pour être témoin en tant que bourgmestre des opérations exceptionnelles pendant lesquelles ils interviennent, je peux vous dire que leur rôle est très important et qu'ils ont déjà sauvé des vies humaines à plusieurs reprises.

Quel serait le calendrier des décisions à prendre? Les intéressés ne demandent pas immédiatement 250.000 euros mais voudraient savoir quand et comment on les atteindrait. En effet, ces 250.000 euros seraient le ballon d'oxygène qui permettrait de financer en partie le service et de le sauver. Si les décisions devaient tarder de nombreuses années, ceux qui portent le projet seraient lassés de frapper à toutes les portes, de solliciter les citoyens, de faire les brocantes et les kermesses au boudin.

Ce genre de service devrait pouvoir dépasser ce type de financement et se passer de vendre des stylos-bille dans les kermesses au boudin dans les différentes localités desservies par l'hélicoptère. Avez-vous des informations à ce propos?

15.04 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Je suis désolée de ne pas pouvoir vous répondre. Je transmettrai votre question à la ministre.

La **présidente**: La ministre pourrait faire parvenir un courrier.

15.05 François Bellot (MR): Ne serait-ce qu'un échéancier des étapes telles que son département les envisage.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de preventie van huisartsen" (nr. 9128)

16 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures préventives à la disposition des médecins généralistes" (n° 9128)

16.01 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de staatssecretaris, dokters hebben een zeer ambulante bestaan.

Om die reden en omdat ze daardoor ook regelmatig met onveilige toestanden geconfronteerd worden is er onder de slogan "uw veiligheid onze bezorgdheid" gedurende het afgelopen jaar een enquête gehouden onder de huisartsen om na te gaan hoe men met voorkomende maatregelen zoveel mogelijk onheil kan vermijden als men bij bezoeken, zowel intern als extern, eventueel met gevaarlijke situaties geconfronteerd zou worden.

Op basis van die informatie was afgesproken dat de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Volksgezondheid een handleiding zouden opstellen met maatregelen rond preventie en mogelijke strategieën die men in bepaalde situaties zou kunnen toepassen. De verspreiding van die handleiding zou ook op grote schaal worden aangekondigd. Daarom ging de FOD Volksgezondheid ook concrete maatregelen nemen zoals de veralgemening van de derdebetaler, wat eigenlijk de druk op een aantal situaties voor de betrokken dokters zou kunnen wegnemen.

Ik had graag aan de minister gevraagd wat nu de stand van zaken is van die handleiding. Hoe zal die worden aangekondigd en verspreid? Welke andere concrete maatregelen zullen er worden genomen? In welke termijnen voorziet de minister om die maatregelen in praktijk om te zetten?

16.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la présidente, monsieur le député, je vous transmets la réponse de la ministre.

La sécurité des médecins généralistes est une problématique importante, qui doit être replacée dans son contexte global, à savoir l'organisation de la garde de la première ligne.

Une première mesure consiste effectivement à organiser une campagne de sensibilisation auprès des médecins de famille. Le SPF Santé publique travaille actuellement à la conception et à la finalisation du manuel pour la sécurité des médecins généralistes. Ce manuel comprendra des conseils de base visant à améliorer la sécurité des médecins: par exemple, éviter de transporter trop d'argent liquide, être sur ses gardes face à des patients inconnus, etc. Le document final devrait être disponible au début de l'année prochaine et sera diffusé auprès des médecins généralistes. Je ne manquerai pas d'en informer la commission et me ferai un plaisir de mettre à sa disposition un exemplaire de ce manuel.

Par ailleurs, j'ai récemment pris diverses mesures de réorganisation de la garde destinées à diminuer le nombre de visites à domicile et à mieux épauler le généraliste au cours de ses gardes afin de restreindre les risques d'agression.

C'est ainsi que j'ai soutenu le maintien de postes de garde avancés et l'ouverture de quelques nouveaux, dont le système permet une diminution des visites à domicile et, dans le cadre d'expériences pilotes, une meilleure sécurité grâce à des voitures banalisées ou des chauffeurs accompagnant.

J'ai également initié un projet de dispatching central dans le Hainaut et à Bruges, permettant non seulement de diminuer le nombre de visites à domicile par le généraliste, mais aussi d'assumer une meilleure traçabilité des appels. Après évaluation de ce projet pilote, si l'expérience est concluante, je proposerai de l'étendre à tout le pays.

D'autres mesures, telles que l'usage d'un gsm avec alarme d'urgence, sont actuellement à l'étude.

Je rappelle également que le système du tiers payant a été généralisé au cours de l'ensemble des gardes, permettant aux médecins de transporter le moins d'argent liquide possible. Une campagne d'information sera organisée pour rappeler cette possibilité de tiers payant et des systèmes de paiement électronique généralisés seront étudiés.

16.03 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de staatssecretaris, dank u voor het antwoord. Het is goed dat we dit heel erg ter harte nemen omdat de druk op het beroep van dokter groter wordt, juist omwille van die drukkende omstandigheden waarin zij zich moeten bewegen. Ik leer uit uw antwoord dat we de betrokken brochure in de eerste helft van het jaar mogen verwachten. Dan zou ook het pilootproject rond de wachtdiensten geëvalueerd kunnen worden. Zit de gsm met alarm ook in een project? Is dat soms alleen een maatregel die wordt aangekondigd?

16.04 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: C'est à l'étude.

16.05 Michel Doomst (CD&V): Het is een studie. Goed, dan kijken we er echt naar uit dat dit in de eerste helft van 2009 tot vruchtbare resultaten zal leiden.

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

17 Question de M. Pierre-Yves Jeholet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étiquetage des médicaments dangereux pour la conduite automobile" (n° 9155)

17 Vraag van de heer Pierre-Yves Jeholet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het etiketteren van geneesmiddelen die gevaarlijk zijn voor het rijgedrag" (nr. 9155)

17.01 Pierre-Yves Jeholet (MR): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, en France, il existe un système pour prévenir les conducteurs du risque encouru lorsqu'ils prennent certains médicaments. Un tel système n'existe pas en Belgique mais on sait que des médicaments tels les psychotropes, les antalgiques centraux ou certains antihistaminiques sont susceptibles d'altérer la vigilance du conducteur. En France, ce système a été mis en place en 1999. Il s'agit d'un pictogramme sur les boîtes de médicaments: un triangle rouge contenant une silhouette de voiture. L'information est complétée par une gradation, de 1 à 3, de la dangerosité des effets du médicament sur les conducteurs. Le niveau 1 correspond au message "Ne pas conduire sans avoir lu la notice" et le niveau 3 correspond au message "Danger! Ne pas conduire!".

À l'image de ce qui existe sur les paquets de tabac, ne serait-il pas indiqué que chaque boîte de médicaments susceptibles d'altérer la vigilance d'un conducteur soit estampillée d'un logo ou d'une référence connue de tous qui pourrait sensibiliser les conducteurs aux dangers de la conduite lorsqu'ils prennent de tels médicaments?

Ne conviendrait-il pas d'amender les arrêtés royaux du 9 juillet 1984 et du 7 avril 1995 relatifs à l'information et à la publicité sur les médicaments?

17.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la présidente, l'apposition d'un logo sur l'emballage des médicaments susceptibles d'altérer la conduite automobile est un sujet de réflexion depuis longtemps déjà. L'un ou l'autre pays de l'Union européenne, comme la France, ont effectivement pris une initiative en la matière.

Cette question fait l'objet d'une étude menée par un groupe de travail ad hoc de l'Agence européenne des médicaments. Ce groupe est dénommé "DRUID – Conduite sous l'influence de la drogue, des médicaments ou de l'alcool". L'objectif de DRUID est de fournir un support scientifique à la politique européenne des transports pour atteindre l'objectif d'une route sûre en 2010, en proposant des "guidelines" et des mesures pour combattre la conduite altérée par certaines substances. L'Institut belge pour la sécurité routière et l'université de Gand sont partenaires de cette initiative.

La Belgique est en principe favorable à l'apposition d'un pictogramme mais les modalités de son application nous semblent devoir être adoptées de manière harmonisée au niveau européen. Le problème est donc complexe. En effet, au moins trois questions sont liées à l'apposition de ce logo.

D'abord, sur le plan pharmacologique, sur quel médicament l'imposer et avec pour chacun d'eux quel niveau de dangerosité? Ensuite, quelle sera la signification de ce logo? Un avertissement, une recommandation ou une réelle contre-indication voire une interdiction? Enfin, quelles seront les conséquences de cette mention et de sa signification sur le plan de la responsabilité civile et pénale de celui qui conduit sous l'influence d'un tel médicament?

Actuellement une information existe sur ces risques. En effet, la notice pour le public des médicaments comporte obligatoirement une rubrique relative aux effets possibles de ce médicament sur la capacité à conduire un véhicule ou à manipuler des machines. Le résumé des caractéristiques du médicament, qui est plus spécialement destiné aux professionnels de la santé, doit également mentionner si la substance active a un effet négligeable mineur à modéré, important ou n'a aucun effet sur ce type d'activité. Si ses effets n'ont pas été étudiés, il faut le mentionner aussi. Ceci pour souligner le rôle important des médecins et des pharmaciens lors de la prescription ou de la délivrance de ces médicaments.

Il est important d'alerter, par une information personnalisée, les patients qui conduisent une voiture ou manipulent des engins dangereux. Si une telle mesure d'étiquetage devait être adoptée, elle nécessiterait la modification de l'arrêté royal du 14 décembre 2006 qui énumère les mentions obligatoires sur l'emballage des médicaments.

17.03 Pierre-Yves Jeholet (MR): Je remercie Mme la secrétaire d'État pour les informations. Je suis néanmoins un peu déçu. Une réflexion est menée depuis longtemps et une étude est en cours; j'aurais souhaité savoir quand nous pourrions disposer des résultats.

Bien sûr, il faut une harmonisation européenne et je suis d'accord avec cet objectif. Mais, en France, cela existe depuis 1999. S'il n'y a pas une volonté d'autres pays européens de mener cette réflexion et de concrétiser ces mesures, je pense que nous pouvons avancer comme l'a fait la France.

Vous avez abordé trois questions liées à l'apposition du logo sur les boîtes de médicaments. Certes, il faudra y répondre. De plus, je prends note de la problématique existant sur le plan pénal.

Je ne ressens pas une volonté de mener et de concrétiser cette réflexion. Il est certain que l'on aura une concertation avec les médecins, les pharmaciens et les entreprises pharmaceutiques. Cela me paraît un projet très intéressant. En tous cas, vous pouvez compter sur nous pour vous reposer des questions. Je me réjouis de prendre connaissance des résultats de cette étude.

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

18 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'attitude d'une ministre régionale de la Santé quant à la vaccination systématique en milieu scolaire contre le cancer du col utérin" (n° 9197)

18 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de houding van een gewestminister van Volksgezondheid in verband met de systematische vaccinatie tegen baarmoederhalskanker op school" (nr. 9197)

18.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, j'ai eu la désagréable surprise d'apprendre l'opposition de Mme Fonck à la mise en place d'une vaccination systématique, dans le cadre de la médecine scolaire, des jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus. Les arguments motivant sa position développés dans la presse sont les suivants: la publicité agressive des firmes pharmaceutiques qui proposent ce vaccin aurait laissé croire à la disparition de ce type de cancer et la prévention massive via la vaccination systématique des jeunes filles ferait oublier l'importance du dépistage.

A priori, ces éléments me semblent fort légers pour motiver le choix d'une politique de santé publique, ce d'autant que le Conseil supérieur de la Santé, que les auteurs du Livre blanc contre le cancer ou encore du Plan national de lutte contre le cancer recommandent ce type de vaccination.

Aussi, madame la secrétaire d'État, bien que les compétences de Mme Onkelinx soient limitées à la sphère fédérale, pouvez-vous nous confirmer la position développée dans la presse par la ministre de la Santé de la Région wallonne? Estimez-vous que cette position puisse mettre à mal la politique menée au niveau fédéral destinée à promouvoir la vaccination des jeunes filles via une meilleure prise en charge du coût du vaccin? Justifier ce refus par la crainte d'un désinvestissement en matière de dépistage ne vous semble-t-il pas être un argument quelque peu étrange, d'autant que Mme la ministre travaille actuellement à la mise en place d'un registre des frottis cervicaux?

18.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la présidente, chère collègue, voici la réponse de Mme la ministre.

Pour l'instant le remboursement contre le HPV est en catégorie B, ce qui veut dire que, pour la vaccination complète d'une jeune fille ayant droit au remboursement, le prix de revient à charge des parents est de 32,40 euros. Avec ce système, l'initiative de faire vacciner est laissée complètement aux parents. L'expérience nous apprend que, dans la plupart des cas, un taux de couverture vaccinale de 70% peut être considéré comme le plus probable.

Quand un vaccin est repris dans le calendrier vaccinal, des campagnes de vaccination sont organisées par les Communautés ciblant une certaine population.

L'incorporation dans les campagnes de prévention devrait avoir comme conséquence une augmentation de la couverture vaccinale que l'on peut estimer entre 85 et 90%. Dans le cadre de ces campagnes, le vaccin est complètement gratuit. C'est le Conseil supérieur de la Santé qui fait chaque année sa recommandation concernant le calendrier de vaccination. La conférence interministérielle approuve ou non la proposition dudit Conseil.

Dans le groupe de travail inter-cabinets "Cancer" où nous préparons les conférences interministérielles, nous travaillons à une meilleure articulation des différentes mesures pour éviter que les gens n'aient une fausse perception de la sécurité.

Pour les cancers du col de l'utérus, nous travaillons sur quatre pistes: la vaccination contre le HPV, un screening efficace, un bon suivi épidémiologique et la sensibilisation aux MST.

Lors de la dernière conférence interministérielle, ma collègue de la Communauté française a effectivement refusé la prise en charge contre le "Human Papillomavirus" dans le calendrier vaccinal.

18.03 Colette Burgeon (PS): Madame la secrétaire d'Etat, je vous remercie pour vos réponses. Je regrette cette décision, car à partir du moment où les vaccins sont remboursés, cela signifie que les techniciens, les personnes mobilisées autour de sa fabrication, ont obtenu des résultats qui justifiaient son application. Il n'appartient quand même pas à la ministre de décider seule. Je pense qu'elle a été bien entourée et bien conseillée. Mais quelles sont les conséquences de ce refus? Je suppose que le remboursement aura toujours lieu, même si le remboursement ne s'élève "plus" qu'à 32,40 euros, à l'heure actuelle, si des parents ont envie que leur(s) fille(s) puisse(nt) être vaccinée(s), encore faut-il en avoir les moyens!

Quelles sont les conséquences de son refus? Je suppose que les vaccinations continueront à être remboursées, mais laisser la situation en l'état est regrettable.

La **présidente**: Le sujet fera probablement l'objet d'une prochaine conférence interministérielle de la santé.

18.04 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: On me signale qu'une conférence interministérielle est prévue pour mars. Mais les Régions seront à ce moment en fin de législature!

La **présidente**: En général, c'est une période au cours de laquelle on ne prend aucune décision d'ordre budgétaire, quoique ce sujet n'ait pas forcément d'impact budgétaire pour elles!

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

La question n° 9204 de Mme Schyns est reportée. À la demande de la ministre, la question n° 9216 de Mme Detière est reportée.

19 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre l'alcoolisme et l'addiction à la cocaïne" (n° 9274)

19 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bestrijding van alcohol- en cocaïneverslaving" (nr. 9274)

19.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, vous aurez remarqué que j'ai été patient, alors que j'aspirais à aller en séance plénière.

Madame la secrétaire d'État, la ministre annonçait, dans sa note de politique générale, sa volonté conjointe avec les ministres des entités fédérées de mener une lutte contre l'alcoolisme, tout particulièrement chez les adolescents et les personnes socialement défavorisées. C'est en effet une problématique mettant en jeu des facteurs neurobiologiques et psychosociaux.

Ce fléau – non pas, ce "Flahaux" – entraînant la déchéance de ceux qui en sont victimes, ne trouve pas

toujours de solution dans les différents protocoles de désintoxication, notamment.

J'ai pris connaissance, voici quelques jours, de la victoire d'un médecin en échec thérapeutique sur son addiction à l'alcool qui s'était, à la suite d'une information lue au sujet d'un cocaïnomane guéri par la même molécule, auto-prescrit un myorelaxant, le Baclofène.

Ce médicament, qui est déjà utilisé dans le traitement des spasmes musculaires chez les patients atteints de sclérose en plaques ou chez les paraplégiques, l'a libéré de son addiction à l'alcool.

Les expériences animales ont déjà été couronnées de succès et il ne reste qu'à avoir confirmation, par des essais cliniques à venir, de son efficacité, en appui des autres accompagnements thérapeutiques.

Madame la secrétaire d'État, la meilleure lutte contre l'addiction à l'alcool comme aux drogues est évidemment la prévention. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut trouver une réponse pour ceux qui ont franchi la limite de l'assuétude.

Dans votre plan de lutte contre les assuétudes, vous avez mentionné le projet pilote d'ouverture d'un centre de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical à Liège en collaboration avec la Ville, votre ville d'ailleurs, les autorités judiciaires et l'Université de Liège. Seriez-vous prête, avec Mme la ministre, après étude approfondie des effets de ce myorelaxant, à initier une expérimentation sur son usage? Si cela s'avérait positif, cela pourrait être une réponse encourageante dans l'aide apportée aux victimes de ces assuétudes et ce, pour un prix modique.

19.02 Julie Fernandez-Fernandez, secrétaire d'État: Madame la présidente, monsieur Flahaux, voici la réponse que Mme la ministre me demande de vous apporter.

Comme vous le mentionnez dans votre question, les effets bénéfiques du Baclofène, myorelaxant, ont été reconnus en expérimentation animale. Il est connu pour réduire la prise d'alcool chez les rats alcooliques. Chez l'humain, le Baclofène par voie orale a été comparé au Diazépame dans le traitement du syndrome de sevrage alcoolique.

Les deux traitements avaient des effets équivalents, notamment sur l'agitation, même si l'effet du Diazépame était légèrement plus rapide que celui du Baclofène. Cependant, la plupart des publications viennent des mêmes auteurs et l'usage du Baclofène dans cette indication, à savoir le sevrage alcoolique, n'est pas mentionné dans le livre de référence. L'utilisation dans le traitement de la dépendance à la cocaïne est également évoquée dans la littérature mais, ni l'une, ni l'autre de ces indications (alcool et cocaïne) ne sont actuellement approuvées pour le Baclofène dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché.

Les éléments dont nous disposons ne permettent donc pas d'en expérimenter l'usage actuellement. Ces indications doivent préalablement faire l'objet d'études cliniques probantes à l'appui d'une extension des indications approuvées dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché.

En ce qui concerne la mise en place d'un éventuel projet pilote visant à expérimenter de tels produits, il apparaît totalement prématuré scientifiquement d'aborder une telle éventualité.

19.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, il est vrai que nous suivons ces évolutions et les reconnaissances éventuelles. J'observe dans la jeune génération toujours davantage de cocktails détonnants: alcoolisme et cocaïne ou alcoolisme et différentes drogues (extasy, GB, GBH, GBL, etc.). Tout ce qui peut être fait en prévention est positif.

Cependant, et un reportage sur Paris a été récemment présenté à la télévision, j'observe que l'alcoolisme jeune montre qu'à la limite, les normes d'information ne constituent plus guère de véritables balises. Sans doute faut-il se mettre à travailler autrement aussi.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le soutien de la Belgique à la dérogation à l'interdiction d'importer de l'amiante

en faveur des cellules d'électrolyse" (n° 9287)

20 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Belgische ondersteuning van de uitzondering op het importverbod voor asbest dat gebruikt wordt voor elektrolysemembranen" (nr. 9287)**

20.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la secrétaire d'État, en séance plénière, jeudi passé, j'avais interrogé la ministre Onkelinx sur la position du gouvernement belge concernant une demande de prolongation de la dérogation relative à l'amiante dans les cellules électrolyse, notamment pour la fabrication de chlore.

La réponse de la ministre donnée par M. Delizée m'avait outrée. Il est vrai qu'en séance plénière, on ne sait pas prendre le temps de discuter. J'étais donc démunie pour réagir à ses réponses. Je voulais donc profiter de la commission pour aller plus loin.

Nous sommes en effet le 16 décembre et c'est demain qu'une réunion du Conseil a lieu au cours de laquelle les États membres devront se prononcer sur une proposition de la Commission européenne.

Dans sa réponse, Mme la ministre nous indiquait qu'elle allait soutenir la proposition de la Commission de prolonger la dérogation. Elle soutenait qu'il n'y avait pas d'alternative économique et techniquement équivalente au diaphragme contenant de l'amiante pour les cellules d'électrolyse utilisées dans l'industrie chimique. Je dispose d'autres informations et j'aurais donc aimé savoir sur quoi se base la ministre pour affirmer de telles choses.

Quel est le pourcentage d'industries chimiques qui utilisent toujours ce procédé?

Quels sont les rapports et éléments dont elle dispose pour démontrer que des alternatives existantes seraient moins performantes?

Par ailleurs, un autre élément qui m'inquiète est la formulation de ce fameux texte de l'annexe 17 relatif à la dérogation relative à l'amiante. J'ai effectué des recherches à ce sujet et mes craintes sont importantes. Dans sa réponse, la ministre indiquait qu'on reprenait simplement les textes des directives de 1976 et 1999 interdisant l'amiante or le texte dit – je vais le lire car il est important – que "la mise sur le marché ou l'utilisation d'articles contenant des fibres d'amiante visées au paragraphe 1 ci-dessus, qui étaient déjà installés ou en service avant le 1^{er} janvier 2005, continuent d'être autorisés jusqu'à leur élimination finale ou leur fin de vie utile. Cependant, les États membres peuvent, pour des raisons de protection de la santé humaine, suivant des conditions spécifiques, restreindre ou interdire la mise sur le marché ou l'utilisation de ces articles avant qu'ils soient éliminés ou atteignent leur fin de vie utile".

Cela permettrait à la Belgique de continuer à interdire cette utilisation sur notre territoire. Néanmoins, je déduis de cette formulation, ainsi que plusieurs spécialistes à qui j'ai posé la question, qu'elle va permettre d'autoriser à nouveau l'importation d'amiante dans l'Union européenne non seulement via les cellules d'électrolyse pour la production de chlore mais également via des produits tels que des freins ou des ciments, notamment fabriqués en Russie.

J'aurais voulu entendre les arguments de la ministre à propos d'une lecture éventuellement différente sur ce sujet.

Par ailleurs, dans la réponse, elle m'indiquait aussi qu'on ne peut se prononcer que sur l'ensemble du texte de l'annexe. On ne peut pas se positionner sur des parties, par exemple celle relative à cette dérogation pour l'amiante. En examinant les règlements communautaires, notamment concernant la comitologie, je ne vois pas ce qui interdirait à un État de se positionner sur les paragraphes de cette annexe. On sait que la France va prendre position et le demander. Depuis aujourd'hui, on sait aussi que la Hollande va officiellement demander cette analyse par paragraphe afin de se positionner contre la prolongation de la dérogation.

Quelle est la position de la ministre aujourd'hui?

La Confédération européenne des syndicats (CES) s'est fortement mobilisée et dénonce le fait qu'il n'y a pas eu consultation d'experts scientifiques en toxicologie avant janvier 2008. C'était pourtant prévu dans la directive de 1999 qui permettait l'utilisation de l'amiante pour les cellules jusqu'en 2008. La CES a interpellé

la Commission et les États membres. J'aurais voulu savoir ce que la ministre peut répondre à cette Confédération des syndicats.

Dans le journal "Le Soir" du 12 décembre, il y a un commentaire – je ne sais plus s'il émane du cabinet de la ministre ou de l'administration – qui fait état du fait que ces diaphragmes arrivent emballés sous vide et donc que le risque est maîtrisé.

Il s'agit là d'un argument que j'ai beaucoup de mal à accepter. En effet, le lobby des sociétés intéressées pour rassurer quant aux risques de l'amiante a largement été exercé durant quasiment cinquante ans. Or on sait aujourd'hui que de nombreux citoyens meurent parce qu'ils ont manipulé de l'amiante. Aux États-Unis, selon les derniers chiffres publiés, on aurait enregistré 7 morts sur 100 ou sur 1.000, suite à la manipulation de ces diaphragmes. Vous me direz que les protections prises aux États-Unis ne sont pas les mêmes qu'en Belgique. De plus, l'Europe comprend de nouveaux États membres et il n'est pas certain que chez ces derniers, toutes les protections soient prises de la même manière.

Cette prolongation d'autorisation d'importation n'est-elle pas contradictoire avec le Plan cancer qui a pour objectif de lutter contre cette maladie? Pour ma part, j'estime que prendre le risque de réintroduire l'amiante est évidemment tout à fait contraire à cet objectif.

20.02 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Madame la présidente, la réponse de la ministre est la suivante.

"J'ai lu avec intérêt votre question, laquelle reprend d'ailleurs quasi littéralement la teneur d'un courrier qui m'a été adressé récemment par le directeur du département Santé et Sécurité de l'European Trade Union Institute. Je vais tenter d'y répondre avec la plus grande clarté d'une manière ô combien technique et où la nuance doit être de mise.

Je tiens, au préalable à affirmer que, quelle que soit l'issue du vote qui doit intervenir demain, mercredi, en "comitologie", la Belgique maintiendra en tout état de cause sa législation restrictive.

La réunion du comité des experts et la réunion de "comitologie" de demain est l'aboutissement d'un travail entamé, il y a plus de deux ans, qui vise avant tout à mettre à jour l'annexe 17 de REACH en y intégrant les mesures spécifiques prévues dans la directive 76/769 depuis la publication de REACH comme, par exemple, l'arsenic utilisé comme protecteur de bois dangereux pour l'environnement, le mercure métallique dans les thermomètres ou encore le cyclohexane irritant respiratoire utilisé dans les colles néoprènes.

Il est exact que le texte en discussion prévoit de maintenir une clause dérogatoire facultative qui existait déjà dans la directive depuis 1999 au bénéfice de trois sites de production de chlore: l'un en Pologne, les deux autres en Allemagne. Je répète que la Belgique n'est en rien concernée par ce type de processus de fabrication du chlore.

En outre, cette dérogation, dont pourront encore faire usage les deux États membres concernés, est conçue comme temporaire puisque le texte en discussion rend désormais obligatoire l'utilisation d'alternatives dès qu'elles sont disponibles, ce qui est déjà le cas à vous entendre.

Des documents techniques sont disponibles au service Maîtrise des risques de l'administration. Il en ressort que les investissements des trois dernières industries concernées vont dans le bon sens et permettront une élimination de fait de l'usage de cette dérogation dans un futur proche.

La préférence de la Belgique va bien entendu à une interdiction totale de l'amiante et elle insistera demain sur ce point si des discussions sont encore possibles. Si tel n'était pas le cas, serait-il dès lors envisageable que l'expert belge vote demain favorablement sur l'ensemble du texte qui accroît la protection des citoyens européens tout en votant négativement sur un point particulier, à savoir le passage relatif au maintien de la clause dérogatoire? Non, hélas! Selon notre représentation permanente à l'Europe, la "comitologie" ne prévoit pas cette possibilité. Nous soutiendrons toute tentative d'une plus grande clarté sur ce texte mais un vote négatif de la Belgique serait considéré comme un vote négatif de l'annexe 17 qui est porteur d'une protection étendue de la santé des citoyens européens. Nous serons toutefois bien évidemment attentifs aux explications de la Commission concernant l'absence de consultation du comité scientifique.

Oui, madame Gerken, la lutte contre le cancer est pour moi une priorité et le restera! Non, madame

Gerkens, la problématique de l'amiante n'est pas prise à la légère par les autorités belges! Je vous rappelle que la Belgique a joué un rôle précurseur dans l'interdiction de l'amiante, qu'elle a été l'un des premiers États à mettre en place un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, sur l'initiative de M. Rudy Demotte, et qu'elle a proposé l'inscription d'un objectif "zéro amiante" dans le plan global d'action en gestion des produits chimiques élaboré par les Nations unies. Cette demande a été refusée une première fois par le Canada mais nous la remettrons à l'agenda en mai prochain. En effet, les conditions des travailleurs indiens ou brésiliens, par exemple, qui sont encore quotidiennement en contact direct avec l'amiante sont inadmissibles et sans comparaison avec les conditions d'utilisation de diaphragmes de cellules d'électrolyse dans les trois sites de production européens précités.

Qu'on le regrette ou non, toute dynamique européenne est basée sur la recherche d'un consensus permanent, ce qui n'empêche pas les États membres de se fixer des objectifs ambitieux dans ce domaine primordial qu'est la santé publique!"

20.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la secrétaire d'État, je vous remercie pour cette réponse. Je sais que vous ne pourrez probablement pas ajouter d'éléments par rapport à ma réplique. Néanmoins, d'une manière générale, dire que la Belgique a été pionnière dans l'interdiction de l'amiante et dans l'installation d'un fonds d'indemnisation, c'est avoir la mémoire courte! En effet, nous sommes un des derniers États à avoir interdit l'amiante et le fonds n'existe que depuis moins d'un an, puisqu'il est entré en application en avril dernier. Nous sommes donc loin derrière d'autres pays qui, comme nous, ont connu un grand nombre de victimes de l'amiante.

Bien sûr, pour la Belgique, le citoyen belge n'est pas concerné et ce n'est pas pour cette dérogation précise que je m'inquiète. L'Union européenne a une responsabilité: le fait de ne pas être suffisamment vigilant permettra sans doute au lobby de l'amiante d'utiliser les failles. D'ailleurs, je le compare souvent au lobby du tabac vu qu'ils utilisent le même genre de procédés, qu'ils ont essayé durant très longtemps (jusque dans les années 90) d'affirmer que l'amiante était bon pour la santé alors que tout démontrait qu'il était mortel. La vigilance est donc bien de mise.

Je constate que nous ne sommes pas d'accord sur la possibilité de se positionner sur un paragraphe. Néanmoins, peut-être de manière trop optimiste, je retiens que le représentant de notre gouvernement tâchera de s'opposer à ce paragraphe précis, tout en acceptant les autres qui répondent au cadre de REACH, règlement important.

En ce qui concerne la limitation, selon moi, l'ouverture de ce paragraphe par rapport à tout ce qui existait en 1999 est plus importante. Nous pouvons nous reposer sur la lecture et l'analyse réalisées par l'ETUI, document que la ministre a eu en copie. Je dispose également de documents français reprenant une analyse identique. Par ailleurs, REACH permet de par sa nature même d'interdire un élément douteux si des alternatives existent; or, dans ce cas, des alternatives existent bel et bien.

La ministre ne répond pas dans le détail à mes questions sur ces alternatives. Solvay, présente en Allemagne, n'y utilise plus le diaphragme amianté, Dow Chemical n'utilise plus de diaphragme aux États-Unis non plus. Nous disposons d'études démontrant que ces alternatives consomment moins d'énergie et que, bien que légèrement plus coûteuses, les cellules sans amiante durent nettement plus longtemps à l'usage et qu'elles en deviennent plus rentables d'un point de vue économique.

Voilà pourquoi je m'agite: les alternatives existent, elles sont techniquement et économiquement plus intéressantes et il n'est donc nullement nécessaire de garder ce paragraphe de dérogation. Il conviendrait de le supprimer purement et simplement. J'espère que la ministre relatera cette position, se joindra à la France et aux Pays-Bas; il paraîtrait que la Slovaquie voudrait également obtenir un vote sur cet article.

Ce serait faire œuvre de solidarité vis-à-vis des pays européens, voire du monde entier, que d'empêcher l'utilisation de l'amiante. En 2004 déjà, seulement 13 ou 17% de chlore était encore produit de cette façon. Je sais que l'Inde et le Japon veulent aussi interdire l'amiante, même dans ces cellules. Ce serait un mauvais signal de la part de l'Union européenne que d'utiliser de nouveau cette dérogation. Je compte donc fermement sur notre ministre.

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

21 **Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS)" (nr. 9217)**

21 **Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de fatigue chronique (SFC)" (n° 9217)**

21.01 **Maya Detiège** (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de staatssecretaris, onlangs publiceerde het Kenniscentrum een kritisch rapport over de referentiecentra voor ME, of myalgische encefalomyelitis en CVS.

Patiënten spreken zich al langer negatief uit over die centra. Zij klagen ook aan dat de Belgische overheid weigert om ME-CVS te erkennen als een fysieke aandoening. Als rechtstreeks gevolg daarvan worden de patiënten louter en alleen psychosomatisch behandeld met cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie, hoewel talloze studies het nut van die aanpak sterk tegenspreken en zelfs de graduele oefentherapie als schadelijk beschouwen. De patiënten lanceerden daarover zelfs een petitie.

De artsen blijven het onderling oneens over de aan te bevelen richtlijnen voor diagnose en behandeling van de aandoening, en we kunnen zelfs spreken van een ware methodestrijd tussen de aanhangers van de psychosomatische benadering en een groep die stelt dat het gaat om een neurologische aandoening met immunologische en endocrinologische afwijkingen tot gevolg.

Vandaar heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, welk standpunt neemt minister Onkelinx in tegenover de strekking van de petitie die door de patiëntenverenigingen is verspreid?

Ten tweede, welke maatregelen zal de minister nemen ten aanzien van de referentiecentra, in het licht van het evaluatierapport van het Kenniscentrum en van de voorafgaande adviezen over hun werking?

Ten derde, zal de minister een initiatief nemen om tot een oplossing te komen voor de meningsverschillen van de specialisten die het medisch landschap in ons land momenteel in twee splijten? Die derde vraag is echt wel de belangrijkste, want de discussie woedt al jaren. Zowel de patiënten als de mensen die met de aandoening begaan zijn, willen uiteindelijk wel klaarheid. Zij willen weten hoe het staat en wat de minister daaromtrent zal doen.

21.02 **Julie Fernandez-Fernandez**, secrétaire d'État: Madame la députée, en réponse à votre question, je tiens à vous préciser que la politique relative au diagnostic et au traitement de la maladie du syndrome de fatigue chronique doit être basée sur les recommandations du Centre d'expertise et du Conseil supérieur de la Santé. Ces recommandations et leurs bases scientifiques diffèrent cependant de la pétition qui circule sur internet et dont vous faites mention. La recommandation la plus importante consiste à dire qu'il faudrait, à titre expérimental, une organisation de soins plus structurée pour cette maladie. Dans cette organisation de soins par degrés, la première ligne doit recevoir un rôle central en combinaison avec les centres de deuxième ligne proches et un centre de référence. Dans le rapport du Centre d'expertise et du Conseil supérieur de la Santé, un rôle est toujours réservé au centre de référence pour le syndrome de fatigue. Il n'y est certainement pas plaidé pour arrêter le financement des centres de référence. Il est proposé, au contraire, d'en modifier le financement, avec un nombre de commissions plus strict.

En ce qui concerne la thérapie comportementale cognitive, le KCE a écrit dans son rapport que, d'après la littérature scientifique, cette thérapie est d'une certaine efficacité chez les patients atteints de fatigue chronique, sur le plan du fonctionnement physique, de l'état psychologique, de la qualité de la vie et de la santé en général.

Quant à la thérapie d'exercice graduel, le KCE a trouvé, dans la littérature scientifique, que celle-ci agissait sur le plan de la fatigue, de la qualité de la vie, et sur le sentiment qu'un patient a de ses possibilités fonctionnelles. Par contre, rien n'est prouvé concernant l'amélioration de la capacité d'activité des patients.

Le rapport du Centre d'expertise soutient donc la thérapie comportementale cognitive et la thérapie d'exercice graduel, parce que celles-ci entraînent une amélioration partielle de l'état des patients. Il s'agit donc d'un aspect positif du travail des centres de référence pour cette maladie.

Toujours d'après la littérature, il semble que la thérapie utilisant les immunoglobulines pour les adultes atteints de ce syndrome ne soit pas utile. Les autres thérapies immunologiques ne rassemblent pas suffisamment de preuves d'efficacité. Les résultats des études sur l'action des antibiotiques ne permettent pas de tirer des conclusions uniformes. Les effets secondaires éventuels des antibiotiques doivent être pris en considération.

L'insuffisance de preuves d'effets positifs affecte aussi la voie des suppléments diététiques, y compris celle des acides gras essentiels. En résumé, au jour d'aujourd'hui, il existe vraiment trop peu de preuves scientifiques pour dire que d'autres thérapies que celles appliquées par les centres de référence mènent à une amélioration de l'état de ces patients.

Le fait que le KCE et le Conseil supérieur de la Santé soutiennent les thérapies développées par les centres de référence n'implique pas qu'ils se prononcent sur la nature de la maladie. Ni le rapport du KCE, ni la réglementation de l'INAMI sur les centres de référence du syndrome de fatigue chronique ne disent que cette maladie est une affection psychosomatique.

Je pense ainsi avoir apporté assez d'éléments probants permettant d'appréhender pourquoi le rapport du KCE s'écarte de la plupart des affirmations de la pétition. Cette dernière prétend que son point de vue est scientifiquement établi, sans que ce ne soit en ce moment le cas. Que certains patients fassent une pétition contre les centres qui leur offrent un traitement est évidemment curieux. Certains patients ont le sentiment que la thérapie comportementale cognitive implique automatiquement que le syndrome est une affection psychosomatique et donc psychiatrique, alors qu'ils sont convaincus que la cause principale de la maladie est biochimique.

La pétition ne dit rien sur la qualité des traitements que les centres de référence du syndrome offrent. Elle dit seulement que ces traitements et les centres de référence ne sont pas acceptés par une partie des patients qui leur préféreraient un traitement médicamenteux. L'efficacité de ce dernier n'est nullement prouvée scientifiquement à l'heure actuelle.

Il revient aux instances compétentes de l'INAMI de prendre les initiatives nécessaires afin de réaliser progressivement et dans les meilleurs délais possibles toutes les recommandations du KCE. En tant que ministre de la Santé, Mme Onkelinx, soutiendra ces initiatives et prendra les dispositions utiles qui sont de sa compétence dans le cadre de leur mise en œuvre.

21.03 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de voorzitter, het is een hele boterham met opmerkingen en vragen, ook van mijn kant. CVS is immers een heel gevoelig thema. Zoals u zelf aanhaalt, zijn er voor een aantal feiten onvoldoende bewijzen, bijvoorbeeld als het gaat over immunotherapie. Dat zijn de opmerkingen van het Kenniscentrum en van de vakliteratuur zelf.

Waar ik het moeilijk mee heb, is het feit dat het Kenniscentrum enkel met de referentiecentra wil doorgaan, omdat blijkt dat zij de enige of de beste, wetenschappelijk onderbouwde denkpiste zouden vormen. Dat is wat ik uit het antwoord kan ventileren.

Dat is toch wel heel spijtig. Uiteindelijk is het immers de bedoeling een referentiecentrum te creëren ten dienste van de patiënten en om de gezondheid van die patiëntendoelgroep te verbeteren.

Ik stel bijgevolg de volgende vraag. Gezien de petitie van de patiënten is er blijkbaar ontevredenheid bij precies de groep die door de referentiecentra zouden moeten worden geholpen. Los van alle analyses van het Kenniscentrum en van de Hoge Gezondheidsraad, moet er toch minstens met de betrokken patiënten rond de tafel worden gezeten om na te gaan wat zij precies willen.

Immers, voor de ontwikkeling van geneesmiddelen is nader onderzoek door de farmaceutische industrie en door de universiteiten nodig. Daaraan kunnen het Kenniscentrum en het RIZIV op zich niets doen. Als het echter gaat over de werking van de referentiecentra en een betere invalshoek, op vraag van de patiënten, dan moet daarmee rekening worden gehouden.

Dat is het eerste luik van mijn opmerkingen.

Ten tweede, ik hoor de hele tijd spreken over onvoldoende bewijzen van allerlei zaken die met de aandoening te maken hebben. Ik kan bijgevolg alleen maar vaststellen dat het hoog tijd wordt dat er aan

universiteiten en aan wetenschappelijke onderzoeksinstituten het signaal wordt gegeven om de ziekte au sérieux te nemen en na te gaan hoe de betrokken patiënten het best kunnen worden geholpen.

Niet een maar meerdere jaren is er immers discussie daarover.

In de vakliteratuur staat de ene keer geschreven dat de aandoening psychosomatisch is en de andere keer dat ze neurologisch is. Wat is het nu?

Ik weet ook dat wij het probleem niet op een jaar tijd kunnen oplossen. Niettemin zou ik willen dat er iets meer in de betrokken groep patiënten wordt geïnvesteerd dan nu het geval is. Wij voelen immers aan dat heel veel patiënten vinden dat zij in de kou worden gelaten.

De hoofdverschijnselen van de ziekte zijn dat de patiënten moe zijn. Zij worden dus heel vaak door hun omgeving niet au sérieux genomen. Indien dus kan worden bewezen dat zij wel degelijk aan een aandoening lijden, worden de betrokkenen psychologisch al heel veel vooruitgeholpen.

Geef dus alstublieft voornoemd signaal aan de betrokken instanties die werk van de zaak kunnen maken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17.08 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.08 uur.