

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

MAANDAG 16 FEBRUARI 2009

LUNDI 16 FEVRIER 2009

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 15.35 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 15.35 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la résolution visant à interdire l'utilisation des dispositifs répulsifs jeunes de type 'Mosquito'" (n° 10065)

01 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resolutie die ertoe strekt systemen van het type 'Mosquito' die hangjongeren moeten verjagen, te verbieden" (nr. 10065)

01.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, comme vous le savez, nous avons voté une résolution en juin 2008 concernant l'interdiction d'utilisation du "Mosquito" sur le territoire belge.

Je vous avais interrogée sur les suites de cette résolution puisqu'il vous appartient de la transposer dans un arrêté royal. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons souhaité voter une résolution et non une proposition de loi. À l'époque, en octobre 2008, vous m'aviez annoncé que vous étiez toujours dans l'attente de l'avis du Conseil supérieur de la Santé.

Madame la ministre, quelles ont été les démarches entreprises depuis lors – j'imagine en effet que vous avez reçu l'avis – pour procéder à la transposition de cette résolution le plus rapidement possible?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Jadin, j'ai effectivement reçu l'avis du Conseil supérieur de la Santé dont les conclusions sont les suivantes. Je vais les lire, ce qui sera plus simple: "Au vu des données disponibles, le Conseil supérieur de la Santé estime qu'il n'existe aucun danger de dommages auditifs chez les adultes et les adolescents à la suite de l'exposition au son émis par le Mosquito. Des nuisances, sous forme par exemple de plaintes aspécifiques peuvent toutefois apparaître, ce qui va bien dans le sens de la fonction de l'appareil. Des nuisances apparaissent par définition chez des adolescents.

L'effet chez les bébés est toutefois inconnu. Une exposition prolongée de jeunes enfants et de bébés devrait, dès lors, être évitée."

Quand j'ai demandé l'avis, je dois reconnaître que j'étais persuadée que j'aurais une base qui me permettrait d'agir, mais ce n'est pas vraiment le cas. Si des mesures doivent effectivement être prises contre les Mosquitos, ce ne sera pas dans le cadre d'un impératif de santé publique puisque je ne dispose pas de l'expertise me permettant d'agir en ce sens.

Évidemment, beaucoup de choses pourraient être dites au niveau éthique dans la mesure où ces appareils affectent indistinctement les adolescents; de plus leur assimilation à la lutte contre les moustiques s'avère dégradante pour des personnes traitées comme des insectes nuisibles.

Je répète que, sur base de l'avis qui m'a été rendu, il m'est difficile d'agir en invoquant un principe de santé

publique.

Parmi les scientifiques interpellés, on dénombre un spécialiste des radiations électromagnétiques et des ultrasons, trois ORL issus de trois universités différentes, une spécialiste en toxicologie et même un spécialiste étranger de l'analyse de risque en santé et toxicologie.

01.03 Kattrin Jadin (MR): J'ignorais en effet la teneur de cet avis. Il ne va pas dans le même sens que d'autres études qui ont été réalisées dans d'autres pays. On ne connaît toujours pas les répercussions possibles sur les fœtus, ni si l'épiderme constitue une protection.

De toute façon, ce procédé est condamnable d'un point de vue éthique. Qu'allons-nous faire? Qui faudra-t-il charger de la transposition de cette résolution?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il me semble que c'est le ministère. La prévention, quant à elle, relève des Communautés.

La **présidente:** Cela peut relever de l'Intérieur ou de l'Égalité des chances - pour la non-discrimination -, donc de Mme Milquet.

01.05 Kattrin Jadin (MR): Je ne suis pas experte en ce domaine, mais je vais tout de suite demander...

01.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense que c'est le ministre de l'Intérieur. Dans cet avis, les aspects sociaux sont analysés et il est dit que "dans l'espace privé, un Mosquito pourrait être envisagé au même titre qu'une alarme, qu'une barrière, mais l'espace public, lui, appartient à tout le monde, y compris aux jeunes". Ces mesures relèvent donc de l'environnement de sécurité d'un espace public.

01.07 Kattrin Jadin (MR): Je pense que cette piste est tout à fait intéressante, d'autant plus que c'est via l'Intérieur que nous pourrions imposer l'interdiction totale dans l'ensemble des communes, via une circulaire. Je vais interroger le ministre de l'Intérieur et peut-être aussi celui de l'Économie, car il s'agit d'une interdiction de commercialisation. Je vais aussi interpellier Mme Milquet. Je serais très heureuse de recevoir un exemplaire de cet avis.

01.08 Laurette Onkelinx, ministre: Vous le trouverez sur le site www.health.fgov.be. C'est l'avis n°8415.

01.09 Kattrin Jadin (MR): Je vais le consulter au plus vite.

La **présidente:** Nous poursuivrons via une autre voie, Mme Jadin.

01.10 Kattrin Jadin (MR): Certainement, madame la présidente. Nous n'allons pas nous laisser faire.

La **présidente:** Dans notre résolution, nous parlons à la fois des aspects santé et de l'aspect discriminant et non éthique vis-à-vis des jeunes. Nous pourrions l'utiliser auprès de plusieurs ministres si nécessaire.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- **M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation des médecins généralistes en région rurale" (n° 10175)**

- **M. David Lavaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions de garde des médecins généralistes" (n° 10219)**

02 Samengevoegde vragen van

- **de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de situatie van huisartsen in landelijke gebieden" (nr. 10175)**

- **de heer David Lavaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de omstandigheden van de wachtdienst voor huisartsen" (nr. 10219)**

02.01 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, la situation des médecins généralistes en zone rurale est de plus en plus préoccupante et, pour les médecins-mêmes, intenable. La province du Luxembourg, rurale, est

particulièrement touchée par ce phénomène où la plupart des communes manquent de médecins. Martelange, par exemple, compte trois médecins généralistes pour plus de 1.500 habitants. Ces médecins se partagent aussi les gardes, donc un week-end sur trois.

Outre le stress auquel sont soumis les médecins des zones rurales, le risque est réel pour les habitants de la région de voir disparaître totalement leur encadrement médical. La mise en place du fonds Impulseo I en 2006 devait inciter les jeunes médecins à s'installer dans ces zones désertées. Cependant, dans la province du Luxembourg, de nombreux médecins se sont installés pour repartir aussitôt, découragés par la surcharge de travail.

Madame la ministre, vous avez plusieurs fois évoqué la prochaine évaluation de l'impact du fonds Impulseo I. Quand recevrez-vous les conclusions de cette évaluation? Des réunions sont-elles prévues avec les cercles de médecins locaux afin de trouver de nouvelles solutions à ce problème? Allez-vous prendre de nouvelles initiatives afin de favoriser la relance d'une structure médicale efficace dans les régions rurales?

02.02 David Lavaux (cdH): Madame la ministre, les conditions de garde en médecine générale sont établies par l'arrêté royal du 8 juillet 2002. Cet arrêté prévoit qu'en période de garde un médecin soit disponible pour 30.000 habitants. Dans de nombreuses zones, spécialement dans les zones rurales, la pénurie de médecins généralistes est criante, provoquant une fréquence de garde épuisante pour ceux-ci.

En réponse à ce problème, les associations de médecins généralistes de Binche et d'Erquelinnes ont manifesté leur souhait de fusionner leurs zones de garde. Cela aurait pour conséquence un nombre de gardes moins fréquent pour chaque médecin, qui devraient cependant couvrir une zone beaucoup plus large s'étendant sur plus de 30 kilomètres. Cette solution ne semble pas envisageable sans l'établissement dans la région d'un poste de garde de médecins généralistes vers lequel seraient redirigés les patients ne nécessitant pas l'envoi sur place d'un médecin de garde.

D'autre part, la fusion des zones de garde n'est pas envisageable si la condition d'un médecin pour 30.000 habitants, prévue dans l'arrêté royal du 8 juillet 2002, n'est pas modifiée.

Madame la ministre, je sais que la situation des médecins de garde vous a été maintes fois rapportée. Dans le cadre de l'accord médico-mutualiste 2009, le gouvernement avait prévu de libérer un budget de 1.500.000 euros afin de soutenir le financement de postes de garde. D'après mes informations, le projet de ce poste sur Erquelinnes attend toujours ces subsides. Seront-ils mis bientôt à disposition des associations de médecins de la région?

Que pensez-vous de la possibilité de modifier l'arrêté royal qui permettrait l'élargissement des zones de garde? Est-il à l'ordre du jour de le modifier? Avez-vous des contacts avec le Conseil supérieur des médecins à ce sujet?

Par ailleurs, vous avez mis sur pied un projet pilote dans la région du Centre qui devrait permettre, à terme, de distribuer les appels des patients vers la solution la mieux adaptée à leur problème. Qu'en est-il de ce projet? Va-t-on rapidement en tirer des conclusions?

02.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, la situation de la médecine générale en région rurale mérite effectivement une étude approfondie et surtout des mesures concrètes pour éviter une pénurie à l'avenir et, à plus court terme, des problèmes d'organisation de garde. J'ai encore assisté à une réunion sur le sujet, fin de semaine dernière.

Il faut savoir qu'il y a dans notre pays, en moyenne, un généraliste plein temps pour 1.000 habitants. La situation à Martelange avec trois généralistes pour 1.500 habitants n'est pas exceptionnelle, mais elle pose bien évidemment des problèmes d'organisation des gardes.

Plusieurs mesures incitatives ont été prises ces dernières années, notamment le fonds Impulseo I attribuant des primes de 20.000 euros et des prêts sans intérêt aux médecins s'installant dans des zones à faible densité. Depuis octobre 2006, 183 médecins ont profité d'une prime d'installation et 243 d'un prêt sans intérêt dont respectivement 15 et 9 pour la province du Luxembourg.

Comme vous le savez, au cours de l'année 2008, j'ai élargi les zones du fonds Impulseo I. J'ai aussi mis en place le fonds Impulseo II qui attribue une importante aide financière aux médecins travaillant en réseau et

qui engagent une aide administrative.

Vous devez savoir aussi qu'un fonds Impulseo III pour les pratiques en solo est en cours d'élaboration.

Ces fonds permettront de diminuer fortement les tâches administratives des généralistes et ainsi de soulager leur excès de travail dans certaines zones.

En ce qui concerne les gardes, la solution la plus souvent prônée par les acteurs de terrain est, dans les zones à faible densité, la reprise des gardes de nuit par les urgences hospitalières et le service 112. Toutefois, l'Ordre des médecins a récemment donné un avis négatif sur cette solution d'exception. Mes services juridiques sont occupés à examiner cette problématique.

Parallèlement, je viens de lancer une étude pilote de dispatching central, appelée 1733, qui débutera dans les prochaines semaines; les zones pilotes se situant dans le Hainaut et à Bruges. Il amènera les patients souhaitant une aide médicale le week-end ou la nuit à être orientés directement soit vers l'ambulance d'urgence, soit vers la garde hospitalière la plus proche, soit vers le poste de garde avancé, soit vers le généraliste de garde.

Ce système devrait soulager les généralistes.

Après une évaluation d'un an, il pourrait être généralisé à l'ensemble du réseau belge.

J'ai également pris des mesures pour soutenir les postes de garde avancés diminuant, entre autres, significativement le nombre de visites à domicile. Le budget pour 2008 a été porté de 1,2 à 2,1 millions afin de répondre à l'ensemble des demandes sur le terrain. Un accord a également été donné pour 2009 par le comité de l'assurance.

Rien n'empêche par ailleurs deux cercles de généralistes se situant dans des zones contiguës de fusionner et ainsi d'organiser les gardes en commun.

En ce qui concerne l'arrêté royal du 8 juillet 2002, il prévoit effectivement un minimum d'un médecin de garde pour 30.000 habitants. Je vais demander à mon administration d'étudier l'intérêt et la possibilité juridique d'un changement en la matière.

Si l'on veut par ailleurs améliorer à long terme la densité médicale en région rurale, il faudra probablement prendre d'autres mesures telles l'augmentation des stages pour les étudiants et les généralistes en formation dans ces zones ou encore une aide supplémentaire à l'installation en collaboration avec les autorités locales.

02.04 Josy Arens (cdH): Je remercie Mme la ministre pour cette réponse.

Madame la ministre, si je vous ai bien compris, le cas de Martelange pourrait se résoudre en essayant de fusionner pour organiser les gardes avec...

02.05 Laurette Onkelinx, ministre: C'est l'une des possibilités. Dans quelques mois, se mettra en place le projet pilote de dispatching central 1733 – j'ai parlé d'un an pour l'évaluation.

De quoi s'agit-il? Il commencera réellement dans les prochaines semaines avec deux projets pilotes, l'un en Wallonie et l'autre en Flandre. Vous téléphonez aux services de secours; vous aurez alors en ligne le dispatching pour les urgences. Il s'agira de personnes formées qui pourront détecter si vous avez besoin d'une ambulance ou si quelques conseils peuvent suffire.

On appelle en effet parfois simplement parce qu'on est paniqué alors que cette panique n'a pas lieu d'être. Un enfant qui a beaucoup de fièvre nécessite peut-être d'abord un bain avec de l'eau plus fraîche ou une cuiller de Junifen.

Les répondants seront formés aux premiers soins pour permettre à l'appelant de réagir à la maison et d'attendre d'aller chez le médecin le lendemain. Ils pourront également détecter directement si le besoin d'une ambulance se fait sentir. En effet, pour l'instant, très souvent le médecin généraliste arrive et constate qu'il faut une ambulance. Il s'est alors déplacé alors qu'il n'aurait pas dû et c'est du temps perdu pour le

malade.

Deux zones ont été choisies car les cercles des médecins généralistes étaient très motivés pour organiser cet appel de secours. Cela pourrait être une solution. Une autre solution, que j'ai déjà évoquée, réside dans l'installation de davantage de médecins et dans la multiplication des processus d'aide. L'initiative Impulso III apportera une aide administrative aux médecins en solo. Dans ces régions, c'est probablement encore plus utile qu'ailleurs.

Enfin, une autre possibilité serait que plusieurs cercles fusionnent, ce qui permettrait de répartir différemment les tours de garde car, à certains endroits, ils sont particulièrement fatigants pour les médecins.

02.06 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

02.07 David Lavaux (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse qui a l'avantage d'examiner toutes les pistes possibles et d'aller dans toutes les directions. C'est évidemment positif car il faut multiplier les possibilités d'améliorer les conditions vécues sur le terrain.

Je serai particulièrement attentif à ce nouveau système de dispatching qui sera mis en place, avec la particularité que ce ne seront pas des médecins qui répondront au téléphone. Qu'en est-il des responsabilités liées à un éventuel aiguillage?

02.08 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Lavaux, c'est le même principe lorsqu'on appelle une ambulance. En outre, ces personnes seront spécialement formées pour cela.

02.09 David Lavaux (cdH): J'attends également l'avis de vos services sur un changement éventuel du nombre de personnes qui doivent être couvertes par un médecin de garde. Cette norme est aujourd'hui fixée à 30.000 personnes. Nous verrons si celle-ci sera modifiée ou non.

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

La **présidente**: La question n° 10192 de Mme Van Daele est transformée en question écrite. M. Crucke pose actuellement une question dans une autre commission. Il nous rejoindra ensuite. Les questions n°s 10312 et 10383 de Mme Smeyers sont reportées. La question n° 10343 de Mme De Block est transformée en question écrite.

03 Vraag van de heer Roel Deseyn aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "computervirussen in Belgische ziekenhuizen" (nr. 10414)

03 Question de M. Roel Deseyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les virus informatiques dans les hôpitaux belges" (n° 10414)

03.01 Roel Deseyn (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij gebruiken allemaal steeds meer informatica. De overheid doet dat en ook de zorgsector gebruikt veel computermateriaal. Dat heeft natuurlijk ook consequenties. Als het allemaal goed gaat stelt niemand zich vragen, maar wat als er problemen zijn met de hardware of software of als er sprake is van een kwaadaardig opzet zoals een computervirus? Wij hebben dat meegemaakt in het Meldaziekenhuis in Bonheiden, enige tijd geleden.

De plaats is minder belangrijk, maar wel belangrijk is te weten hoe de overheid tegen dergelijke aanvallen is gewapend. Ik volg de evolutie in de sector toch al enige tijd en ik denk dat dergelijke fenomenen zich in de toekomst veelvuldig zouden kunnen herhalen. Er is heel het systeem van botnet waarmee men op enkele seconden een netwerk kan platleggen. Wanneer een sector zoals de Volksgezondheid van informatica afhankelijk wordt, moeten wij zeer alert zijn.

U hebt een brief naar de ziekenhuizen gestuurd om te waarschuwen voor het virus. Dat blijft dan bij de behandeling van dat ene incident van dat ene virus. Het is duidelijk dat dit in de toekomst op een meer systematische manier moet worden opgevolgd.

Er is een Europese richtlijn in de maak die verlangt dat alle kritische informatica-infrastructuur wordt geïdentificeerd. Een inventaris van die kritische systemen wordt nu ook door de federale overheidsdienst

Fedict voorbereid.

Mevrouw de minister, ik heb een aantal vragen ter zake.

Werkt men voor de beveiliging van het informaticapark van de ziekenhuizen volgens bepaalde standaarden? Bestaat er een federale regelgeving of richtlijnen ter zake waaraan men zich dient te conformeren? Dat zou het ingrijpen bij een eventuele ramp of een kwaadaardig voorval vergemakkelijken.

Hoe worden ziekenhuizen ondersteund in het voorzien van een veilige computernetwerkomgeving, zeker op acute diensten zoals intensieve zorgen, spoedgevallen, het operatiekwartier en het verloskwartier? We zien dat wanneer de medische hardware wordt aangetast, de organisatie van het ziekenhuis plots in duigen valt. Men kan de beelden of de interpretatie ervan niet meer doorsturen. De patiënten lijden onder de situatie van een geïnfecteerd netwerk.

Werkt Volksgezondheid samen met Fedict in het kader van de identificatie van de kritische infrastructuur? Worden de ziekenhuizen de facto als een kritische infrastructuur gezien in de vertaling die de Belgische regering van de Europese richtlijn zal maken? Men zou kunnen zeggen dat de netwerken van de ziekenhuizen in het bijzonder in de gaten moeten worden gehouden om zeer snel met een alternatief back-upplan te kunnen komen.

Ik pleit al een hele tijd voor een Belgische CERT. Dat is een instantie die bij kwaadaardig opzet heel snel moet kunnen ingrijpen om back ups te laten draaien. Dat is ook van belang voor de sociale zekerheid en de energie-infrastructuur. Mijn vraag aan u, mevrouw de minister van Volksgezondheid, gaat echter specifiek over de ziekenhuizen. Hoe zullen wij dat in de toekomst structureel beveiligen? Ik denk aan het automatisch versturen van patches die in een ziekenhuisnetwerk kunnen worden geïntegreerd of aangewend om ongelukken en improvisatie te vermijden.

03.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, de informatica is uiteraard een uitstekend instrument voor de ziekenhuizen. Indien dat instrument defect blijkt te zijn, dan kan dat ernstige problemen geven voor de goede werking van het ziekenhuis. Dat is evident. Het is derhalve primordiaal dat de ziekenhuizen waken over de kwaliteit en de efficiëntie van hun informaticasysteem. Dat behelst natuurlijk ook de belangrijke kwestie van de veiligheid van het netwerk en van het informaticamateriaal, zoals de beveiliging tegen virussen.

Er bestaan vanwege de FOD Volksgezondheid geen precieze richtlijnen, want de veiligheid van de informatica is daarvan immers geen essentiële opdracht. Men beschikt ook niet over voldoende expertise voor deze zeer technische materie. De ziekenhuizen moeten zich daarvoor wenden tot andere partijen die gespecialiseerd zijn in informaticabeveiliging. In dat opzicht wijs ik erop dat de erkenningsnormen van de ziekenhuizen erin voorzien dat elk ziekenhuis verplicht is om een veiligheidsconsulent aan te duiden die is belast met de beveiliging van de informatie. Hij moet onder andere de verantwoordelijken voor het dagelijks beheer assisteren en hen nuttige raad geven over elk aspect van de beveiliging van de informatie.

Wat betreft de Europese richtlijn waarnaar u verwijst, het gaat over een richtlijn van 8 december 2008, gepubliceerd in het Bulletin van de Europese Unie, van 23 december, die binnen de twee jaar moet worden omgezet in Belgisch recht. De richtlijn beoogt de identificatie van de kritieke Europese infrastructuren, die onmisbaar zijn voor het behouden van de essentiële functies van de maatschappij, zoals de gezondheid of de veiligheid. Het is de bedoeling om over een minimale identieke benadering te beschikken in alle lidstaten.

Zoals u weet, is Fedict belast met het realiseren van de identificatie van de zogenaamde kritieke infrastructuur. Volgens Fedict betreft het allereerst de sectoren van de energie en de mobiliteit, maar voor mij lijkt het evident dat de gezondheidssector, en meer in het bijzonder de ziekenhuizen, eveneens een kritieke sector zijn. In dat kader is mijn administratie uiteraard ter beschikking van Fedict, om te helpen bij het identificeren van de kritieke elementen van de informaticasystemen in de ziekenhuizen.

03.03 **Roel Deseyn** (CD&V): Mevrouw de minister, u zegt dat uw administratie beschikbaar is, maar ook Fedict zegt ter beschikking te staan voor de administraties die dat vragen. Het zal belangrijk zijn mekaar te vinden. Samenwerking is zeker noodzakelijk, aangezien er inderdaad heel wat technische expertise moet worden ingebouwd.

Het is natuurlijk een beetje tragikomisch om te zien dat er post factum een brief werd verstuurd. De kwestie

is dat de verspreiding van een virus natuurlijk in enkele kritische seconden gebeurt. Er is een multiplicatie-effect met factor een miljoen, misschien, op ettelijke seconden.

Het zou dus goed zijn als de ziekenhuizen zeker mee in het takenpakket of opdrachtenpakket van de Computer Emergency Response Team worden vervat, zodat die coördinatoren, de veiligheidsconsulenten, worden samengebracht. U hebt namelijk gezien welke de ravage was in één ziekenhuis. Als dat zich herhaalt in tien tot twintig ziekenhuizen, dan zitten wij met een enorm probleem. De mensen zouden zich afvragen hoe het mogelijk is dat de overheid daar niet tegen is gewapend.

De attacks, de aanvallen, zullen zich volgens mij in de toekomst enkel op virtueel terrein afspelen, maar dan is België, als lidstaat van de Unie, ook bijzonder kwetsbaar. Ik reken daarom ook op uw engagement.

La **présidente**: À mon avis, c'est un combat qui ne finira jamais!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- **Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des généralistes en formation" (n° 10435)**

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nouveau statut des médecins généralistes en formation" (n° 10473)**

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van huisartsen in opleiding" (nr. 10435)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het nieuwe statuut van de huisartsen in opleiding" (nr. 10473)

04.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je reviens sur la problématique liée à la médecine générale. Je pense qu'il convient de donner aux généralistes un statut plus attrayant. Nous avons d'ailleurs déposé une proposition de résolution en la matière et je pense que différentes pistes pourraient être utiles.

Madame la ministre, la presse a fait écho du projet de réforme du statut des médecins généralistes stagiaires. D'après les informations que j'ai pu obtenir, cette solution consisterait en la création d'un statut sui generis. Dans les faits, trois contrats seraient signés: un premier entre le stagiaire médecin généraliste et une ASBL inter-universitaire qui serait en quelque sorte son employeur, un deuxième entre le stagiaire et le médecin généraliste maître de stage et un troisième entre le maître de stage et l'ASBL en question.

Je souhaiterais avoir votre avis sur trois questions assez précises.

Premièrement, alors que le nouveau statut devrait donner droit à une protection sociale en matière d'allocations familiales, de congés de maladie ou de maternité, rien n'a été mentionné en ce qui concerne la pension. Cela a d'ailleurs été relevé dans certains articles de presse. Cette information est-elle correcte? Peut-on connaître les raisons de cette situation?

Deuxièmement, pouvez-vous me dire quelles seront les mesures prises pour assurer un maximum d'indépendance au généraliste confirmé qui accepte de prendre un stagiaire?

Troisièmement, j'aurais voulu connaître les raisons qui justifient la création d'un organe intermédiaire dont, a priori, je ne vois pas l'utilité pour l'amélioration du statut des généralistes stagiaires?

04.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, uitgerekend in deze commissie hebben wij vorige week belangrijke hoorzittingen gehad in verband met het nieuwe statuut van huisartsen in opleiding en, bij afleiding, voor specialisten in opleiding.

Volgens onze informatie circuleert op dit moment een aantal voorstellen met betrekking tot het nieuwe statuut voor huisartsen in opleiding. U zou kiezen voor een drievoudig statuut, zijnde het fameuze drieluik waarbij er een contract zou zijn tussen de stagemester en de universitaire vzw, een contract tussen diezelfde vzw en de stagiair en een contract tussen de stagemester en de stagiair.

Wat het nieuwe statuut betreft, komt dit erop neer dat wij zouden kiezen voor een dubbel statuut voor de huisarts in opleiding, zijnde deels als werknemer en deels als zelfstandige. Daarbij stellen zich problemen inzake de verhouding tussen die twee statuten en de werktijdverdeling.

U werd recent aangeschreven door de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten in verband met het statuut dat u voorstelt. Daarin wordt gevraagd of dit, terwijl iedereen de mond vol heeft van administratieve vereenvoudiging, de oplossing is waar we in deze naartoe moeten.

Mevrouw de minister, ik wil vandaag een aantal concrete vragen stellen. Wat is uw reactie met betrekking tot het schrijven van de Vereniging van de Artsensyndicaten, niet onbelangrijk in dit dossier?

Gezien de hoorzitting van vorige week komt deze vraag op een goed moment. Kunt u in deze commissie wat verduidelijkend brengen inzake uw concrete plannen met dit nieuw statuut voor huisartsen in opleiding?

Het lijkt merkwaardig dat, terwijl iedereen het heeft over administratieve vereenvoudiging, u hier voor een vrij ingewikkeld statuut gaat met een driedig contract waarbij men deels zelfstandig en deels werknemer is en men een tussenliggende universitaire vzw krijgt waarmee men contracten zal sluiten.

Ik wil van u een concrete stand van zaken in dit dossier krijgen. Vindt u dat dit de administratieve vereenvoudiging ten goede komt of niet?

04.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, het nieuw statuut van de huisartsen in opleiding zou op 1 juli 2009 in werking moeten treden.

In 2008 werden tal van overlegvergaderingen gehouden tussen mijn medewerkers en de vertegenwoordigers van de stagemeesters van de huisartsen in opleiding, van de vakgroepen huisartsengeneeskunde en van de artsensyndicaten.

Ce statut comportera deux volets: d'une part, un statut similaire à celui des spécialistes en formation dans les hôpitaux, avec différentes protections sociales en matière d'allocations familiales, de congés de maladie et de repos de maternité; d'autre part, une possibilité de statut d'indépendant complémentaire couvrant en particulier les prestations de garde au-delà des 120 heures de garde obligatoire.

Le statut comportera également un cadre définissant les horaires, la fourchette du nombre de contacts-patients et le type d'activités permises dans le cadre du stage.

Les raisons qui m'ont amenée à proposer ce nouveau statut sont de trois ordres.

D'abord, ce statut mettra les généralistes sur le même pied que les autres spécialistes en formation dans les hôpitaux. Ceux-ci ont depuis longtemps un statut de salarié dit "sui generis", avec une protection sociale couvrant entre autres les allocations familiales, les congés de maladie et les congés de maternité, mais pas la pension. Les raisons en sont essentiellement financières, la participation des hôpitaux étant ainsi limitée.

Ensuite, ce statut permettra une plus grande égalité financière entre les différents médecins généralistes en formation. Actuellement, le statut étant celui d'indépendant, les salaires varient dans une fourchette de 1 à 10.

Enfin, ce statut permettra de mieux définir le cadre pédagogique de cette importante formation tout en stimulant la participation des jeunes médecins aux gardes de la première ligne.

Il va de soi que l'assistant en formation et le maître de stage auront toute liberté lors du choix du lieu de stage et dans l'abord pédagogique, dans le respect du cadre qui sera défini dans les arrêtés d'exécution. Un contrat définissant les droits et devoirs de chacun liera le maître de stage et son assistant.

Ce statut devait au départ entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2007. Il prévoyait déjà à l'époque la gestion du système par des centres inter-universitaires, l'un néerlandophone et l'autre francophone.

Les conseils d'administration de ces centres comprendront des représentants des départements de médecine générale, des maîtres de stage des généralistes en formation. Cette structure conforme à l'esprit

pédagogique qui préside à la formation des généralistes évitera par ailleurs aux maîtres de stage un travail administratif important.

04.04 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, évidemment, j'ai deux sentiments. Vu le ressenti sur le terrain, je peux comprendre la nécessité d'un statut égalitaire permettant d'augmenter l'attractivité de la médecine générale. En même temps, et cela n'étonnera personne qu'une libérale le comprenne ainsi, je crains pour l'indépendance du médecin généraliste, alors qu'il s'agit d'une profession libérale par excellence.

Je peux donc comprendre certains aspects: en effet, la tendance s'oriente vers un traitement plus égalitaire entre professions médicales, spécialistes et généralistes, ce qui constitue un point positif. Mais l'intervention d'un nouvel organe intermédiaire m'indispose: nous verrons comment cela fonctionnera. D'ailleurs, j'ai bien entendu que la mise en œuvre est prévue pour cette année. Nous étudierons alors sa composition et suivrons l'affaire de près.

04.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uw antwoord heeft tenminste het grote voordeel dat wij nu weten hoever het staat met het dossier. Er is een duidelijk engagement omtrent de inwerkingtreding op 1 juli van dit jaar. Ik blijf met de vraag zitten of de fameuze universitaire vzw, die uiteindelijk een tussenstructuur is waarop het hele ding is gebaseerd, en het laveren tussen een zelfstandigenstatuut, enerzijds, en een werknemersstatuut, anderzijds, in het kader van de administratieve vereenvoudiging wel de goede richting uitgaat. Wij hebben op zijn minst het voordeel dat er duidelijkheid is in het dossier en dat er concrete vooruitgang is in het dossier.

Ik zou u nog graag een praktische vraag stellen, mevrouw de minister. Zal dit op een eenvoudige manier in werking treden via een KB of zal dit het Parlement passeren in de vorm van een wetsontwerp waaraan wij in het kader van de parlementaire werkzaamheden nog een bespreking kunnen wijden?

04.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense que cela se fait par arrêté.

La **présidente:** Il me semble que l'année passée, des paragraphes étaient prévus dans une loi-programme et qu'ils ont ensuite été retirés.

04.07 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dring erop aan, al was het maar in opvolging van de interessante hoorzitting van vorige week, om, als het enigszins kan en als gunst aan het Parlement, de parlementsleden het betrokken koninklijk besluit op voorhand ter inzage te geven, zodat wij een minimumopvolging van het dossier kunnen hebben. Het dossier sleept reeds enige tijd aan. Het is belangrijk dat het Parlement, al was het maar om de eigen hoorzitting van vorige week op te volgen, enig zicht krijgt op deze zaak. Wij wensen niet dat het dossier tersluiks als koninklijk besluit aan ons voorbijgaat, zonder dat wij, parlementsleden, nog enig impact op het dossier hebben.

04.08 Laurette Onkelinx, ministre: Il s'agit d'un simple arrêté. On me le confirme.

La **présidente:** D'un autre côté, nous devons poursuivre les travaux parce que cela ne sert à rien de faire des auditions et ne pas aboutir à une autre réflexion entre nous. Cela permettra que nous revenions sur ce point dans l'agenda des travaux, monsieur Bultinck.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ongenoegen van de radiologen" (nr. 10471)

05 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le mécontentement des radiologues" (n° 10471)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom even terug op een ongenoegen van een bepaald specialisme, de radiologen, in de medische sector.

Ieder van ons die de medische pers een beetje volgt, heeft de jongste weken akte genomen van een schrijven van de voorzitter van het Consilium Radiologicum Belgicum, aan u gericht, in verband met het ongenoegen van de betrokken arbeidsgroep. De radiologen stellen merkwaardig vast dat er nu volop wordt

gedebatteerd over de financiering van die sector, terwijl uiteindelijk in de opgerichte taskforce de betrokken sector niet wordt geconsulteerd, niet eens betrokken partij is.

Onder de andere pijnpunten vermelden zij bijvoorbeeld het beschikbaarheidshonorarium, waar het bij andere specialismen over gaat, maar waar zij niet onder de nieuwe regeling vallen.

Op zijn zachtst uitgedrukt hebben de radiologen toch wat ongenoegen ten aanzien van u geventileerd.

Mevrouw de minister, vandaar wil ik u toch de volgende vragen voorleggen.

Wat is uw reactie op het schrijven dat het ongenoegen van de radiologen ventileert?

Concreet, hoe is de taskforce inzake de financiering van de radiologie samengesteld? Het is een belangrijke deelsector in de specialismen waar toch wat evolutie op zou zitten.

Bijkomend, waarom zou u de radiologen voor de taskforce al dan niet hebben uitgenodigd?

Tot slot, hebt u al dan niet ondertussen overleg gepleegd met de betrokken radiologen over de andere pijnpunten die ik daarnet heb aangehaald, zoals het beschikbaarheidshonorarium, waar zij niet onder vallen op dit moment?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer Bultinck, de eerste vergadering van de taskforce over klinische biologie en medische beeldvorming ging vorige week door op het RIZIV. De taskforce is een quadripartite waarin naast vertegenwoordigers van de overheid ook de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, van de artsorganisaties en van de ziekenfondsen zetelen.

De artsorganisaties hebben binnen hun vertegenwoordiging gezorgd voor de aanwezigheid van een klinisch bioloog, dokter Moens, en van een radioloog, dokter Vandendriessche.

Ik wacht nu op de voorstellen van die taskforce.

05.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik neem er akte van dat die taskforce wel degelijk aan het werk gegaan is en dat ook het debat over de samenstelling iets genuanceerder is dan dat het in de medische pers is verschenen. Ik denk dat we dat dossier, zoals zovele in uw sector, verder zullen moeten opvolgen om te zien wat er concreet uit die taskforce komt.

Daarbij vraag ik uitdrukkelijk dat die taskforce niet de zoveelste praatgroep zou zijn binnen het RIZIV of haar afgeleide organen, maar dat er ook concrete resultaten uit komen, want dat is in die sector toch meer dan noodzakelijk.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 10522 de Mme De Bont est transformée en question écrite. La question n° 10529 de M. Flahaux est reportée.

06 Questions jointes de

- Mme Valérie Déom à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nocivité des narguilés, chichas et autres pipes à eau" (n° 10535)

- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la chicha" (n° 11120)

- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le développement de la chicha" (n° 11154)

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valérie Déom aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijkheid van nargilehs, chicha's en andere waterpijpen" (nr. 10535)

- mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de chicha" (nr. 11120)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de groeiende populariteit van de chicha" (nr. 11154)

06.01 Valérie Déom (PS): Madame la ministre, à l'occasion d'un conseil communal qui n'avait rien à voir avec un problème de santé publique, mon bourgmestre a comparé les armes à feu et les couteaux à la chicha et voulait interdire cette dernière au même titre. J'ai trouvé cela limite et je suis donc intervenue sur ce point. Néanmoins, ayant eu un grand nombre de réactions portant sur l'aspect de santé publique, dans la continuité du dossier, je me permets de vous interroger. À cette occasion, on m'a demandé ce qu'est une chicha ou un narguilé.

Il s'agit donc, je le rappelle, d'une pipe orientale dont la fumée, après avoir traversé un vase rempli d'eau parfumée, est aspirée par le fumeur au moyen d'un long tuyau flexible. Il sert à fumer un tabac mélangé de mélasse et aromatisé aux fruits. Ayant leur origine dans les pays arabes où ils tiennent un rôle important dans la culture, les chichas, narguilés et pipes à eau sont les symboles de moments de détente, de dialogue, de fraternité, de fête de toute une communauté et même d'autres personnes. Ils tiennent une place importante dans la culture de nombre d'étrangers et de Belges d'origine étrangère.

Le narguilé s'est également popularisé ces dernières décennies partout en Europe où de nombreux cafés-chichas ont fleuri dans les grandes villes, y compris en Belgique, où de plus en plus de particuliers achètent de la chicha pour la fumer à domicile. Bien entendu, les narguilés servent avant tout à fumer du tabac puisqu'il s'agit d'un mélange de tabac et de mélasse et sont donc par définition nocifs pour la santé de leurs utilisateurs. Une campagne vient d'ailleurs d'être lancée à ce sujet par le Service "Prévention tabac" du Fonds des affections respiratoires, le FARES, qui semble confirmer cette nocivité.

D'aucuns estiment que les narguilés et autres pipes à eau sont au tabac ce que les alcoolops sont à l'alcool et présentent donc un effet d'attraction similaire sur les jeunes. Selon certaines sources, la nocivité de ces appareils est énorme puisqu'une heure de fumée de chicha équivaut à cent ou deux cents cigarettes.

Madame la ministre, disposez-vous de données scientifiques sur la nocivité des narguilés, de statistiques sur le nombre d'utilisateurs en Belgique et une répartition par tranche d'âge? La loi anti-tabac s'applique-t-elle aux narguilés, chichas et autres pipes à eau? J'ai eu l'occasion de visiter des bars à chicha où on me disait ne pas proposer de chicha aux moins de seize ans mais sans savoir si la loi leur était applicable.

Si ce n'est pas le cas ou s'il demeure un flou légal, est-il envisageable d'étendre la loi afin d'interdire l'usage de ces instruments aux moins de 16 ans?

06.02 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, ma question s'articule également autour de la consommation de chichas, qui s'est largement développée en Europe ces dernières années.

Cet engouement est particulièrement marqué chez les jeunes, madame la ministre. Ainsi, une enquête menée à Paris en 2008 par l'association "Paris sans tabac" montre que la moitié des jeunes de 16 ans ont déjà essayé la chicha. Ils sont 70% à 18 ans.

Cette nouvelle manière de consommer du tabac inquiète les acteurs de la santé. Dans un rapport de l'OMS, on lit les conclusions suivantes: l'usage du narguilé constitue un risque sanitaire sérieux aussi bien pour le fumeur actif que pour les autres personnes exposées à la fumée. Le tabac adouci et aromatisé utilisé dans un narguilé peut constituer une porte d'entrée dans le tabagisme pour un certain nombre de personnes, particulièrement des jeunes qui, sans cela, n'auraient jamais commencé à fumer.

Souvent considéré de manière fortuite comme moins nocif que la consommation de cigarettes, l'usage du narguilé possède dans les faits une nocivité aux conséquences bien plus graves pour la santé du consommateur.

Une étude française du laboratoire national d'essai, en charge d'effectuer des analyses de fumées de cigarettes pour le gouvernement français, a conclu que la fumée d'une chicha engendre autant de pollution en CO que 17 à 52 cigarettes et autant de goudron que 27 à 102 cigarettes.

Par ailleurs, l'étiquetage des paquets de tabac de chicha fait aussi défaut. Des vraies et des fausses indications sont souvent présentes sur les paquets qui précisent 0% de goudron, une indication vraie pour la matière sèche, mais totalement fausse quand le produit est fumé.

Madame la ministre, j'en arrive à mes questions.

En Belgique, le tabac à chicha et le tabac classique ne sont pas distingués dans les statistiques de vente. Ainsi, aucun chiffre sur la quantité de tabac vendue pour narguilé n'est disponible. Considérant les risques pour la santé publique qu'occasionne l'usage du narguilé, ne serait-il pas plus efficace, pour mieux lutter contre ce fléau, de disposer de statistiques de vente distinctes?

Ma deuxième question concerne l'étiquetage des paquets de tabac pour chicha: l'étiquetage fait souvent défaut, ce qui peut induire le consommateur en erreur et dédouaner le produit de tout risque quant à sa consommation.

Quelles actions avez-vous entreprises en termes de régulation d'étiquetage des paquets de tabac à chicha?

De manière plus globale, quelle est votre politique en la matière?

06.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, sans répéter ce qui vient d'être dit par mes collègues, je suis effrayée par le fait qu'on voit bien qu'il y a une logique de développement de la chicha là où il y a diminution de la consommation de tabac et l'interdiction de fumer dans toute une série de lieux. Sous une apparence "cool" et saine, relaxante et amusante, on invite les gens à s'installer autour d'une tasse de thé et d'une pâtisserie orientale. C'est simplement une manière de passer le temps de façon agréable en fumant de la vapeur d'eau. C'est quasiment cela qui est dit dans le message qui passe.

Lors du Festival Esperanza à l'Abbaye de Floreffe, j'ai eu l'occasion de voir des gens fumer des narguilés. Étant une ancienne fumeuse, je n'ai pas souhaité goûter mais des personnes qui ont également arrêté de fumer l'ont essayé et m'ont dit que "ce n'est pas vraiment fumer". Parmi ceux-là, une grande majorité a recommencé à fumer après avoir essayé cette pipe à eau, qui contient néanmoins du tabac, du goudron et des produits sucrés.

Pour moi, il n'y a qu'un pas pour se dire que les cigarettiers veulent que les gens gardent une assuétude et souhaitent utiliser tous les moyens pour faire consommer des cigarettes. Il ressort d'une série d'études, menées notamment en France et en Suède, que les cigarettiers essayent de trouver d'autres substances pour faire revenir le consommateur à la cigarette habituelle.

Madame la ministre, des dispositions ont-elles été prises ou vont-elles être prises en concertation avec les ministres communautaires de la Santé pour informer le consommateur, pour étudier ce phénomène sociétal et voir s'il y a des liens entre cette consommation et le tabagisme classique?

Ne doit-on pas soumettre la chicha aux mêmes règles que le tabac, en termes d'étiquetage, d'autorisation et d'interdiction? J'ai l'impression qu'il y a un laisser-aller parce qu'il s'agit d'un produit différent. Peut-être est-elle comprise dans la législation antitabac? Je ne sais pas dans quelle catégorie elle se trouve.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, vous avez bien fait de ne pas tirer un coup de chicha! En effet, bien que moins abondante que les études sur la nocivité des cigarettes, la littérature scientifique concernant les effets sanitaires de l'utilisation de la pipe à eau existe. Celle-ci confirme que les conséquences pour la santé de l'utilisation de pipes à eau sont tout aussi graves que celles causées par la consommation d'autres types de tabac.

D'après l'OMS, je cite: "Le passage de la fumée dans l'eau réduit probablement peu, voire pas du tout, la teneur en produits toxiques et carcinogènes pour les poumons. L'absorption de monoxyde de carbone, poison cardiovasculaire, peut être très élevée en raison des importants volumes inhalés et du fait que la source de chaleur est habituellement constituée de charbon ou de braises qui produisent de fortes doses de monoxyde de carbone."

La quantité de fumée inhalée lors de l'utilisation d'une pipe à eau peut être jusqu'à 30 fois plus importante que lors de la consommation d'une cigarette. Des maladies graves telles que le cancer, des maladies pulmonaires et cardiovasculaires sont associées à la consommation de chicha. De plus, comme pour les autres produits du tabac à fumer, les fumées secondaires provoquent également des risques sanitaires chez les non-fumeurs qui se trouvent à proximité et chez les fœtus.

Il est vrai, madame Lejeune, que nous disposons de peu de chiffres concernant le nombre de consommateurs réguliers de pipe à eau. Ceux-ci restent peu nombreux en comparaison des consommateurs de cigarettes et de tabac à rouler, mais il s'agit d'une habitude culturelle qui est assez

répandue chez certaines populations d'origine étrangère. On trouve même des bars à chichas dans certains quartiers.

Des mesures de lutte contre le tabagisme telles que l'application d'avertissements sanitaires sur les paquets, l'interdiction de publicité, l'interdiction de vente aux moins de 16 ans, l'interdiction de fumer dans les lieux publics s'appliquent à l'ensemble des produits du tabac. L'utilisation des pipes à eau et la vente de tabac qui y est destiné sont donc soumises à ces mêmes règles.

Vous avez raison quand vous dites qu'il y a un certain effet de mode qui accompagne ces pipes à eau, notamment chez les jeunes.

Dans ce cadre, des mesures d'interdiction sont à prendre – je suppose qu'on en parlera dans le cadre de la discussion sur l'interdiction de tabac – mais aussi des mesures de prévention, pour lesquelles les Communautés pourraient sans doute mener des campagnes ciblées adéquates. Comme on vient de le démontrer à partir de ce débat, on ne connaît pas bien les effets nocifs de ce type d'instrument.

06.05 Valérie Déom (PS): Madame la ministre, je vous remercie. En visitant les sites de l'OMS, on constate en effet que la nocivité est aussi grave que n'importe quel autre tabac ou cigarette.

Le FARES a déjà pris les devants pour indiquer qu'il est très important de sensibiliser les jeunes au danger de la chicha, à l'instar de la cigarette. En effet, on a parfois l'impression qu'il s'agit d'un moment convivial et sans risque pour la santé. Une campagne de prévention mérite d'être menée.

En tout cas, selon votre réponse, il est logique d'appliquer la loi antitabac, notamment à la chicha et au tabac vendu pour cet usage. Il serait donc intéressant d'organiser des contrôles stricts à ce sujet. À Namur, il existe deux bars à chichas, que j'ai visités, où les deux patrons m'ont garanti ne pas vendre de chichas aux moins de 16 ans. Comme le disait le journaliste qui m'accompagnait, il a peut-être dit "ce que j'avais envie d'entendre".

La campagne de prévention est lancée et il vaut la peine de sensibiliser les jeunes: c'est aussi dangereux que la cigarette et il convient de prendre ses responsabilités. On essaie de convaincre. Il me semble nécessaire de renforcer les contrôles, tant pour les bars que pour l'étiquetage des paquets, pour que les mesures d'avertissement propres à la cigarette le soient aussi envers les paquets pour chichas. Cela renforcera le côté prévention vis-à-vis des jeunes.

06.06 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, nous savons tous qu'une lutte intense a été menée concernant le tabagisme. Des mesures strictes ont été prises à l'égard des restaurants. Je vous passe les détails.

Cependant, madame la ministre, les bars à chichas ne sont pas conscients qu'ils sont soumis à la même réglementation. Il règne là une parfaite confusion. Moi comme d'autres, en qualité de parlementaires, n'étions pas certains que cette réglementation était applicable aux bars à chichas.

Je pense qu'il serait intéressant d'avoir des statistiques claires concernant la cigarette classique et l'utilisation de tabac pour la chicha.

Enfin, je pense que l'étiquetage est très important. Sur le paquet de cigarettes classique, il y a les avertissements qui indiquent que le tabac nuit à la santé, il y a le pourcentage en goudron et en nicotine mais on indique 0% sur les paquets de tabac à chicha. C'est un mensonge flagrant auquel vous devez rester très attentive.

06.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, j'ajouterai simplement que je souhaite qu'on insiste sur l'information. Au départ, on voit ça d'un œil sympathique mais, par la suite, on se rend compte que la mélasse utilisée dans la chicha contient du goudron et d'autres substances nocives.

Je pense donc qu'il faut pouvoir informer les consommateurs. Le FARES a commencé une campagne, il serait intéressant de voir quelles conclusions il en tire.

Il faut informer les adultes de notre génération puisque nous avons une vision plutôt sympathique de ces produits orientaux. Il ne sert à rien de lutter contre le tabac si c'est pour se faire piéger de la sorte par la

suite.

Lors de la reprise des discussions sur l'interdiction du tabac, nous pourrions peut-être demander au FARES de nous donner des informations quant à la manière dont il compte organiser sa campagne et quant à ses conclusions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surpopulation dans les hôpitaux" (n° 10297)

07 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overbevolking in de ziekenhuizen" (nr. 10297)

07.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, je vous remercie d'avoir patienté pour que je puisse poser ma question.

Madame la ministre, j'ai rédigé cette question à la mi-janvier à la suite d'une déclaration du professeur De Coster qui est le directeur des cliniques universitaires de Mont-Godinne. Il disait, le 13 janvier pour être exact, "C'est le top du top; nous sommes "overbookés". Nous ne savons plus où mettre les malades. La semaine dernière, nous avons transféré des patients dans d'autres hôpitaux, faute de place". Il disait que même les services d'urgence étaient encombrés et qu'il fallait prendre des mesures d'écartement ou d'orientation vers un autre centre.

Avez-vous eu connaissance de cette situation? Est-elle généralisée ou est-elle particulière à certaines régions du pays?

Comment peut-on l'expliquer? Est-ce dû à un hiver plus rigoureux? On parlait beaucoup d'affections respiratoires à ce moment-là.

Existe-t-il un protocole prévu pour la gestion de ces encombrements et le comportement à adopter vis-à-vis des patients, que ce soit en soins d'urgence ou pas?

Des mesures ont-elles été prises en la matière?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, cette situation de saturation des lits d'hospitalisation fait l'objet d'un suivi de nos services depuis les premiers signes de surcharge.

La situation est effectivement difficile. L'activité est accrue dans tous les hôpitaux. Les hôpitaux de la région de Bruxelles et du Brabant flamand sont pour la plupart occupés à 100%. Ils doivent parfois transférer leurs patients dans d'autres institutions hospitalières. Les autres provinces me signalent une saturation de certaines villes ou de certains hôpitaux. C'est ainsi qu'alors que l'hôpital de Mont-Godinne est saturé, il reste plusieurs places d'hospitalisations dans l'hôpital voisin qui est le CHR Namur.

Il est courant que le taux d'occupation des hôpitaux soit plus élevé en cette période de l'année, ce qui est dû à la conjonction de plusieurs facteurs, tels que le report au-delà des fêtes d'interventions d'hospitalisation non urgentes et l'augmentation pendant la période hivernale du nombre d'affections pulmonaires auxquels s'ajoutent – cette année, cela a été évident – les cas de grippe. Ce phénomène est donc cyclique et récurrent.

Je voudrais vous rappeler que la gestion interne de la population hospitalière est de la responsabilité du gestionnaire de l'hôpital.

Si 40% en moyenne des admissions arrivent par les urgences, 60% sont programmées. Le gestionnaire peut donc agir sur cette programmation pour favoriser la prise en charge des patients urgents. Il peut également demander à son équipe médicale de réduire, sans prendre de risque pour la santé des patients, la durée des hospitalisations. Il lui est également possible de réaffecter des lits ou de transférer des patients vers des hôpitaux disposant de lits non occupés.

En dernière instance, l'hôpital peut mettre en œuvre son plan d'urgence interne s'il juge que ses capacités

sont dépassées. Toutes ces actions sont bien connues des hôpitaux.

Faut-il dès lors augmenter la capacité hospitalière pour réduire les risques d'atteindre les limites de cette capacité? Cela me semble difficilement justifiable, pour des raisons économiques comme pour des raisons techniques. En effet, la conséquence serait qu'en période creuse, la majorité des hôpitaux serait en surcapacité, ce qui entraînerait une augmentation des coûts et des équipes médico-infirmières qui, au mieux, seraient inoccupées et, au pire, pourraient perdre une partie de leurs compétences.

Au contraire, il me paraît normal d'atteindre la limite de capacité de manière épisodique, ce qui démontre justement que la capacité d'hospitalisation est proche des besoins réels. Par contre, un monitoring est important en vue de gérer les flux et de permettre aux institutions de prendre d'initiative les mesures qui s'imposent. Mon administration développe pour l'instant à mon initiative le projet UREG qui est un système de gestion des données permettant de connaître en temps réel l'activité des urgences et le taux d'occupation de l'hôpital et de ses services-clés.

Via mon administration, j'ai adressé aux hôpitaux une circulaire rappelant les mesures à prendre en période de saturation des lits d'hospitalisation. Enfin, je ne peux certainement pas garantir que ces phénomènes cycliques s'interrompent mais je dois rappeler le rôle important joué par les Communautés dans la prévention qui doit participer à réduire l'incidence d'affections connues et récurrentes.

Il y a eu quelques surexpositions médiatiques sur des cas de surcapacité. À chaque fois, mon administration a envoyé des agents, des inspecteurs sur le terrain et on a pu trouver des solutions.

07.03 Jean-Luc Crucke (MR): Je remercie la ministre pour sa réponse. Si je lui ai posé cette question, c'est après avoir eu connaissance d'un cas: j'ai rencontré une personne qui ne comprenait pas pourquoi on a reporté de trois semaines une opération prévue. Votre réponse est claire. Il faut agir par priorités, je souscris à cette réponse car je ne souhaite pas plus que vous qu'on augmente la capacité hospitalière pour une période limitée. Par contre, il faut absolument améliorer l'information. À l'ère de l'informatique et de la communication, il est impensable que des patients restent sans comprendre pourquoi on reporte une opération. Pour le patient, ce sera toujours urgent et son problème doit passer avant les autres. Il faut respecter un minimum de communication, afin d'éviter des montagnes de réclamations aux services qui ont certainement autre chose à faire qu'y répondre.

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

La **présidente**: La question n° 10550 de Mme Ilse Uyttersprot est transformée en question écrite.

08 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de chiffres récents relatifs à la consommation de drogues en Belgique" (n° 10578)

08 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van recente cijfers over het drugsgebruik in België" (nr. 10578)

08.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, madame la ministre, comme vous le savez, chaque année, l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies publie un rapport pour faire l'état du phénomène de la drogue en Europe.

Il se base pour ce faire sur le réseau REITOX, réseau européen d'informations sur la drogue et la toxicomanie. Ce réseau travaille avec des points nationaux. En Belgique, il s'agit de l'Institut scientifique de santé publique (ISP).

Lorsqu'on consulte le "Belgian national report on drugs 2007", on est surpris de ce que les chiffres les plus récents datent de 2004 alors qu'il s'agit d'établir la prévalence et les modes de consommation qui évoluent assez vite en fonction des différents types de drogues. Il y a l'émergence de nouvelles drogues. Il y a de nouvelles habitudes de consommation. Tout cela évolue parfois très vite. Les informations dont on dispose à l'heure actuelle commencent déjà à dater.

Les chiffres les plus récents dont nous disposons pour la Belgique sont ceux qui sont contenus dans le rapport de l'enquête HBSC 2006, publié en novembre 2008. Il s'agit d'une enquête patronnée par le bureau

européen de l'OMS.

Je rappelle qu'ayant moi-même participé à ce groupe et en étant d'ailleurs l'un des initiateurs il y a maintenant plus de dix ans – c'était en 1997 –, le Parlement avait institué un groupe de travail sur la problématique de la drogue. Nous avons fait des recommandations, notamment sur l'approche quantitative mais aussi qualitative, sur les quantités consommées, les modes de consommation, les maladies induites, les décès dus à la drogue, etc.

Dès lors mes questions sont les suivantes.

Quels sont les chiffres les plus récents transmis par la Belgique à l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies?

Quels sont les chiffres les plus récents dont vous disposez concernant la prévalence et les modes de consommation des drogues illégales?

Dispose-t-on de chiffres concernant cette prévalence et ces modes de consommation dans la population générale mais aussi par catégories, les jeunes adultes, la population en âge d'obligation scolaire, par type de drogues visées dans le rapport de l'Observatoire européen?

Quelles sont les initiatives qui peuvent être prises afin d'effectuer régulièrement au sein de la population des études concernant la consommation des drogues légales et illégales?

08.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Voici ce que m'indique le Point focal sur les drogues et la toxicomanie à l'Institut scientifique de santé publique.

L'ISP a transmis le rapport national sur les drogues en décembre 2008. Ce rapport inclut les données disponibles en Belgique jusqu'au début de l'année 2008. Il sera téléchargeable du site web de l'ISP et la version imprimée sera disponible en février 2009.

Deuxièmement, l'ISP a inclus dans le rapport 2008 des chiffres concernant la prévalence et les modes de consommation de cannabis dans la population générale, chez les jeunes adultes et chez les élèves. Ces données se rapportent à 2007 et 2008.

Des données sur la prévalence et l'utilisation d'autres drogues chez les élèves sont également disponibles pour la Flandre en 2007 et 2008.

Des données concernant la prévalence et les modes de consommation des autres substances, plus exactement l'héroïne, les opiacés en général, la cocaïne, les amphétamines et l'ecstasy, et concernant les utilisateurs par injection dans la population en général et chez les jeunes adultes ne sont pas collectées à l'heure actuelle. Les chiffres que l'ISP a pu obtenir en 2008 et début 2009, y compris de l'enquête HBSC 2006 chez les élèves seront disponibles à la fin de cette année.

Troisièmement, en ce qui concerne votre question sur les initiatives prises afin d'effectuer régulièrement au sein de la population des études concernant la consommation, je peux vous communiquer que le ministère de la Santé publique est un des commanditaires de l'enquête de santé belge. L'enquête 2008-2009 sera la quatrième. En mai 2009, la collecte de données pendant les 12 mois précédents sera conclue.

Cette enquête est limitée concernant l'utilisation des drogues, mais étudie quand même la prévalence de toutes les drogues demandées par l'OEDT (prévalence pendant la vie, pas le mode de consommation). Les tableaux seront disponibles en janvier 2010. Les rapports détaillés suivront dans les mois d'après.

En 2006, l'ISP a pris l'initiative de faire examiner la faisabilité d'une enquête de prévalence répétitive auprès de la population en général et spécifique sur la drogue. Cette étude de faisabilité a été financée par la Politique scientifique fédérale et a été faite par les universités de Gand et d'Anvers. Elle a été conclue tout récemment et les résultats seront présentés dans les mois qui viennent. Ils seront présentés dans un livre sur le site web de la Politique scientifique fédérale et pendant le symposium du printemps de l'ISP. Cette étude permettra d'envisager les différents modes opératoires possibles pour la réalisation d'une telle enquête. Par la suite, une décision sur cette enquête pourra être prise.

Bien que la prévalence de la consommation de drogues et les modes de consommation des consommateurs qui suivent un traitement soient différents de ceux de la population générale, ces données peuvent néanmoins être des indicateurs.

Des données sur des groupes spécifiques ont été collectées en 2005 et ont été décrites dans le rapport 2008. Elles indiquent toutes les substances et les modes de consommation demandés.

Le 29 avril 2008, le Comité de coordination du registre TDI (Treatment Demand Indicator), sous la présidence de l'ISP, a été établi. Ce Comité prendra soin que le système de collecte des données TDI soit encore plus performant dans les années à venir.

Je retiens de tout ce que me dit le Point focal que nombre d'actions sont lancées et qu'un nouveau rapport sera publié très prochainement qui permettra d'obtenir des données plus récentes. En Conférence interministérielle, nous avons travaillé sur cette grande enquête de santé qui pourra préciser les contours des données déjà en notre possession.

08.03 Daniel Bacquelaine (MR): Je retiens surtout que nous ne disposons peut-être pas d'un outil suffisamment dynamique en la matière. Nous devrions avoir un tableau de bord en temps réel et plus performant car les modes de consommation changent rapidement. La façon de prendre l'héroïne notamment a beaucoup évolué ces dernières années. Le développement de la consommation de cocaïne est un problème réel chez les jeunes adultes. Il est donc nécessaire et utile, pour développer des politiques de prévention, d'assistance et de répression, puisqu'il faut les trois, de pouvoir s'appuyer sur des tendances et sur les chiffres les plus récents possibles.

Il faut que le Point focal de l'Institut scientifique de santé publique réactualise les méthodes de travail dans la collecte de données et de mise à disposition des intervenants dans le secteur.

La **présidente**: Il faudra surveiller la sortie du rapport dans les jours qui viennent. Il serait bien de prévenir le secrétariat pour communiquer les références du document aux membres de la commission.

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

La question n° 10628 de Mme Lieve Van Daele est reportée.

09 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kwaliteit van het voedsel" (nr. 10672)

09 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 qualité de l'alimentation" (n° 10672)

09.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, begin juli 2008 heeft de Kamer een resolutie goedgekeurd waarin onder meer aan de federale regering wordt gevraagd om een rondetafelconferentie te organiseren in verband met de aanwezigheid van zout, suiker en verzadigde vetten in bereide voeding. Op die conferentie zouden alle betrokkenen worden uitgenodigd. Ik denk hierbij aan vertegenwoordigers uit de voedingssector, alsook aan vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, universiteiten, diëtisten enzovoort.

Zoals ik daarnet zei, is de bedoeling van de resolutie de bevolking bewust te maken van de aanwezigheid van zout, suiker en vet in bereide voeding. De cijfers spreken voor zich. De Belg gebruikt gemiddeld 12 gr zout, terwijl 4 gram voldoende is. Jaarlijks verorberen we ook elk 40 kg suiker, waarvan 85 procent in bereide voeding, en kinderen nemen dagelijks 9 tot 25 klontjes in als toegevoegde suikers, terwijl 8 klontjes meer dan voldoende zijn.

Er is dus nog veel werk aan de winkel. Dat blijkt ook uit de conclusies van de Voedingsbalans 2008 die door Test-Aankoop werd uitgevoerd. Daarin staat onder andere te lezen dat koekjes veel toegevoegde suikers bevatten en dat het vetgehalte in ontbijtgranen veel te hoog is.

Mevrouw de minister, in dat verband verneem ik graag van u of de conclusies van de Voedingsbalans kent. Zult u hiermee rekening houden bij de organisatie van een rondetafelconferentie? Hoever staat het met de voorbereiding van de conferentie? Een laatste hamvraag is of u mij een timing kunt bezorgen.

09.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw della Faille, ik deel uw bezorgdheid inzake de aanwezigheid van overmatig veel zout, toegevoegde suikers en vetten in onze voeding.

Ik ben op de hoogte van de resultaten van de Voedingsbalans 2008 opgemaakt door Test-Aankoop.

Ik kan u meedelen dat we reeds hebben geanticipeerd op de aanbevelingen van de resolutie. In het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan werd in 2007 een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van de Federatie van de Voedingsindustrie, de federaties van de subsectoren, de distributiesector, consumentenorganisaties, het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, de horeca, wetenschappelijke experts in het domein van de voedselconsumptiepeiling, de voedingstechnologie, het gebruik van gejodeerd zout, enzovoort.

Eerst werden de resultaten verzameld op basis van de voedselconsumptiepeiling betreffende de bijdrage van de verschillende voedingscategorieën aan de zoutinname. De zoutinname via bereide voedingsmiddelen ligt bij het merendeel van de bevolking boven de limiet van 5 gram per dag van de WGO.

Op basis van voornoemde gegevens werden de diverse sectoren aangespoord om vrijwillig voorstellen inzake zoutreductie in te dienen, die tegen 2010 en 2012 kan worden bereikt.

De voorstellen worden momenteel door middel van een meting van de impact op de zoutinname geëvalueerd. De resultaten van voornoemde analyse, die door de Universiteit van Gent in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid wordt uitgevoerd, zullen tegen juni 2009 beschikbaar zijn.

De herformuleringen zullen ook via een onafhankelijke steekproef op een mand van voedingsproducten worden afgetoetst.

De werkgroep in kwestie zal zijn missie in 2009 uitbreiden, door zich ook op de problematiek van overmatig toegevoegd suiker, verzadigd vet, totaalvet en transvet in bepaalde voedingscategorieën te focussen.

Cela étant dit, madame la présidente, une partie des parlementaires manifestent un réel intérêt sur la qualité alimentaire et vous en faites partie. Je me demande dans quelle mesure nous ne devrions pas inviter les membres qui travaillent sur le sujet à venir en faire rapport beaucoup plus longuement. Au vu de l'agenda et du temps que cela prendrait, il est probablement difficile de le faire en commission mais peut-être pourrions-nous organiser une sous-commission? C'est à vous d'en décider. Il me semble néanmoins que cela en vaut la peine pour celles et ceux qui ont marqué leur intérêt.

La **présidente**: En octobre ou novembre 2007, une journée avait été organisée en présence de tous les acteurs du Plan national Nutrition et Santé des Communautés et du fédéral, en vue d'analyser les choses et d'identifier les problèmes. Cela fait maintenant deux ans, il serait probablement utile de poursuivre cette réflexion.

09.03 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik was er helaas nog niet bij in 2007, maar ik zou zeer geïnteresseerd zijn om inderdaad samen te komen, speciaal over dat onderwerp, in het kader van de commissie of van een werkgroep.

Wanneer u spreekt over de werkgroep, bedoelt u dan de rondetafel? Ik weet namelijk dat er al een werkgroep bezig was in verband met zout, en, naar ik verneem, nu ook in verband met suiker en slechte vetten, om het simpel te stellen. Is het dan de rondetafel, waarvan sprake was, met alle actoren, of is een en ander in verband te brengen met de opdracht die u hebt gegeven, ook aan de universiteit van Gent? Dat heb ik niet goed begrepen.

09.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: En ce qui concerne l'université de Gand et d'Anvers, il s'agit d'une mesure d'impact de la prise de sel. C'est donc une analyse particulière qui leur a été demandée. Il ne s'agissait pas simplement de participer à une table ronde, il était plutôt question d'une mesure d'impact.

09.05 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Nu is de tijd rijp voor een herijking van de prioriteiten en van de verantwoordelijkheden, vooral omdat Europa onlangs ook heeft voorgesteld om nieuwe voedingsprofielen op te stellen, onder meer met nieuwe normen qua zout, suiker en vetten. Die normen zullen bindend zijn vanaf 2011. Ik weet niet of u daarvan op de hoogte bent. In dat Europees kader denk ik

dat het nog belangrijker is om daarvan hier in België al werk te maken.

La **présidente**: On peut imaginer mettre sur pied un petit groupe de travail constitué de membres de la commission. Certains composants comme le sel et le sucre reviennent régulièrement, ainsi que l'équilibre des menus, etc. C'est un sujet assez vaste.

Madame della Faille, dans l'organisation des travaux sera intégrée une réflexion sur ces thèmes liés à la qualité de l'alimentation, en lien avec notre santé.

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'hypnosédation" (n° 10679)**

10 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "hypnosedatie" (nr. 10679)**

10.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, notre pays est à la pointe dans le domaine de l'hypnosédation. Cette technique médicale est utilisée lors d'un acte opératoire. Elle consiste en une médication légère associée à une méthode de relaxation par la musique et la parole. Grâce à la technique d'hypnosédation lors de l'acte opératoire, l'usage des doses d'anesthésiants est largement réduit.

L'hypnosédation est pratiquée en Belgique depuis le milieu des années 90, notamment par le professeur Faymonville de Liège. En 10 ans au Centre hospitalier universitaire de Liège, 6.500 patients ont bénéficié de cette technique. Seulement 18 d'entre eux ont dû être anesthésiés par voie médicamenteuse. Cette technique opératoire est pourvue de nombreux avantages, principalement présents au niveau postopératoire.

Le patient participe activement à son opération, ce qui a pour conséquence qu'il en garde généralement un bon souvenir. Les douleurs ressenties sont moindres après l'opération. Le patient se sent moins fatigué et consomme moins de médicaments. De plus, cette technique laisse la conscience à la personne opérée, ce qui lui permet de récupérer et de se rétablir beaucoup plus rapidement.

On le voit, l'hypnosédation comporte de nombreux avantages. Néanmoins, les spécialistes nous apprennent que de nombreux patients y sont encore réticents. Selon les dires des spécialistes, dans plus de la moitié des cas, le patient refuse l'usage de l'hypnosédation.

Madame la ministre, j'en viens à présent tout naturellement à poser mes questions.

L'hypnosédation est avantageuse en termes de confort pour le patient mais aussi en termes de diminution de coût pour la sécurité sociale. Pourtant, la majorité des patients refusent encore cette technique d'hypnosédation. Les gains sont à réaliser aussi bien en termes de bien-être qu'en termes plus pragmatiques de diminution de coût pour la sécurité sociale. Dans votre note de politique générale, vous soulignez l'importance de la diminution de ces coûts. Ne serait-il dès lors pas intéressant de faire une campagne de sensibilisation du grand public pour essayer que cette technique soit mieux connue. En outre, puisqu'il y a une diminution du coût, il serait également intéressant pour la sécurité sociale que plus de personnes utilisent ce système.

En France, l'hypnosédation figure dans un cursus officiel de médecine. La Belgique ne devrait-elle pas suivre l'exemple français? En Belgique, la formation est donnée principalement par le professeur Faymonville de Liège. L'hôpital Saint-Luc doit faire appel à une formation en France. J'aurais donc voulu avoir votre sentiment par rapport à cette technique d'hypnosédation.

10.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, je souris car, ayant déjà été victime consentante d'une hypnosédation qui s'est fort bien déroulée, je trouve que le système a beaucoup d'avantages. Bien sûr, cet exemple ne suffira pas à la publicité du procédé; des arguments scientifiques permettront mieux d'en promouvoir l'approche auprès du public et son intégration systématique dans le cursus de formation des médecins.

Dès lors, je demanderai un avis sur cette technique auprès du Centre supérieur de la santé ou du Centre

fédéral d'expertise des soins de santé; le rapport final permettra ensuite la promotion, en expliquant les avantages, peut-être les inconvénients, auprès des médecins et du grand public, et une éventuelle intégration dans le cursus scolaire.

10.03 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en fait, j'ai rencontré le professeur Faymonville qui utilise cette technique d'hypnosédation, à Liège. Ce professeur donne la formation pour tout le pays. Le professeur Faymonville est d'accord et souhaiterait que le cours soit intégré dans le cursus scolaire, ce qui constituerait un plus pour les anesthésistes.

Cependant, en prenant des contacts, entre autres dans ma famille qui comprend deux anesthésistes, il apparaît un problème: la présence de l'anesthésiste est requise du début jusqu'à la fin de l'opération. Logiquement, même lors d'une anesthésie classique, il devrait rester aussi présent. Or, dans les petits hôpitaux, le manque d'anesthésistes oblige celui-ci à se partager entre les patients: il passe de l'un à l'autre. En cas d'hypnosédation, sa présence est constante auprès du patient.

Il s'agit d'un changement de mentalité. Peut-être aussi une implication de la part de l'ensemble du corps médical, c'est-à-dire infirmières comme chirurgien et anesthésiste. C'est presque une révolution dans le mode de travail.

Sans doute serait-il intéressant de recevoir les résultats et, pour moi, ce procédé mérite d'être étendu.

La **présidente:** Quand on connaît la difficulté de se remettre d'une anesthésie totale, surtout pour les personnes qui subissent plusieurs opérations, ce serait intéressant.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: On se sent tellement bien après!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitspraak van de rechtbank om roken toe te laten in een poolbiljartcafé" (nr. 10702)

11 Question de Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la décision du tribunal de permettre de fumer dans un café où l'on pratique le billard américain" (n° 10702)

La **présidente:** Nous annulons la question n° 10702 de Mme De Maght, absente sans excuse. Le sujet avait toutefois été abordé lors de la discussion sur le tabac.

La question n° 10721 de Mme Salvi a été reportée à sa demande.

12 Questions jointes de

- **M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infections nosocomiales" (n° 10795)**

- **Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infections nosocomiales" (n° 10808)**

- **M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations du KCE concernant les infections nosocomiales" (n° 11152)**

12 Samengevoegde vragen van

- **de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisinfecties" (nr. 10795)**

- **mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ziekenhuisinfecties" (nr. 10808)**

- **de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanbevelingen van het KCE met betrekking tot de ziekenhuisinfecties" (nr. 11152)**

12.01 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, en ce qui concerne les questions reprises sous le point 25 – les maladies nosocomiales –, j'y ai déjà longuement répondu. Pourrais-je simplement demander aux auteurs de lire la réponse? S'ils devaient avoir des questions complémentaires, ils pourraient alors

revenir vers moi.

La **présidente**: En effet. Ces questions sont donc retirées.

13 **Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling voor HIV-patiënten" (nr. 10756)**

13 **Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques pour les patients atteints par le VIH" (n° 10756)**

13.01 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, HIV is een thema dat spijtig genoeg actueel blijft.

De aanleiding voor mijn vraag was de rondetafel die werd georganiseerd door Sensoa, met ondersteuning van het Vlaams Patiëntenplatform, InAid, Info Sida, en PlatForme Prévention Sida. De rondetafel ging specifiek over de knelpuntennota en over de terugbetaling van zowel geneesmiddelen als medische ingrepen in verband met HIV.

Ik ga niet de hele nota toelichten, maar er waren drie punten die naar voren kwamen.

Ten eerste, hoe kunnen mensen geneesmiddelen krijgen via bepaalde projecten, bijvoorbeeld een geneesmiddel dat normaal zou moeten worden terugbetaald in België, en dat elders in Europa al is geregistreerd? Op dit ogenblik hangen die mensen af van de goodwill van de farmaceutische bedrijven. Ik wil u vragen of er geen sneller systeem kan worden uitgedokterd, zodat die mensen sneller worden geholpen dan nu het geval is en zodat zij niet meer afhankelijk van de farmaceutische bedrijven.

Ten tweede, inzake het vaccin tegen hepatitis B meen ik dat aidspatiënten of HIV-patiënten toch echt een risicogroep zijn. Ik wil u vragen of u dat niet kunt herbekijken, zodat die mensen ook voor die groep geneesmiddelen een terugbetaling kunnen krijgen.

Ten derde, is er door enkele mensen in de werkgroep naar voren geschoven dat bepaalde patiënten lipoatrofie of lipodistrofie hebben, een aandoening in het aangezicht. Het vetweefsel in hun gelaat valt dan weg zodat zij een soort doodshoofd krijgen. Dat is erg voor de patiënt. Zij worden sowieso al gestigmatiseerd als HIV-patiënt zodra andere mensen weten dat zij aan die aandoening lijden en bovendien is die atrofie heel zichtbaar. Hun gezicht valt volledig in. De mensen van Sensoa ervaren in de praktijk dat heel veel patiënten daardoor hun job verliezen.

Vandaar, mevrouw de minister, dat mijn vraag, en ook de letterlijke vraag van Sensoa is: voor de behandeling van lipoatrofie in het aangezicht door middel van lipofiling met permanente of semipermanente vullers in een terugbetaling te voorzien. Dat is op dit ogenblik niet het geval. Heel vaak is er een discussie of het gaat om een esthetische of een reconstructieve ingreep. Op dit ogenblik is dat in de wetgeving nog absoluut niet duidelijk, zeker niet wat HIV-patiënten betreft.

Daar het om een beperkte doelgroep gaat en omdat de impact enorm is – omdat mensen er echt hun job door verliezen – meen ik dat u de moeite moet doen om minstens een evaluatie te doen en te kijken of een terugbetaling mogelijk is voor hen.

Ik dank u voor uw antwoord.

13.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw Detiège, indien een geneesmiddel een Europese goedkeuring heeft bekomen, kan de vergunninghouder het initiatief nemen om een medisch noodprogramma op te zetten. Dat medisch noodprogramma wordt mogelijk gemaakt door artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen en de artikelen 108-109 van het koninklijk besluit van december 2006 inzake geneesmiddelen voor humaan en veterinair gebruik. Het houdt in dat een geneesmiddel voor menselijk gebruik ter beschikking wordt gesteld teneinde tegemoet te komen aan de medische noden van de patiënten lijdend aan een chronische ziekte, hetzij een ziekte die de gezondheid ondermijnt, hetzij een levensbedreigende ziekte, en die niet op een bevredigende wijze kan worden behandeld met een geneesmiddel dat in de handel is en dat is vergund voor die aandoening.

Het betrokken geneesmiddel voor menselijk gebruik moet het onderwerp uitmaken van een aanvraag voor het op de markt brengen, waarbij de indicatie voor de behandeling van die aandoening niet is toegelaten of

waarbij het geneesmiddel voor menselijk gebruik nog niet op de markt is op een daadwerkelijke manier met die aanvaarde indicatie.

Indien de aanvraag voor het in de handel brengen is toegestaan, maar als er nog geen bepaling is voor de terugbetaling van die indicatie, kan de vergunninghouder een medisch noodprogramma opstarten na een dossier te hebben ingediend bij het Federaal Agentschap voor de Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Het geneesmiddel dat het onderwerp uitmaakt van een medisch noodprogramma mag niet worden verkocht aan de patiënten die deelnemen aan het programma, en dat gedurende de hele duur van het programma, vastgelegd door de uitvoerder ervan.

Ten tweede, staat u mij toe eraan te herinneren dat op dit moment het hepatitis B-vaccin via Kind & Gezin en het Office Nationale de l'Enfance al gratis ter beschikking wordt gesteld voor zuigelingen en kinderen van 11 tot 12 jaar.

Het doel van deze georganiseerde vaccinatie is uiteraard om de ingeënte personen een doelbetreffende bescherming te bieden en om op langere termijn de ziekte volledig uit te roeien.

Naast de terugbetaling van deze vaccins via die gestructureerde aanpak werd in de klassieke terugbetaling ook de vergoeding van het vaccin voorzien voor een inhaalcohort van patiënten van 13 jaar tot en met 15 jaar die nog niet zijn geïmmuniseerd en tot en met 18 jaar voor patiënten die na een rechterlijke beslissing in een centrum werden geplaatst.

Tegelijk wordt dit vaccin ook reeds vergoed voor een belangrijk aantal risicopatiënten, zoals hemofiliepatiënten, dialysepatiënten en patiënten met chronische nierinsufficiëntie die kandidaat zijn voor nierdialyse, patiënten die kandidaat zijn voor een orgaantransplantatie, ernstig mentaal gehandicapten enzovoort.

De uitbreiding van de vergoeding van deze vaccinatie tot andere risicogroepen en de zinvolle invulling hiervan moet onderwerp uitmaken van verder onderzoek.

Ten slotte, ik ben mij bewust van het stigmatiserend effect van lipoatrofie en lipodistrofie bij patiënten met HIV en van de mogelijke effecten hiervan op hun sociaal en professioneel leven. Op dit moment bestaan er voor deze aandoeningen echter geen curatieve medicamenteuze behandelingen waarvan de waarde wetenschappelijk is aangetoond. De aanpak van lipoatrofie beperkt zich voorlopig tot behandelingen met zogenaamde lipofillers, die totnogtoe voornamelijk in esthetische behandelingen werden gehanteerd.

De opportuniteit van de vergoeding van dergelijke behandelingen voor HIV-patiënten vergt een grondige evaluatie van de veiligheid en de doeltreffendheid op langere termijn van deze middelen.

13.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in verband met het laatste, ik weet dat als het over Europa gaat wij reeds jaren kijken naar een betere oplossing. Ik breng het altijd graag terug in de aandacht omdat het probleem voor de patiënten blijft.

Als het gaat over de fillers of het vullen van de kaken zou ik toch echt willen dat u extra moeite doet. Als wij mensen zien in de praktijk, stellen we vast dat ze echt worden gestigmatiseerd. Men ziet ook tendensen. Los daarvan, bij homo's en lesbiennes zien we ook weer een stigmatisering die vroeger aan het wegtrekken was. Voor HIV-patiënten geldt identiek hetzelfde. Er is bijvoorbeeld een enveloppe voor chronisch zieken. Kan men daarin een terugbetaling voorzien voor die patiënten, ook al is het een beperkte? Dat zou ik heel graag zien want het gaat over een heel specifieke doelgroep met heel zware problemen. Al kan men hen maar met een paar euro helpen, dat zou ik al heel fijn vinden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le titre professionnel d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie" (n° 10493)

14 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in pediatrie en

neonatalogie" (nr. 10493)

14.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, actuellement, contrairement aux infirmiers en soins intensifs et urgence, aux infirmiers gériatriques et oncologiques, les infirmiers et infirmières spécialisés en pédiatrie et en néonatalogie ne disposent pas de titre officiel.

Pourtant la spécialisation en pédiatrie est l'une des plus anciennes et son bien-fondé est reconnu par les instances médicales comme administratives des milieux de soins aux enfants tant en intra-hospitalier qu'en extra-hospitalier.

D'ailleurs, il est fait référence à ce titre dans au moins deux arrêtés royaux, celui du 13 juillet 2006 "Programme de soins pour enfants" qui demande 75% d'infirmiers gradués spécialisés en pédiatrie dans les unités pédiatriques et celui du 24 octobre 2006 établissant la "liste des titres professionnels particuliers pour infirmiers" reprenant le titre de l'infirmier spécialisé en pédiatrie et en néonatalogie.

La reconnaissance officielle de ce titre aurait pour intérêt de caractériser un aspect particulier de la profession, de délimiter son champ d'activités et de définir la formation initiale et continue nécessaire à l'obtention et au maintien du titre concerné.

L'arrêté fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie a pourtant été travaillé de longue date, selon mes informations, en collaboration étroite avec les associations officiellement représentatives de ces infirmiers et infirmières et a fait l'objet d'un avis du Conseil national de l'art infirmier en date du 16 octobre 2007.

Je m'interroge sur les raisons qui empêchent son aboutissement.

Madame la ministre, mes questions sont donc simples et logiques.

Pourquoi ce dossier de la reconnaissance du titre d'infirmier et d'infirmière pédiatrique, qui semble bien construit et faire l'objet d'un consensus, n'a-t-il pu aboutir à l'heure qu'il est?

Quels sont les éléments qui font problème?

Qu'avez-vous entrepris pour lever les difficultés qui ralentissent l'aboutissement de ce dossier?

Dans quel délai pensez-vous pouvoir boucler ce dossier?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, à ce jour, en effet, parmi les titres professionnels particuliers et les qualifications professionnelles particulières retenus dans l'arrêté du 27 septembre 2006, trois titres et une qualification ont fait l'objet d'arrêtés d'application: les titres en soins intensifs et urgence, en gériatrie et en oncologie. Le texte est envoyé au Moniteur.

Il n'y a aucun problème, ni difficulté particulière qui explique le délai apporté à confirmer le titre professionnel particulier en pédiatrie et néonatalogie. Je dois seulement prendre en considération la capacité de mon administration à assurer la charge que l'enregistrement des professionnels concernés représente pour ses services.

Malgré le travail considérable que représente l'enregistrement des aides-soignants, ces services ont assuré celui des titres et qualifications en soins intensifs et urgence ainsi qu'en gériatrie. Ils vont démarrer l'enregistrement des infirmiers spécialisés en oncologie.

Je rappelle que la même administration est en charge des différents cadastres des professionnels de la santé. Les informations que nous en retirerons sont indispensables pour orienter nos décisions.

Ces cadastres ne peuvent pas non plus prendre du retard. Je peux donc programmer la reconnaissance de deux titres ou qualifications infirmiers par an au maximum, rythme que l'administration peut assurer sans effectifs supplémentaires. Étant donné l'existence d'un programme de soins pour enfants et le bon avancement du dossier, je compte placer dans les priorités la reconnaissance du titre professionnel particulier en pédiatrie et en néonatalogie. La publication devrait pouvoir avoir lieu en 2009.

14.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et je vous encourage à informer le secteur concerné de vos intentions quant à l'aboutissement de ce dossier. Il est légitime quand la conclusion s'approche de l'attendre avec impatience. Votre administration pourrait étudier les possibilités d'obtenir une aide supplémentaire ponctuelle. J'ignore dans quelle mesure ce serait possible mais ce qui me semble le plus important, c'est d'informer le secteur concerné.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Questions jointes de

- **M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments choisis par les pharmaciens en cas de prescription DCI" (n° 10563)**

- **Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance de médicaments bon marché par les pharmaciens" (n° 10684)**

15 Samengevoegde vragen van

- **de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelen die door de apothekers worden gekozen bij een voorschrift op stofnaam" (nr. 10563)**

- **mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het afleveren van goedkope medicijnen door de apothekers" (nr. 10684)**

15.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, en cas de prescription DCI, seuls 12% des pharmaciens délivreraient le médicament le moins cher, selon une étude de la Mutualité chrétienne et Test-Achats, réalisée via des enquêteurs anonymes qui se sont rendus dans 148 pharmacies.

À la demande de Test-Achats, ces enquêteurs ont présenté deux prescriptions en DCI: une pour le captopril, une substance contre l'hypertension chronique, et une autre pour le fluconazole, contre les infections mycosiques vaginales aiguës.

Dans les deux cas, seuls 12% des pharmaciens ont délivré le médicament le moins cher tandis que 4% ont délivré le médicament le plus cher. Même lorsque le médicament n'était pas en stock, la plupart des pharmaciens ont commandé un produit un peu plus cher.

La Mutualité chrétienne confirme ces chiffres. Entre juillet 2007 et juillet 2008, une minorité de pharmaciens a délivré le médicament le moins cher pour le captopril tandis que 70% ont délivré le médicament le plus cher. La Mutualité chrétienne dispose de chiffres similaires pour le fluconazole également.

Madame la ministre, pouvez-vous me dire si vous disposez d'informations corroborant ce diagnostic relatif au fait que les pharmaciens choisissent trop rarement le médicament le moins cher en cas de prescription DCI?

Quel est votre jugement sur les résultats de ces enquêtes de Test-Achats et de la Mutualité chrétienne?

Quelles sont les mesures que vous avez prises ou que vous comptez prendre pour renforcer les prescriptions DCI, d'une part, et pour favoriser la vente des produits les moins chers, d'autre part?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, les chiffres dont dispose l'INAMI confirment bien entendu que les pharmaciens ne délivrent pas systématiquement le médicament le moins cher. Les données de l'INAMI sur l'ensemble des pharmacies permettent cependant de relativiser quelque peu les résultats de Test-Achats. Selon le conditionnement choisi, les résultats peuvent en effet être très différents. Pour l'antimycosique fluconazole, par exemple, l'INAMI me dit que si on prend le conditionnement avec une seul comprimé de 150 milligrammes, la pharmacien délivre dans 50% des cas les médicaments les moins chers.

Le fait de regarder la délivrance d'une prescription en DCI exclusivement sous l'angle de la différence de prix n'est pas toujours correct. Par exemple, pour le traitement contre l'hypertension, quel patient accepterait de changer de marque de médicament tous les trois mois pour économiser 5 à 10 centimes par trimestre?

Le prix est un élément important dans la délivrance d'un DCI mais d'autres éléments comme la continuité du traitement ou un approvisionnement continu en sont d'autres tout aussi importants.

L'arrêté royal de 2005 qui a réglementé la DCI ne prévoit d'ailleurs aucune obligation de délivrance du moins cher pour le pharmacien mais il prévoit bien de tenir compte de l'intérêt du patient.

Cela étant dit, je pense qu'on peut aller plus loin dans les économies pour le patient et pour l'assurance-maladie. C'est la raison pour laquelle, et je l'ai déjà dit en commission, nous travaillons à la mise en place d'un incitant financier à l'attention du pharmacien qui générera une économie supplémentaire pour l'INAMI et le patient en choisissant une marque moins chère quand il a le choix.

15.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ce n'est pas la première question que je vous pose sur le prix du médicament et le choix du médicament le moins cher. Je rejoins vos arguments sur la continuité des soins et sur la spécialité la plus appropriée. Néanmoins, les chiffres cités ici, et partiellement confirmés par les données dont vous disposez, me poussent à dire qu'il y a sans doute moyen d'améliorer les choses. Il y a plusieurs pistes à observer.

Il y a la question de l'honoraire forfaitaire du pharmacien qui est un vieux projet et qui peut éventuellement éviter qu'on ne délivre le produit sur lequel la marge est la plus grande.

Plus prosaïquement, tous les pharmaciens ne disposent pas toujours dans leur stock de toute la gamme des produits, y compris les moins chers.

Je voulais attirer votre attention sur cette problématique. Je pense qu'il y a une influence directe sur la capacité des patients à se soigner au moindre prix. Il y a encore des progrès à faire en cette matière, en concertation avec les associations de pharmaciens.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une infraction à l'article 10 de la loi du 25 mars 1964" (n° 10617)

16 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een inbreuk op artikel 10 van de wet van 25 maart 1964" (nr. 10617)

16.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments prévoit en son article 10 qu'il est interdit d'offrir directement ou indirectement des primes ou avantages à l'occasion de la fourniture de médicaments, qu'il est interdit aux fabricants, importateurs et grossistes en médicaments d'offrir ou de remettre directement ou indirectement des primes ou avantages aux personnes habilitées à prescrire des médicaments, qu'il est interdit de solliciter ou d'accepter des primes ou des avantages.

Il semble qu'une multinationale pharmaceutique soit en contradiction avec la loi. En effet, elle offre, par voie de presse, des ordinateurs portables aux médecins qui vont aller visiter son site publicitaire uniquement accessible aux médecins. S'il s'agit officiellement d'un concours, on peut très facilement considérer qu'il s'agit d'une manière de faire plaisir, de gratifier d'un avantage certains médecins.

Madame la ministre, estimez-vous la publicité décrite ici en contradiction avec l'article 10 de la loi de 1964? Quelles sont les sanctions prévues en cas d'infraction? Une procédure a-t-elle été entreprise par vos services en vue de l'application d'une telle sanction? Au cours des cinq dernières années, combien d'entreprises ont-elles été sanctionnées pour infraction à l'article 10 de la loi de 1964?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Gilkinet, les services de contrôle de la publicité de l'Agence fédérale des médicaments ont effectivement réagi à l'annonce dans la presse médicale de ce concours organisé par une firme pharmaceutique à l'intention des médecins et leur offrant l'opportunité de gagner des ordinateurs portables. Une enquête est en cours.

Comme vous le rappelez, l'article 10 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments interdit aux firmes pharmaceutiques de promettre ou d'offrir directement ou indirectement des primes ou avantages pécuniaires ou en nature aux personnes habilitées à prescrire des médicaments. Il est également interdit à ces dernières de solliciter ou d'accepter de tels avantages.

J'ajouterai que l'arrêté royal du 7 avril 1995 relatif à l'information et à la publicité concernant les médicaments à usage humain interdit de faire de la publicité pour les médicaments par l'organisation de concours publicitaires. En cas d'infraction à ces dispositions légales, les sanctions vont de l'avertissement et la mise en demeure de cesser une publicité illicite à la rédaction d'un procès-verbal et la proposition d'une amende administrative dont le paiement volontaire éteint l'action publique. En cas de non-paiement ou dans le cas où aucune proposition de paiement n'est formulée, le dossier est transmis au procureur du Roi. Les sanctions sont prévues à l'article 16 de la loi du 25 mars 1964, à savoir un emprisonnement de huit jours à un mois et/ou une amende de 1.100 à 82.700 euros.

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle mouture de l'article 10, l'attention s'est tout particulièrement portée sur les initiatives en matière d'information des acteurs concernés par les nouvelles dispositions réglementaires en matière de primes et avantages. Parallèlement, une centaine de dossiers ont été ouverts à la suite de plaintes ou de contrôles. Ils ont abouti jusqu'ici à la rédaction de huit procès-verbaux et à une vingtaine d'avertissements.

16.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je me réjouis de constater que votre attention comme la mienne a été attirée sur cette publicité et que votre administration a entrepris les démarches utiles pour signaler à cette firme pharmaceutique qu'elle était en contradiction évidente avec la loi. En matière de publicité pour les médicaments, j'ai l'impression qu'on joue au gendarme et au voleur. Je ne peux qu'encourager votre administration à se montrer particulièrement attentive et à faire sentir aux firmes pharmaceutiques tentées par les enjeux financiers importants qu'elles s'approchent toujours plus des limites de la légalité. Je vous invite à rester attentive à ce genre de pratiques.

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

La **présidente**: Voilà une ministre encouragée! Gonflée à bloc...

Pour le point n° 25 (questions n° 10795, 10808 et 11152 de M. Xavier Baeselen, Mme Martine De Maght et M. Georges Dallemagne), nous renverrons à la réponse donnée dans une réunion de commission antérieure.

La question n° 10799 de M. Flahaux est reportée.

17 Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'intérêt de la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires" (n° 10801)

17 Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het belang van de reductie van pathogenen in trombocytenconcentraten" (nr. 10801)

17.01 Josy Arens (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en août 2008, le Conseil supérieur de la Santé a rendu un avis relatif à la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires. Dans sa conclusion, le Conseil souligne que, sur base de l'évaluation récente des connaissances scientifiques et de la littérature disponible, il existe des données en suffisance pour conclure que les méthodes de réduction des pathogènes validées et sûres pour les concentrés plaquettaires constituent des techniques efficaces qui offrent des bénéfices certains. Le Conseil recommande leur implémentation de façon généralisée pour les concentrés plaquettaires assortie d'une surveillance attentive à long terme par l'hémovigilance. Les méthodes à utiliser pour la réduction des pathogènes doivent bien évidemment avoir fait leurs preuves en termes de sécurité et d'efficacité thérapeutique.

Madame la ministre, à quel stade d'implémentation se trouve la recommandation du Conseil supérieur de la Santé?

En novembre 2008, sur base de l'article 56, § 1^{er} de la loi des soins de santé et indemnités qui autorise le comité de l'assurance à conclure des conventions pour des enquêtes et des études, un quatrième avenant à la convention déterminant les modalités d'intervention par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de l'inactivation des pathogènes des plaquettes prenant effet au 1^{er} janvier 2009 et d'une durée d'un an a été signé entre le comité de l'assurance et quatre centres de transfusion pour un montant de 685.000 euros.

Quelles sont les raisons pour lesquelles la convention a fait l'objet d'un nouvel avenant pour 2009?

À ce stade, n'existe-t-il pas suffisamment d'études et de rapports des centres de transfusion démontrant que les méthodes à utiliser pour la réduction des pathogènes ont fait leurs preuves en termes de sécurité et d'efficacité thérapeutique?

Estimez-vous que le quatrième avenant à la convention s'inscrit encore dans le cadre d'une enquête ou d'une étude? Si ce n'est pas le cas, comment justifier la discrimination qui existe dans la répartition du nombre de procédures Intercept par centre de transfusion mais également le fait que l'ensemble des concentrés plaquettaires ne subit pas un processus de réduction de pathogènes? En d'autres termes, quelles sont les raisons pour lesquelles aujourd'hui, tout concentré plaquettaire ne subit pas encore un processus de réduction de pathogènes?

Cette convention a-t-elle fait l'objet d'une publication au Moniteur belge?

Quelle est la composition du comité d'accompagnement qui a supervisé les études des centres de transfusion?

Il me revient également qu'un projet d'arrêté royal serait en cours d'élaboration. Il viserait l'obligation pour tous les concentrés plaquettaires de subir un processus de réduction de pathogènes selon une méthode validée. À quel stade de la procédure se trouve cet arrêté royal? Quand peut-on espérer sa publication au Moniteur belge?

L'obligation pour tous les concentrés plaquettaires de subir un processus de réduction de pathogènes selon les méthodes validées aura un coût. Quelle est son estimation? Qui le prendra en charge, la santé publique ou l'INAMI? Ce coût sera-t-il incorporé dans l'indexation du prix des produits sanguins labiles ou fera-t-il l'objet d'un budget spécifique? Ce montant est-il repris dans le budget 2009?

17.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Cher collègue, votre question étant très technique, je vais en suivre les subdivisions.

A. Premièrement, l'avis 8390 du 6 août 2008 du Conseil supérieur de la santé recommandait la réduction des pathogènes dans tous les concentrés plaquettaires. Cependant, cet avis devait être complété par un avis plus spécifique sur l'efficacité des deux produits disponibles sur le marché belge: Intercept et Mirasol. Ces avis sont encore en cours de finalisation. Néanmoins, un projet d'arrêté royal en vue de rendre cette technique obligatoire sur tous les concentrés plaquettaires est actuellement soumis à l'avis de l'Inspection des Finances.

Deuxièmement, la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires est une nouvelle technique avec le but de garantir au maximum la sécurité microbiologique du concentré plaquettaire tout en maintenant un taux suffisant de plaquettes. Il est clair que plusieurs questions expérimentales étaient sans réponse au début, la question la plus pertinente étant le taux suffisant de plaquettes.

Je m'explique. En appliquant cette technique, plusieurs chercheurs avaient signalé une perte de plaquettes due à cette nouvelle procédure. Le fait de devoir éventuellement transfuser plus de plaquettes aux patients concernés serait évidemment un problème important à résoudre notamment dans le cadre des dépenses de soins de santé.

B. L'étape suivante concerne l'inscription à la nomenclature et la fixation du prix de cette technique de la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires. Comme ceci n'a pas encore été établi, je comprends votre point de vue: la convention que vous avez citée constitue une phase de transition en vue d'un remboursement régulier.

L'implémentation universelle de la technique a récemment été souhaitée par les experts des centres de transfusion mais le remboursement régulier devra encore être établi. J'attends la fin de la procédure au ministère de la Santé publique dans ce sens.

Je n'accepterai pas une situation de transition trop longue, que vous qualifiez de discriminatoire entre différents centres de transfusion.

C. Le contenu de la convention n'est pas publié au Moniteur belge. C'est l'usage.

D. Le comité d'accompagnement de la convention est constitué de quatre centres belges de transfusion (Saint-Jean à Bruges, Gand, le service du 100 du Brabant-Hainaut situé à l'hôpital Erasme et le centre de transfusion sanguin à Mont-Godinne) ainsi que de plusieurs membres du comité de l'assurance. Le comité d'accompagnement se réunit trois à quatre fois par an à l'INAMI.

J'en viens à votre deuxième question. Le projet d'arrêté royal dont j'ai parlé doit donc recevoir l'avis de l'Inspection des Finances. Dès que je le recevrai, cela passera au Budget puis au Conseil d'État.

En ce qui concerne le coût bien réel de cette nouvelle obligation, une nouvelle évaluation du prix de cession des produits sanguins sera menée de manière globale afin de prendre en compte l'ensemble des coûts de revient et, comme l'exige notre législation, en excluant toute constitution de bénéfices.

17.03 Josy Arens (cdH): Je remercie la ministre pour cette réponse très complète.

J'ai une petite question complémentaire. Quand peut-on espérer la publication de l'arrêté?

17.04 Laurette Onkelinx, ministre: Comme je vous l'ai dit, j'attends l'avis de l'Inspection des Finances, puis je devrai demander l'avis du Budget. J'espère qu'entre-temps, j'aurai reçu les avis scientifiques sur l'Intercept et le Mirasol. On pourrait alors aller au Conseil d'État.

Comme c'est aléatoire, je n'ose pas m'enfermer avec une date mais on suit le dossier très régulièrement.

17.05 Josy Arens (cdH): Si j'ai bien compris, vous souhaitez que ce ne soit pas trop long.

17.06 Laurette Onkelinx, ministre: C'est tout à fait ça.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté du Conseil d'État abrogeant l'arrêté ministériel de 2006 relatif à l'agrément des médecins généralistes" (n° 10805)**

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation par le Conseil d'État de l'arrêté ministériel contenant les normes d'agrément des médecins généralistes" (n° 10843)**

- **Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation de l'arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins généralistes" (n° 10861)**

18 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het arrest van de Raad van State tot opheffing van het ministerieel besluit van 2006 met betrekking tot de erkenning van huisartsen" (nr. 10805)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging door de Raad van State van het ministerieel besluit met de erkenningsnormen voor huisartsen" (nr. 10843)

- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van het ministerieel besluit houdende de erkenningsnormen voor huisartsen" (nr. 10861)

18.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question concerne l'arrêt du Conseil d'État abrogeant l'arrêté ministériel de 2006 relatif à l'agrément des médecins généralistes. La procédure n'aurait pas été respectée puisque l'avis du Conseil supérieur des médecins généralistes et spécialistes a été rendu sans que le quorum de présence ne soit atteint. Cela pose problème. En effet, cet arrêté prévoyait notamment que, pour conserver son agrément, un médecin généraliste doit avoir un seuil minimal de 500 contacts par an et doit participer à un rôle de garde organisé au niveau local.

Cette situation entraîne notamment les étudiants en 4^{ème} doctorat dans une grande insécurité juridique,

puisque c'est l'arrêté du 3 mai 1999 qui est à nouveau en vigueur. De ce fait, le 4^{ème} doctorat ne peut être considéré comme faisant partie à part entière de la formation spécifique du généraliste qui est de trois ans. Ces étudiants risquent donc de devoir effectuer une année supplémentaire.

Par ailleurs, l'arrêté abrogé introduisait une discrimination entre généralistes et spécialistes, puisque ceux-ci ne peuvent entamer leur spécialisation qu'après 7 ans d'étude contre 6 pour les généralistes. Notons que, dans de nombreux pays européens, la durée des études de base en médecine est passée à 6 ans.

Madame la ministre, quelles mesures avez-vous prises pour remédier à l'abrogation de cet arrêté? Avez-vous eu des contacts avec les universités et les représentants des étudiants en médecine à propos de la durée des études de base en médecine en 6 ou 7 ans?

18.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het gaat inderdaad over de vernietiging door de Raad van State van het ministerieel besluit van 21 februari 2006 met betrekking tot de erkenningsnormen voor de huisartsen. Op basis van procedurefouten besliste de Raad van State dat dit ministerieel besluit moest worden vernietigd. Dat gebeurde op basis van een vraag van enerzijds de Brusselse vzw Dienstbetoon en anderzijds de Vlaamsgezinde huisarts Joost Rampelberg. Het dossier van de verplichting tot 500 patiëntencontracten bezorgt de betrokkenen in Brussel zeker aan Nederlandstalige zijde aardig wat problemen en zij krijgen nu op hun vraag aan de Raad van State gelijk.

De schrapping heeft uiteindelijk als gevolg dat een eerder ministerieel besluit van 2002 terug in werking treedt. Daardoor bestaat het risico dat de basisopleiding plots tien jaar zou kunnen gaan bedragen in plaats van negen jaar, waardoor een aantal huisartsen dat nu in opleiding is, in een juridisch vacuüm terechtkomt. In bijkomende orde is ondertussen de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen een tweetal maal over het dossier bijeengekomen, het laatst volgens mijn info op donderdag 12 februari.

Vanuit onze hoek blijven twee cruciale vragen over. Uiteraard enerzijds uw reactie op de vernietiging van het betrokken MB door de Raad van State en, in tweede orde, de vraag aan welke oplossing u hebt gewerkt. Wat is het resultaat van de bijeenkomst van de Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en Huisartsen? Hoe kunnen we dit probleem verhelpen?

18.03 Minister Laurette Onkelinx: De Raad van State heeft inderdaad recentelijk het besluit van februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van de huisartsen vernietigd. Het advies van de Raad van State verwijst nergens naar de inhoud van het besluit, maar haalt een procedureprobleem aan in verband met het ontbreken van een quorum tijdens een van de vergaderingen van de Hoge Raad.

Het besluit van 2006 preciseerde opnieuw de erkenningscriteria en definieerde de procedure die leidt tot het verlies van deze erkenning. Het bevestigde verder dat de studenten in de geneeskunde hun specifieke opleiding in de huisartsengeneeskunde konden aanvangen vanaf het begin van hun vierde doctoraatsjaar. Dit aspect van het besluit werd sindsdien echter betwist door de Raad van State, die een ongelijkheid aanvoert tussen de opleiding van de huisartsen en die van de specialisten in de ziekenhuizen.

J'ai demandé en urgence une réunion du Conseil supérieur, qui s'est réuni le 12 février, pour étudier une nouvelle proposition d'arrêté identique à celui de 2006 en matière d'agrément et instaurant une période transitoire protégeant les étudiants déjà engagés dans des études de médecine.

Le Conseil supérieur a approuvé cette option en proposant parallèlement la constitution d'un groupe de travail avec les responsables des Communautés sur la durée des études de base.

Dès que j'aurai reçu l'avis officiel du Conseil supérieur, je soumettrai en urgence le nouvel arrêté au Conseil d'État, ensuite au Conseil des ministres afin de protéger, dès à présent, en particulier les étudiants de dernière année engagés dans la filière de la médecine générale. Parallèlement, j'entamerai une concertation avec les Communautés responsables de l'enseignement supérieur et l'ensemble des acteurs de terrain sur la durée des études de base de médecine.

18.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): En effet, il n'y avait pas d'autre solution qu'une période transitoire. Le débat sur l'adaptation de la durée des études de base est inévitable vu le contexte européen. Quand nous avons reçu les candidats spécialistes et les maîtres de stage, cela faisait aussi partie de leurs interrogations et de leurs propositions en vue de revenir à un même contenu avec des références et de considérer toute spécialisation comme commençant au même moment avec la même organisation.

Tout ceci sera réglé en principe dans les semaines qui viennent.

18.05 Laurette Onkelinx, ministre: Puisque la compétence est partagée avec les Communautés, il faut les consulter avant de se prononcer.

18.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik neem akte van uw antwoord.

Het is de logica zelve dat er een advies aan de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en van Huisartsen is gevraagd. In de marge daarvan is ook een werkgroep opgestart.

Ik ben uiteraard de laatste die zich tegen overleg met de Gemeenschappen zal verzetten. Dat zult u wel begrijpen. Het fundamenteel debat, zoals u terecht opmerkte, zal uiteraard over de duurtijd van de basisopleiding gaan. Ter zake dringt een aantal artsensyndicaten er terecht op aan om de basisopleiding op zes jaar terug te brengen. Op dat vlak is overleg met de Gemeenschappen meer dan nodig.

Wij zullen het dossier verder moeten opvolgen, in de hoop dat het probleem dat rijst, zo snel mogelijk een goed einde en een goede afloop kent.

18.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Il faudrait peut-être mettre au point des dispositifs permettant de déterminer que l'on n'est pas en nombre pour prendre une décision. En effet, la situation est pour le moins ridicule.

18.08 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 10819 de Mme Van Daele est reportée. Il en va de même pour la question n° 10822 de Mme De Bue.

19 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar het uitgaansleven door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen" (nr. 10848)

19 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête relative aux habitudes de sortie menée par la 'Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen'" (n° 10848)

19.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil nog even terugkomen op een blijvende bezorgdheid van onze fractie, met betrekking tot drugsgebruik.

Het onderzoek van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen met betrekking tot het gebruik van drugs tijdens het uitgaansleven is daarvoor de directe aanleiding. Ik was daarnet aangenaam verrast door de vraag van collega Bacquelaine die zich terecht zorgen maakt over het stijgend gebruik van cannabis, heroïne en dergelijke.

Uit het fameuze onderzoek van VAD blijkt heel duidelijk dat het gebruik van cannabis en alcohol is toegenomen, dat het taboe dat een tijd geleden bestond rond cannabis verdwenen is – en we blijven wat cannabis betreft, een beschuldigende vinger uitsteken naar het federaal beleid van een van uw voorgangers, mevrouw Aelvoet – en dat allerlei nieuwe partydrugs oprukken.

In de volle wetenschap dat preventie een gemeenschapsbevoegdheid is, willen wij toch op federaal niveau de vraag stellen of het niet nodig is om, zoals uw voorganger minister Demotte heeft gedaan, een aantal nieuwe preventieve campagnes op te starten, in overleg met de Gemeenschappen, om de jongeren in het uitgaansleven erop te wijzen dat het gebruik van cannabis, heroïne en andere niet zo onschuldig is.

In tweede orde, wat is uw reactie op deze studie?

19.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik heb kennisgenomen van het verslag van het relevante kwantitatief en kwalitatief uitgaansonderzoek 2006 en 2007, van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen. Ik zou echter enkele aandachtspunten willen formuleren met het oog op een juist gebruik van de resultaten.

Allereerst vestigen de onderzoekers de aandacht op het feit dat het rapport indicatieve cijfers bevat die niet representatief zijn voor alle situaties. Ten tweede mogen uit deze studies geen conclusies worden getrokken met betrekking tot het middelengebruik bij de hele groep jongeren.

Het gebruik van alcohol en cannabis in het uitgaansleven is volgens deze studie 2007 inderdaad gestegen in vergelijking met 2005 en bevindt zich op hetzelfde niveau als in 2003. Alcohol wordt voornamelijk tijdens het uitgaan zelf gebruikt, maar in 2007 dronken bijna vijf van de tien uitgaanders ook voor het uitgaan.

Met betrekking tot cannabis zeggen de onderzoekers niet dat het taboe op het gebruik ervan is verdwenen. Ze constateren wel een steeds grotere aanvaarding van het gebruik ervan in zeer verscheiden situaties en op zeer verscheiden momenten.

Wat de nieuwe partydrugs Ketamine, 3,3 procent, en GHB, 5,3 procent, betreft, moeten wij inderdaad uiterst waakzaam zijn. Mijn bezorgdheid gaat echter sterk uit naar het stijgende laatstejaarsgebruik van cocaïne in het uitgaansmilieu. Wij zien hier namelijk een gebruik van 11,3 procent in 2003, dat stijgt tot 12,3 procent in 2005 en tot 17,1 procent in 2007. Cocaine is op die manier de derde meest gebruikte drug, volgend op alcohol en cannabis.

Vershillende initiatieven zijn genomen en nodig. Een drugs- en alcoholbeleid in het uitgaansmilieu moet zijn ingebed in een ruim beleid dat alle levensdomeinen afdekt. Dat is de taak van de algemene cel drugsbeleid, waarin alle bevoegde ministers zetelen. Deze cel werd ingesteld op 13 september laatstleden. De ministers die ter zake bevoegd zijn, hebben op 17 juni een gemeenschappelijke verklaring voor een toekomstig alcoholbeleid ondertekend. Deze verklaring somt de basisprincipes op, alsook meerdere maatregelen voor een efficiënt en coherent beleid. Deze verklaring werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

Zoals gezegd, krijgt ook het stijgende cocaïnegebruik mijn specifieke aandacht. Ik heb dit punt dan ook laten behandelen door de cel gezondheidsbeleid. Deze cel heeft onlangs een advies over de problematiek uitgebracht. Wat preventie betreft, onderstreep ik dat dit de bevoegdheid is van de Gemeenschappen. De federale Staat is bevoegd voor de informatieverstrekking. Ik herinner u aan de websites www.alcoholhulp.be en www.hoeveelsteveel.be, die werden ontwikkeld met een financiering door mijn administratie, in het kader van het Fonds ter bestrijding van de verslavingen.

Belangrijke doelstellingen van die sites zijn inderdaad informatieverstrekking, maar ook de opsporing van een problematisch alcoholgebruik.

Bij de ontwikkeling van die sites werd rekening gehouden met de leefwereld van jongeren en jongvolwassenen. Ze garanderen absolute anonimiteit. Die doelstelling werd wel degelijk bereikt.

Het Fonds ter bestrijding van de verslavingen heeft eveneens de vzw IDA gefinancierd met een budget van meer dan 670.000 euro voor de organisatie van een nationale campagne rond alcohol en andere drugs. De campagne richt zich in de eerste plaats op het alcoholgebruik en risicogedrag bij personen tussen 12 en 35 jaar.

De algemene doelstellingen zijn het uitstel van de beginleeftijd van alcoholgebruik, het verantwoordelijk leren omgaan met alcohol, het aanbieden en valoriseren van alternatieven voor alcoholgebruik, het faciliteren van vroege interventie en het beperken van de maatschappelijke en gezondheidsschade als gevolg van gebruik.

De campagne zal zich niet enkel richten op alcohol als product, maar zal ook aandacht hebben voor het gedrag, het riskant gebruik, het polydrugsgebruik, enzovoort, wat bepaalt of het gebruik al dan niet schadelijk is voor de gezondheid. Het accent zal liggen op het risicogedrag. Op die manier kan de link worden gelegd met andere psychoactieve middelen.

De start van de campagne is gepland voor het tweede semester van 2009. De gemeenschaps- en gewestministers zullen uiteraard voorafgaand uitgebreid worden geïnformeerd over die campagne.

19.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u uiteraard voor uw antwoord.

Nieuw en positief is dat u niet alleen de zeer onrustwekkende cijfers gaf met betrekking tot cannabisgebruik en andere druggebruik, maar dat u ook het stijgende cocaïnegebruik onder de aandacht bracht.

Ik neem akte van het feit dat u zei dat er tijdens het tweede semester van 2009 wel degelijk een nieuwe nationale campagne komt met betrekking tot alcohol en ander drugsgebruik. De cijfers die u vandaag gaf, bewijzen volgens mij overduidelijk dat er nood is aan zeer duidelijke campagnes die jongeren ontraden om naar drugsgebruik te grijpen en dat wij heel het gedoogbeleid van de voorbije jaren drastisch moeten bijsturen. De cijfers bewijzen dat er op het terrein wel degelijk een zeer ernstig probleem is.

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

La **présidente**: Les questions n° 10940 de M. Baeselen, n° 10910 de Mme Burgeon, n° 10942 de Mme Van Daele et n° 10945 de Mme Muylle sont reportées.

20 Vraag van de heer Bart Laeremans aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het nieuwe nationale voetbalstadion" (nr. 11019)

20 Question de M. Bart Laeremans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nouveau stade national de football" (n° 11019)

20.01 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, wij hebben al interpellatiedebatten gehad in het verleden met de vorige eerste minister. Er is ook een vraag geweest van collega Baeselen aan minister De Padt een tijdje geleden. Blijkbaar wordt nu nog enkel de Heizel aangehouden als vestigingsplaats voor het fameuze nieuwe nationale voetbalstadion, waarbij niet duidelijk is of er naar nieuwbouw wordt gestreefd of naar renovatie van het bestaande stadion.

Ook is niet duidelijk of parking C, die in Grimbergen ligt en wat een van de problemen is van het hele dossier, werd afgevoerd, nadat bekendgeraakte dat de Vlaamse regering dat geen optie vindt. Nadat ik deze vraag had opgesteld, is overigens gebleken uit een vraag van collega Frédéric Erens in het Brussels Gewest dat de piste Schaarbeek-vorming misschien toch nog in realiteit zou kunnen worden omgezet. Het is dus niet duidelijk welke plaats nu de meest ideale is voor de inplanting van het nieuwe nationale voetbalstadion. Hopelijk kunt u daar in uw antwoord meer licht op werpen.

Kunt u meedelen of er een definitieve beslissing is gevallen en, zo ja, voor welke site en welke optie wordt gekozen?

Ten tweede, waarom wordt de site van de vroegmarkt niet aangehouden? Wat zijn de redenen waarom Schaarbeek-vorming is weggevallen, als het al is weggevallen?

Ten derde, klopt het dat voetbalclub Anderlecht intussen definitief heeft beslist niet mee te stappen in het project, aangezien het zijn eigen stadion zal vergroten?

Ten vierde, kunt u de financiële implicaties van het project toelichten? Wat zal het federale aandeel zijn, het aandeel van het Brussels Gewest, van de stad Brussel en eventuele andere partners? Wordt nog steeds gedacht aan de koppeling met een shoppingcentrum?

Ten vijfde, op welke wijze zou het federale niveau bij de uitbating van het nieuwe stadion betrokken zijn?

Volgens welke formule zouden de opbrengsten worden verdeeld?

20.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer Laeremans, sta mij toe er u eerst aan te herinneren dat de zaak van het toekomstige, nationale voetbalstadion in de eerste plaats een zaak is van overleg tussen de federale, gewestelijke en gemeentelijke overheden. In voornoemd opzicht is het de eerste minister die namens de federale regering voor het bedoelde dossier instaat.

Dat gezegd zijnde, werd er, voor zover mij bekend, nog geen enkele, definitieve optie genomen. Dat betekent ook dat geen enkele deur a priori is gesloten. Dat betekent tot slot dat in het huidige stadium geen enkele beslissing over de financiële implicaties voor de openbare besturen in de ruime betekenis werd

genomen. Evenmin werd beslist over de manier van uitbating van het toekomstige stadion.

Inzake de opties van Sporting Club Anderlecht zou u zich beter tot de autoriteiten van de club of tot de autoriteiten van de gemeente Anderlecht wenden.

20.03 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, alle mogelijke ministers hebben zich in het verleden heel intensief ingezet om Anderlecht in het verhaal te betrekken, omdat dat ook een deel van de kosten zou dragen. In het verleden zijn er wel degelijk antwoorden geweest, zowel in het Brussels Gewest als federaal, waarbij Anderlecht wel degelijk werd vermeld.

Ik leer dat er nog helemaal geen definitieve keuze is gemaakt. Dat verheugt mij eigenlijk, want het betekent dat ook de piste van Schaarbeek-vorming niet definitief is vervallen. Ik ben daar blij om, want wij vinden dat nog steeds de beste oplossing. Ook Charles Picqué vond dat altijd de beste oplossing vanuit stedenbouwkundig en ruimtelijk oogpunt.

Ik hoop dat de studies die zijn gemaakt, onder meer inzake verkeer, goed worden gelezen en dat men daaruit de juiste conclusies trekt, namelijk dat als men Schaarbeek-vorming neemt, men massaal via het openbaar vervoer naar het nieuwe voetbalstadion zou kunnen komen, wat heel veel overlast aan verkeer, parkingproblemen enzovoort kan tegengaan.

Mevrouw de minister, ten slotte, ik ben gemeenteraadslid in Grimbergen en woonachtig in Grimbergen. Wij zijn absoluut tegenstander van een inplanting van een Brussels nationaal stadion in Grimbergen. Dat hoort daar niet thuis. Ik hoop dat het gezond verstand zal zegevieren en dat ook u dat zal inzien. Brussel heeft er trouwens ook financieel geen enkel voordeel bij om dat buiten Brussel in te planten.

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

La **présidente**: La question n° 11044 de Mme Almaci est reportée. Il en est de même pour la question n° 11060 de M. Flahaux.

21 Question de M. Jacques Otlet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des projets thérapeutiques pilotes par le Service public fédéral de la Santé publique" (n° 11121)

21 Vraag van de heer Jacques Otlet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van therapeutische pilootprojecten door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid" (nr. 11121)

21.01 Jacques Otlet (MR): Madame la ministre, je serai bref et je voudrais par cette question être le porte-parole des hôpitaux qui ont passé, avec le SPF Santé, des conventions de partenariat concernant des projets pilotes.

En réalité, ces conventions reprennent, d'une part, les obligations du promoteur du projet et, d'autre part, les engagements financiers pris en charge par le SPF. Seulement voilà, le problème est que les subventions qui sont engagées par le SPF ne sont pas indexées et cela même si certains projets sont prévus pour plusieurs années.

Lorsqu'on sait que dans les conventions, il est stipulé que 98% du budget doit obligatoirement être affecté aux dépenses salariales, il est évident qu'en n'indexant pas les budgets alloués à ces projets thérapeutiques, on met les promoteurs dans une situation financière particulièrement difficile. Or tout le monde se rejoint pour considérer aujourd'hui que ces projets pilotes sont particulièrement intéressants, notamment pour les éventuels développements de la politique de la Santé publique fédérale dans les années à venir.

Serait-il possible de revoir ces dispositions afin de garantir financièrement ces différents projets pilotes et de ne pas reporter systématiquement une partie de leur coût sur le dos des institutions qui en organisent la promotion?

21.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Otlet, compte tenu de la nature même des projets pilote, le principe de la non-indexation est relativement normal. En effet, conformément au principe de l'annualité du

budget de l'État, une convention liant l'État et un tiers ne peut être conclue que pour un an. J'ajoute qu'en principe, la notion même de projet pilote n'est pas conciliable avec un financement structurel. La question de l'éventuelle indexation ne se pose dès lors pas pour des conventions d'une durée d'un an.

Le problème rencontré pour le financement des équipes de recherche se pose effectivement lorsque le projet concerné est jugé suffisamment pertinent et intéressant pour être prolongé ou lorsque ce projet, pour être mené à bien, nécessite plus de temps pour être observé et pour pouvoir en tirer des conclusions qui seront concrétisées, par exemple, au travers de nouvelles normes d'agrément applicables à tous les hôpitaux concernés par l'objet de l'étude pilote.

Dans cette circonstance, il faut rappeler qu'on se trouve alors dans le cadre de conventions bilatérales. Il pourrait dès lors être envisagé de faire adapter directement, via un avenant par exemple, le montant de la convention et, de facto, le problème de l'indexation du financement de ces études pilotes par le budget des moyens financiers des hôpitaux ne se poserait plus dans la mesure où le montant retenu dans ce budget des moyens financiers tiendrait déjà compte de cette indexation.

Chaque année, la convention pourrait donc être renégociée pour y intégrer cette indexation et le coût de l'évolution de l'ancienneté barémique du personnel couvert par la convention, sous la supervision de l'Inspection des Finances. Cela dit, alertée par le secteur de ces difficultés de financement, la direction de l'administration Santé publique, compétente en la matière, étudie actuellement une formule pour définir des règles claires qui permettront d'assurer un financement adéquat de ces études pilote, tenant compte de cette problématique particulière.

21.03 Jacques Otlet (MR): Madame la ministre, je suis très heureux de constater que vous avez bien conscience de la difficulté. Votre idée d'avenant permettant de revoir le montant du budget chaque année, au lieu de l'indexer, me semble pertinente. S'il est possible de concrétiser ainsi, c'est parfait pour les divers projets.

Je suis très heureux de constater que vous connaissez bien le dossier et y êtes sensible.

La **présidente:** C'est ce qui est pratiqué régulièrement. En Région wallonne, les problèmes touchant aux projets pilotes pour les personnes handicapées jouissaient de cette pratique de l'avenant. C'est intéressant comme mode de fonctionnement et cette pratique est donc possible.

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

22 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maladie de Huntington" (n° 10980)

22 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekte van Huntington" (nr. 10980)

22.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la ministre, la maladie de Huntington est une pathologie héréditaire incurable qui mène inexorablement vers la mort. Elle se traduit par une dégénérescence neuronale affectant les fonctions motrices et cognitives et aboutit à la démence. La plupart des patients sont placés dans des hôpitaux psychiatriques, ce qui ajoute au trouble des malades et de ceux qui les accompagnent, qui ne comprennent pas ce choix.

Quel est le nombre de patients atteints de cette maladie en Belgique? Dispose-t-on de structures spécialisées destinées à la prise en charge des patients atteints de cette maladie? Quels sont les moyens développés par le gouvernement pour aider ces personnes en termes de soins et d'accueil?

22.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Crucke, vous avez raison de vous intéresser à ces patients. D'après les résultats d'une étude de la Fondation Reine Élisabeth qui vient de paraître et portant sur les besoins et la prise en charge des patients atteints de la maladie de Huntington et de la sclérose multiple, il y aurait en Belgique un besoin de 230 places pour traiter les patients d'une de ces pathologies dont 140 places spécialisées dans des établissements résidentiels pour les patients dits "Huntington".

Sur la base de cette étude et au sein du programme d'action en faveur des malades chroniques, un appel à projets a été lancé à ma demande fin de l'année passée pour la création d'unités de soins spécialisés au

sein des structures existantes, hospitalières ou MRS essentiellement, pour les patients atteints de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique et des patients atteints de la maladie de Huntington.

Pour ce qui concerne ces patients en particulier, le projet vise à prendre en charge dans une MRS moyennant un renforcement important de son personnel et la création d'une fonction de liaison depuis l'hôpital les patients qui n'ont plus besoin de soins médicaux ou chirurgicaux aigus mais dont l'état physique, cognitif ou psychique ou d'éventuels troubles du comportement requièrent une prise en charge multidisciplinaire.

Il s'agit en l'occurrence des patients pouvant être envoyés vers une MRS ou une MSP depuis l'hôpital tout en conservant la garantie de recevoir des soins appropriés et un soin continu de l'hôpital, des patients séjournant à domicile qui peuvent être pris en charge momentanément par une unité de soins spécialisés de l'hôpital ou par une structure résidentielle spécialisée, plus précisément afin que leur état pathologique puisse être stabilisé ou leur entourage soulagé et enfin des patients ayant besoin d'une surveillance médicale spécialisée continue dans un hôpital et pouvant être pris en charge par une unité de soins spécialisés de l'hôpital.

Un budget total de 8 millions d'euros est prévu en 2009 pour ce faire. Il devrait permettre de signer prochainement des conventions spécifiques avec les institutions candidates. Le Comité de l'assurance sera invité, le 2 mars prochain, à sélectionner les projets qui auront été retenus. Cette première étape permettra de couvrir la moitié des besoins identifiés par l'étude de la Fondation Reine Elisabeth en ce qui concerne les patients atteints de sclérose et près de un tiers en ce qui concerne les patients atteints de la maladie de Huntington.

22.03 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'estime que la piste des MRS ou des MSP qui est envisagée est judicieuse. Bien entendu, quand on parle de projet pilote, cela implique que ce dernier doit faire l'objet d'un suivi et d'une analyse.

Je répète que la plainte fondamentale que j'entends n'est pas celle qui consiste à dire qu'il n'existe pas de solution médicale à cette maladie. L'entourage est souvent conscient de la situation. Mais il faut éviter d'ajouter à ce manque de solution médicale, d'autres éléments de souffrance.

Cela dit, le budget qui a été dégagé me semble suffisamment conséquent. Madame la ministre, je vous demande simplement de tenir la commission informée du suivi de ce dossier

La **présidente**: La disposition figurait dans la loi-programme ou dans la loi portant des dispositions diverses de fin 2008.

22.04 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, je n'ai pas toujours le temps de les lire!

La **présidente**: Il est pourtant nécessaire d'agir car cette maladie est parfois très lourde!

22.05 Laurette Onkelinx, ministre: Notamment avec la princesse Astrid, qui est active en la matière, nous avons travaillé sur ce genre de projets. Les projets ont été déposés en abondance, ce qui nous permettra d'être opérationnels en très peu de temps. Nous l'avons évoqué fin 2008 et nous serons déjà opérationnels dès la fin du premier trimestre 2009.

22.06 Jean-Luc Crucke (MR): En France, pour l'instant, ils vont directement en hôpital psychiatrique.

La **présidente**: Une association de parents et de médecins a harcelé tous les niveaux de pouvoir avec des propositions, des journées d'études. Cela se sent: quand il y a de bons réseaux, on met en place plus rapidement des solutions fonctionnelles.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Les questions jointes n^{os} 11131 et 11200 de M. Jo Vandeurzen et Mme Maya Detiège sont reportées, de même que la question n^o 11153 de M. Georges Dallemagne.

*La réunion publique de commission est levée à 18.22 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.22 uur.*