

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 26 FEVRIER 2014

WOENSDAG 26 FEBRUARI 2014

Après-midi

Namiddag

La séance est ouverte à 14.19 heures et présidée par Mme Jeanne Nyanga-Lumbala.
De vergadering wordt geopend om 14.19 uur en voorgezeten door mevrouw Jeanne Nyanga-Lumbala.

La **présidente**: La question n° 21498 de Mme Smeyers est reportée.

01 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Temmerman aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "het tekort aan opvangplaatsen voor Brusselse daklozen" (nr. 21898)
- de heer Wouter De Vriendt aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "de daklozenopvang" (nr. 21964)
- mevrouw Sarah Smeyers aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "de opvang van daklozen in Brussel" (nr. 22056)

01 **Questions jointes de**

- Mme Karin Temmerman à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "le manque de places d'accueil pour les sans-abri bruxellois" (n° 21898)
- M. Wouter De Vriendt à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "l'accueil des sans-abri" (n° 21964)
- Mme Sarah Smeyers à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "l'accueil des sans-abri à Bruxelles" (n° 22056)

01.01 **Karin Temmerman** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de staatssecretaris, mijn vraag dateert van eind januari, dus ik vrees dat een aantal zaken een beetje achterhaald zijn. Het antwoord is dan waarschijnlijk ook goed voor de toekomst.

Op het moment dat ik de vraag ingediend had, kenden we een kleine koudegolf. We moeten echter toegeven dat er sindsdien eigenlijk een vrij zachte winter volgde. Tijdens die kleine koudegolf was er toch weer een tekort aan slaapplekken voor daklozen in Brussel. Enkele honderden daklozen hadden geen opvangplaats in onze hoofdstad en er was ook een beetje getrek en gesleur tussen de verschillende overheden die elkaar – mag ik wel zeggen – de zwarte piet doorschoven en telkens zeiden dat de andere verantwoordelijk was om voor opvang te zorgen.

U heeft daarop ook in het verleden zeer attent gereageerd. Ik herinner me dat twee jaar geleden ook direct een plaats werd gezocht. Nu heeft het een tijdje geduurd vooraleer de verschillende overheden een akkoord hadden, maar uiteindelijk is er wel een oplossing gezocht.

Ik kom tot mijn vragen.

Hoeveel eerstelijnsopvangplaatsen telt onze hoofdstad momenteel? Hoeveel plaatsen hebt u, vanuit de federale overheid, deze winter voor de tweedelijnsopvang vrijgemaakt?

Hoeveel opvangplaatsen werden er eind januari nog gecreëerd om te vermijden dat er tijdens de koudegolf toch weer daklozen bij temperaturen onder nul de nacht op straat zouden moeten doorbrengen? Was dat ook de verantwoordelijkheid van de federale overheid of werden die door andere instanties beheerd?

Mijn vraag was destijds ook of er nu nog opvangproblemen zijn voor Brusselse daklozen. Ik neem aan dat dit probleem nu opgelost is.

Is er na de ontruiming van het Gesùklooster voor alle gezinnen een oplossing gevonden of zijn die gewoon naar de daklozenopvang van Samusocial gegaan?

Ik dank u alvast voor uw antwoord.

01.02 Staatssecretaris **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Temmerman, ik dank u voor uw vraag.

De winteropvang voor Brusselse daklozen is al jaren een reëel probleem. Sinds mijn aantreden in 2011 heb ik steeds gesteld dat het onaanvaardbaar is dat mensen tijdens de winter op straat moeten overnachten.

Op dit moment zijn er 900 winteropvangplaatsen bij Samusocial in Brussel beschikbaar. Daarvan worden er 550 gefinancierd door de federale overheid. Dat zijn de zogenaamde tweedelijnsplaatsen. Daarnaast worden 350 bedden gefinancierd vanuit de Gemeenschapscommissie, de eigenlijk bevoegde verantwoordelijke.

Aangezien er tot op heden geen informatie is over de besteding van de 500 000 euro die de GGC inmiddels een jaar geleden vrijmaakte maar waarover men nog altijd aan het vergaderen is, is er nog geen bed bijgekomen. Daarom ga ik ervan uit dat de 200 extra plaatsen waarin wij voorzien hebben ten laste zullen blijven van de federale overheid. Zoals u weet, zijn we gestart met 300 plaatsen, daarna 350, en vervolgens in één keer 200 plaatsen extra, omdat bij de eerste koudeprik ongeveer 130 mensen zich genoodzaakt zagen de nacht op straat door te brengen.

Dan kom ik tot de vraag over de ontruiming van het Gésuklooster, die werd gevraagd door de burgemeester van Sint-Joost-ten-Node. Ik kan u vertellen dat momenteel nog een dertigtal mensen in de winteropvang verblijft. Eind november waren er dat nog 118. Er is dus een grote bereidheid geweest in Brussel om die mensen op te vangen. Van in het begin hebben we diegenen opgevangen waarvoor wij bevoegd waren. Dat waren de asielzoekers in procedure, de illegalen die strafbare feiten hadden gepleegd en de gezinnen met kinderen. Die zijn bij ons opgevangen. De rest is in de opvang gegaan.

Het aantal beschikbare plaatsen is door die permanente aanwezigheid afkomstig uit het Gésuklooster beïnvloed, maar gelukkig stellen we daar ook een afname vast, dankzij de inspanningen die op Brussels niveau worden gedaan op het vlak van bewoning enzovoort.

U vroeg of er een link is tussen het beleid dat ik voer inzake asiel en opvang, en het aantal daklozen. Ik denk van niet: tijdens de vorige winterperiode had 44 % van de opgevangen personen het statuut 'zonder wettelijk verblijf', dit jaar is dat ongeveer 36 %. De echte evaluatie zullen wij natuurlijk pas kunnen doen op het einde, want het cijffer fluctueert. De cijfers van het commissariaat-generaal geven ook aan dat er onmogelijk meer illegalen of asielzoekers in de winteropvang kunnen zijn, want wij weten dat het aantal asielzoekers met 40 % is gedaald, dat de vrijwillige terugkeer een stijging blijft vertonen en dat een aantal mensen zelfstandig teruggaat. Dat was een redenering die op een bepaald moment in de discussie is geweest, zonder veel kennis van de cijfers.

Wij werken vooral samen met Samusocial. Er is een apart contract voor Brussel en een apart contract voor ons. Het belangrijkste is – dat heb ik steeds gezegd – dat wij alleen door samen te werken ervoor kunnen zorgen dat al die mensen een dak boven hun hoofd hebben. Voor hen maakt het niet uit of ze in een bed slapen dat door Brussel betaald is of in een bed dat door de federale overheid betaald is. Voor die mensen telt alleen dat ze van straat zijn en dat ze een dak boven hun hoofd hebben. Aan de rest hebben zij geen boodschap.

Ik heb gewoon gezegd dat ik er korte metten mee maak. Ik zal wel moeten zien dat het geld er is, maar ik maak genoeg plaatsen bij om die afwijzingen niet meer te hebben en om dus geen mensen meer de straat op te moeten sturen. Dat zal zo zijn tot het einde van de winter.

01.03 Karin Temmerman (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de staatssecretaris, het laatste dat u zei was zeer correct: het is een beetje godgeklagd dat wij elke winter moeten vaststellen dat vanuit sommige overheden die samenwerking heel stroef verloopt. Ik verwijt u op dat vlak trouwens zeker niets.

Ik hoop dat men voor de komende jaren toch geleerd heeft hoe men moet samenwerken, zodat die mensen niet op straat moeten verblijven als de temperatuur onder nul zakt.

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

02 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la ministre de l'Emploi sur "le travail des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale dans le cadre de l'article 60, § 7 et de l'article 61" (n° 22005)

02 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de minister van Werk over "de tewerkstelling van leefloontrekkers in het kader van artikel 60, § 7 en artikel 61" (nr. 22005)

02.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, les CPAS disposent d'outils légaux et administratifs pour mettre les bénéficiaires d'une aide sociale à l'emploi. Les exemples les plus courants consistent en l'utilisation des articles 60, § 7 et 61 de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976.

L'article 61 de la même loi organique offre la possibilité aux CPAS de coopérer avec un employeur tiers afin de remplir sa mission de mise au travail. Il est, dans la pratique, assimilé à un engagement et non plus à une mise à disposition du bénéficiaire par le tiers.

S'il s'agit d'un employeur privé à but lucratif, le CPAS perçoit un subside de l'État fédéral pour l'encadrement et la formation éventuelle de la personne mise au travail. Il s'agit d'une prime de tutorat.

Cette mesure d'insertion est jugée par plusieurs parties, dont la Fédération des CPAS wallons, comme nettement plus adéquate en termes d'insertion socioprofessionnelle que la mesure "article 60".

Le fait que l'entreprise bénéficiaire de la mesure soit également l'employeur du travailleur la force à prendre ses responsabilités et la situation est plus saine et claire pour le travailleur lui-même. Le taux d'insertion dans un emploi durable y serait en effet plus important, selon l'étude quantitative "Impacts des mesures d'insertion des CPAS wallons" de Sébastien Lemaître et présentée par l'Union des Villes et des Communes wallonnes il y a quelques années.

Depuis la mise en place de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS), les informations provenant des principales institutions de sécurité sociale sont disponibles pour mener des recherches à caractère scientifique et croiser les données chiffrées.

Pourriez-vous nous donner les chiffres actualisés du nombre de personnes ayant retrouvé un emploi durable après avoir presté dans les deux dispositifs (art. 60 et 61)? En fonction de ces chiffres, confirmez-vous cette analyse selon laquelle le mécanisme article 61 serait plus efficace en termes d'insertion que l'article 60?

Il semble pourtant que le mécanisme article 61 soit nettement moins utilisé que l'article 60 puisque, selon les chiffres disponibles sur le site de l'ONEM en 2010, son utilisation ne représenterait que 1,66 % des mesures d'insertion mises en oeuvre par les CPAS contre 90,88 % pour le second.

Compte tenu du contraste entre sa faible utilisation et son efficacité, quelles sont selon vous les raisons pour lesquelles le mécanisme article 61 est si peu utilisé? Pourriez-vous nous dire si votre département a mis en place un plan de communication afin de valoriser cette méthode de remise à l'emploi auprès des demandeurs d'emploi ou des employeurs? Dans l'affirmative, lequel? Dans la négative, pourquoi?

02.02 Maggie De Block, secrétaire d'État: Madame la présidente, madame Warzée-Caverenne, je vous remercie pour votre question. Avant de vous répondre, il me semble utile de préciser ce qu'il convient d'entendre par "mesure de mise à l'emploi, article 61".

L'article 61 de la loi organique des CPAS instaure la possibilité pour ceux-ci de conclure des conventions

avec des partenaires. Il prévoit également de mettre à disposition de ces derniers les travailleurs concernés par l'article 60, § 7. Il ne prévoit pas d'engagement des bénéficiaires du CPAS par une entreprise privée, mais consacre le principe d'une collaboration entre les CPAS et des partenaires, ainsi que celui de la mise à disposition de travailleurs concernés par l'article 60, § 7.

Toutefois, sur la base de l'article 61, si le CPAS conclut une convention de coopération prévoyant la mise à l'emploi de quelqu'un ayant droit à l'intégration sociale ou à une aide sociale financière auprès d'une entreprise privée, une subvention est prévue. Il s'agit de la prime de tutorat, également appelée "article 61". Elle est essentiellement destinée à offrir aux travailleurs une formation et un encadrement sur le lieu de travail. De plus, elle ne peut être accordée que dans le cadre d'une mise à disposition d'un travailleur "article 60, § 7" au sein d'une entreprise privée. Le CPAS reste l'employeur juridique et confie le travailleur à cette dernière, qui peut devenir elle-même l'employeur de l'ayant-droit.

Le SPP Intégration sociale a développé un instrument de suivi des trajectoires des usagers des CPAS ayant bénéficié d'une mesure d'activation. Cependant, les données statistiques relatives à ces trajectoires ne permettent pas de distinguer les mises à l'emploi en application de l'article 60 et celles qui ont bénéficié d'une prime de tutorat. Ces données sont regroupées dans plusieurs analyses. Il ne nous est donc pas permis d'apprécier l'efficacité de la prime de tutorat sur le plan de l'application de l'article 60, § 7.

De ces données, on constate qu'au cours du trimestre qui suit la fin de la mise à l'emploi en application des articles 60 et 61, 33,7 % des individus se trouvent à l'emploi. Dans l'année qui suit la fin de la mise à l'emploi en application des articles 60, § 7 et 61, 50,7 % des individus ont au moins travaillé un trimestre sur quatre.

Les dernières données disponibles montrent effectivement que la prime de tutorat ne représente que 2 % des mises au travail en 2012. Mais ainsi, 495 conventions ont été signées en 2012: 22 à Bruxelles, soit 4 %; 56 en Flandre, soit 11 % et 417 en Wallonie, soit 84 %.

Les mesures de mise à l'emploi des bénéficiaires du CPAS, dont cette prime de tutorat, seront régionalisées en juillet 2014. Je ne projette donc pas de communication spécifique à ce stade. Suite à la régionalisation, il deviendra nécessaire d'organiser une campagne d'information.

02.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, merci de votre réponse. Vous avez eu bien raison de re-préciser les choses. Il serait sans doute bon à présent pour les Régions de bénéficier de l'expertise du pouvoir fédéral; en effet, lorsqu'elles prendront en charge les options concernant notamment ces articles, elles auront à les adapter en fonction des réalités du terrain et des possibilités offertes.

Vous avez indiqué la signature de plus de 400 conventions; si elles amènent vraiment le travailleur vers un emploi direct, il restera opportun de choisir cette voie plutôt qu'une autre dont le taux de réussite est moindre.

02.04 Maggie De Block, secrétaire d'État: S'il est vrai que tout cela va être régionalisé, reconnaissons que les CPAS seront toujours là. Ce sont surtout eux qui travailleront avec ces articles. J'ai donc moins de crainte puisqu'ils insisteront pour poursuivre le travail par le biais de cet outil efficace.

02.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): De mon expérience, les CPAS des petites communes ont toujours intérêt à se baser sur les expériences vécues ailleurs. Si l'on observe qu'une activation fonctionne mieux que les autres, il conviendra de les encourager à utiliser cette voie.

Je suis d'accord avec vous: les CPAS resteront présents. Ils seront les intermédiaires et les professionnels.

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

03 Question de Mme Jeanne Nyanga-Lumbala à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "le financement des CPAS" (n° 21968)

03 Vraag van mevrouw Jeanne Nyanga-Lumbala aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "de financiering van de OCMW's" (nr. 21968)

03.01 **Jeanne Nyanga-Lumbala** (cdH): Madame la secrétaire d'État, les dépenses des CPAS ne cessent d'augmenter. Cette situation risque d'encore s'aggraver à cause du vieillissement de la population qui implique de nouveaux besoins en matière de maisons de repos, de repas à domicile.

Ces difficultés, nous les ressentons sur le terrain. Elles sont aussi objectivées par une étude de Belfius.

Selon cette étude, sans la dotation communale, les CPAS accuseraient un déficit de 240 euros par habitant à Bruxelles. La dotation des communes aux CPAS a augmenté de 4 à 6 % par an sous cette législature.

L'augmentation des dépenses s'expliquerait par différentes raisons: les charges des pensions pour le personnel, l'augmentation des budgets consacrés à l'aide au logement (loyer, chauffage, électricité, etc.) et surtout la croissance du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, surtout dans les grandes villes.

À Bruxelles, la hausse moyenne pour cette dépense est de 12,3 % sur la période 2007-2013. La charge brute, avant l'intervention de l'État, est de 244 euros par habitant.

Madame la secrétaire d'État, confirmez-vous les constats de cette étude?

Vous avez déjà prévu une mesure de compensation pour les demandeurs d'emploi exclus du chômage qui se tournent vers les CPAS. Avez-vous entrepris d'autres actions pour soutenir les CPAS?

L'accord de gouvernement prévoyait d'examiner la possibilité d'adapter le taux de remboursement du revenu d'intégration sociale; avez-vous demandé des estimations budgétaires en vue de la mise en œuvre de cette mesure?

03.02 **Maggie De Block**, secrétaire d'État: Madame la présidente, en ce qui concerne le constat mentionné par l'étude réalisée par Belfius, celle-ci utilise à certains endroits des données provenant du bulletin du SPP Intégration sociale. Même si les données sont quelque peu différentes d'une période à une autre, les tendances sont évidemment identiques.

En effet, dans la Région de Bruxelles-Capitale, au cours de la période 2007-2012, on note une augmentation de 18 % du nombre de bénéficiaires du RIS, soit de 36 096 à 42 708. Il s'agit d'une augmentation moyenne annuelle de 3,6 %.

Quant à la répercussion des modifications apportées à la réglementation du chômage, grâce à l'article 16 de la loi-programme du 26 décembre 2013, une compensation financière a été prévue. En effet, un nouveau chapitre comprenant un article unique a été inséré dans la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale.

L'article 41 prévoit déjà, pour 2014, une subvention particulière de 49,12 euros par dossier, qui a été prise en compte en 2012 par les remboursements de l'État. Le montant de cette compensation correspond au surcoût effectif supporté par les CPAS tel qu'il peut être estimé sur la base d'un croisement des données de l'ONEM, d'une part, et du SPF Intégration sociale, d'autre part.

Au total, un budget de 8,2 millions d'euros est prévu à titre de compensation pour les CPAS pour les années 2012, 2013 et 2014.

En ce qui concerne votre dernière question relative à l'ajustement des taux de remboursement, l'accord de gouvernement prévoit, en effet, "l'ajustement des taux de remboursement si le contexte budgétaire le permet." Voilà bien la difficulté: le contexte budgétaire reste difficile!

03.03 **Jeanne Nyanga-Lumbala** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Mais quid du vieillissement de la population, qui constitue un important défi pour les CPAS? Le montant n'est pas budgétisé pour les CPAS.

03.04 **Maggie De Block**, secrétaire d'État: Oui, je sais! Cela sera nécessaire, mais il faut avoir les moyens! Je n'y suis pas opposée mais, pour l'instant, ce n'est pas possible.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Benoît Drèze à la secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté, adjointe à la ministre de la Justice, sur "les conséquences de la réforme des allocations d'insertion" (n° 22151)

04 Vraag van de heer Benoît Drèze aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, over "de gevolgen van de hervorming van de inschakelingsuitkering" (nr. 22151)

04.01 Benoît Drèze (cdH): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, conformément à l'accord de gouvernement, les allocations d'insertion ont été limitées dans le temps.

Selon l'ONEM, le nombre de personnes qui ne sont plus indemnisables s'élève à environ 27 300 pour l'ensemble du pays. Cela concerne surtout les cohabitants qui n'ont pas charge de famille. Des exceptions ont en effet été prévues.

Interrogé dans les médias sur l'avenir de ces personnes qui seront exclues du chômage et se tourneront vers les CPAS, le premier ministre a établi la typologie suivante. D'abord, certains bénéficiaires perdront maximum 16 euros par mois. Ensuite, certains bénéficiaires ne perdront rien. Enfin, certains cohabitants gagneront 120 euros de plus par mois.

En outre, le premier ministre a rappelé l'accord de gouvernement et a assuré que les CPAS feront de la mise à l'emploi. L'accord de gouvernement stipule que "les taux de remboursement du RIS à charge du fédéral en faveur des CPAS seront augmentés d'un pourcentage représentant un budget équivalent au transfert de charges vers les communes que suppose cette réforme et les capacités d'accompagnement des CPAS seront renforcées".

Madame la secrétaire d'État, pouvez-vous confirmer les données avancées par le premier ministre? Avez-vous estimé combien de personnes gagneront plus ou moins qu'avant en bénéficiant du CPAS? La compensation pour les CPAS prévue dans l'accord de gouvernement a-t-elle été évaluée? Quand les CPAS pourront-ils en bénéficier?

Un renforcement des mesures de mise à l'emploi est-il prévu dans les CPAS pour accueillir ces bénéficiaires qui n'ont jamais eu d'emploi?

04.02 Maggie De Block, secrétaire d'État: Madame la présidente, monsieur Drèze, merci pour votre question. Je confirme évidemment les données du premier ministre.

En ce qui concerne le nombre exact de bénéficiaires, je vous renvoie à ma collègue, Mme De Coninck, ministre du Travail. Mon département a vraiment fait les estimations nécessaires en collaboration avec ses services, c'est-à-dire l'ONEM.

L'article 16 de la loi-programme du 26 décembre 2013 a inséré un nouveau chapitre avec un article unique dans la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. Comme je l'ai dit dans ma réponse à la question précédente, l'article 43/1 prévoit déjà pour 2014 une subvention particulière de 49,12 euros par dossier, qui a été prise en compte en 2012 par les remboursements de l'État.

Le montant de cette compensation correspond au surcoût effectif supporté par les CPAS, tel qu'il peut être estimé sur base d'un croisement des données de l'ONEM, d'une part, et du SPF Intégration sociale, d'autre part. La mise en paiement sera effectuée par mon administration le plus vite possible.

Pour les années futures, cet article 43/1 de la loi du 26 mai 2002 prévoit qu'il appartient au Roi de déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant et les modalités de cette subvention pour les années ultérieures, ainsi que l'année de la référence prise en compte.

Cette flexibilité est donc tempérée par l'obligation d'une concertation du Conseil des ministres; voilà qui permettra d'ouvrir la voie et d'augmenter les montants, si nécessaire.

Suite à la régionalisation de l'ensemble du secteur des mesures de mise à l'emploi, la compétence sera transférée le 1^{er} juillet 2014. Il appartiendra aux Régions à partir de cette date de fixer les priorités à l'égard

de ce public.

04.03 Benoît Drèze (cdH): Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, je comprends bien que ce qui a été prévu est d'avoir un financement du fédéral par dossier, donc une intervention sur le plan administratif. Il n'a jamais été question et il ne sera pas question d'interventions envers l'aide sociale elle-même.

Le pouvoir fédéral intervient selon un pourcentage. Vu le nombre de dossiers qui sera en augmentation au sein des CPAS, le fédéral envisagera-t-il d'augmenter son intervention dans l'allocation elle-même? Est-ce en discussion ou non?

04.04 Maggie De Block, secrétaire d'État: Non.

04.05 Benoît Drèze (cdH): Merci, madame la secrétaire d'État.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 22030 de M. Philippe Blanchart et la question n° 22034 de M. Steven Vandeput sont transformées en questions écrites. La question n° 22249 de Mme Meyrem Almaci est reportée.

04.06 Maggie De Block, secrétaire d'État: Madame la présidente, je vous fais remarquer que j'étais venue pour répondre à dix questions.

Or seules quatre d'entre elles ont été posées, soit moins de 50 %. Les questions et réponses étant toujours actualisées, cela représente beaucoup de travail pour mes services et mon cabinet. J'ai du respect pour le parlement mais cela doit venir des deux côtés. C'est pourquoi je tenais à faire remarquer que ces questions n'ont pas été posées.

La **présidente**: Madame la secrétaire d'État, nous tiendrons compte de votre remarque. Je demanderai à la secrétaire de commission de bien vouloir indiquer ceci dans le procès-verbal.

La réunion publique de commission est suspendue de 14.50 heures à 15.10 heures.

De openbare commissievergadering wordt geschorst van 14.50 uur tot 15.10 uur.

Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

05 Question de Mme Jacqueline Galant à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la protection des médiateurs hospitaliers et les moyens de garantir leur indépendance" (n° 21425)

05 Vraag van mevrouw Jacqueline Galant aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de bescherming van de ziekenhuisombudsmannen en de middelen om hun onafhankelijkheid te waarborgen" (nr. 21425)

05.01 Jacqueline Galant (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le 22 juin 2012, la Commission fédérale "Droits du patient" vous a adressé une recommandation dans laquelle elle préconisait d'assurer une protection efficace des médiateurs hospitaliers par des mesures visant à garantir leur indépendance. Les membres de la Commission fédérale de médiation (CFM) étaient apparemment tous d'accord pour constater que le critère d'indépendance des médiateurs repris dans l'arrêté royal du 8 juillet 2003 n'était pas garanti dans toutes les institutions de soins.

La circulaire concernant l'indépendance et la neutralité du médiateur, envoyée à l'attention des gestionnaires des hôpitaux le 6 juillet 2010, apparaît comme insuffisante. En outre, il me semble que Test-Achats réclame également ces mesures. Sur la base de ce constat, il existait une convergence des membres de la Commission sur les points suivants: la mise en place d'une procédure d'agrément des médiateurs et une protection juridique renforcée du statut des médiateurs, notamment afin d'éviter un licenciement. Qu'en est-il? Quelle est votre position face à un constat qui semble assez largement partagé? Des mesures vont-elles être prises pour assurer l'indépendance des médiateurs au sein de toutes les institutions de soins? Le cas

échéant, pouvez-vous nous les détailler?

Par ailleurs, une formation spécifique devrait idéalement être organisée, non seulement pour garantir la fiabilité des données renseignées par les médiateurs, mais également parce que la formation constitue une obligation déontologique de nature à créer la confiance envers ceux-ci.

Actuellement, l'arrêté royal de 2003 n'exige rien de plus qu'une formation supérieure de type court - BAC+3 - , sans renseigner une quelconque orientation particulière. Tout se passe comme si l'acte de nomination d'un médiateur au sein de l'hôpital conférait à celui-ci les connaissances adéquates et suffisantes pour exercer une fonction de médiation. Or l'expérience de terrain tend à démontrer qu'il serait, dans bien des cas, souhaitable, voire indispensable, que les médiateurs suivent une formation spécifique relative à leur travail. Quelle est la position de votre cabinet à cet égard? Une formation spécifique vous paraît-elle également souhaitable? Comment pourrait-elle être mise en place?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je voudrais donner raison à Mme Galant sur la nécessité d'être beaucoup plus clair en ce qui concerne le niveau d'indépendance, le statut, la formation des médiateurs de la Commission fédérale "Droits du patient".

D'un point de vue technique et juridique, la difficulté réside dans la répartition des compétences. En effet, les normes des hôpitaux, dont celles prévues dans l'arrêté du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre sont, selon la sixième réforme de l'État, transférées aux compétences des Communautés et des Régions. Aussi, compléter, renforcer, modifier les normes, notamment celles liées à l'indépendance et à l'équipement administratif de la fonction de médiation relèvera de la compétence des entités fédérées.

Par ailleurs, les services d'inspection des Communautés et Régions ont déjà, indépendamment de la réforme de l'État actuelle, la compétence consistant à contrôler le respect des normes des hôpitaux, en l'occurrence des normes liées au fonctionnement d'une fonction de médiation hospitalière. Par conséquent, légiférer au niveau du statut de la profession de médiateur "droits du patient", qu'il s'agisse de l'agrément, de la protection juridique renforcée, etc., échappe aussi à mes compétences de ministre fédéral de la Santé, dans la mesure où le médiateur "droits du patient" n'est pas un professionnel de la santé.

Pour ce qui est de la formation des médiateurs, l'organisation des formations menant à un diplôme relève de la compétence des Communautés. Que ce soit par la sixième réforme de l'État ou dans le contexte juridique actuel, je ne sais pas intervenir. Cela dit, nous planchons actuellement, avec des représentants de mon cabinet et le bureau de la Commission fédérale "Droits du patient", sur le sujet de la médiation des droits du patient. Il y sera discuté de la manière dont les médiateurs peuvent trouver soutien dans l'exercice et la reconnaissance de leur fonction. Nous poursuivons les travaux, mais l'essentiel des débats, vous allez pouvoir le mener dans les enceintes compétentes.

05.03 Jacqueline Galant (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Comme je suis candidate aux élections régionales, ce sera un de mes premiers dossiers et une de mes premières questions parlementaires pour votre futur collègue au gouvernement wallon. L'indépendance et la formation de ces médiateurs sont très importantes pour le patient mais aussi pour le milieu hospitalier. Je ne quitte donc pas le fédéral les mains vides!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les soins transfrontaliers et le projet 'eIZOM'" (n° 21681)

06 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de grensoverschrijdende zorg en het 'eIZOM'-project" (nr. 21681)

06.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, ce dossier a une importance tant au niveau régional que fédéral et communautaire. Je souhaiterais faire le point avec vous concernant le projet IZOM et le nouveau projet eIZOM. Des milliers de Belges bénéficient des avantages de l'accord de coopération transfrontière IZOM, convenu entre la Belgique, les Pays-Bas et l'Allemagne et entré en vigueur

en 2007. Cette collaboration a pour objectif d'assouplir les formalités administratives pour les patients de la région "Euregio Meuse-Rhin" qui ont recours à des médecins spécialistes au-delà des frontières. Cet accord de coopération prévoit entre autres l'utilisation du formulaire E.112+.

Or, le 1^{er} janvier 2013, la mutualité chrétienne de Verviers a lancé un nouveau projet: eIZOM. Il s'agit d'une collaboration exclusive entre la mutualité chrétienne de Verviers-Eupen et la mutualité allemande AOK Rheinland/Hamburg: parmi les citoyens belges, le service rendu ne vaut donc que pour les affiliés de la mutualité chrétienne de Verviers. Une carte électronique a été créée, qui permet au spécialiste allemand de voir si le patient a droit aux prestations. La facture pour les soins médicaux en Allemagne peut ainsi être envoyée par la mutualité allemande (AOK) vers la Belgique (INAMI) pour une prise en charge par l'assurance maladie-invalidité belge.

Une telle simplification administrative est évidemment louable, étant donné que tant le patient que le prestataire en profitent. Il est par contre regrettable que ce service, qui cadre dans l'assurance maladie obligatoire belge, ne vaut que pour les assurés de la mutualité concernée.

Une constatation qui s'impose est que ce projet n'a pas été ratifié par les organismes compétents en Belgique, nonobstant le fait que l'article 8 de l'accord de coopération IZOM exige explicitement une telle approbation – je cite –: "En Belgique, il est obligatoire, sous peine de nullité, de faire approuver cet accord de coopération, ainsi que ses éventuelles modifications ultérieures, par les instances publiques nationales compétentes en matière d'assurance obligatoire pour les soins de santé."

Madame la ministre, le projet eIZOM de la mutualité chrétienne de Verviers respecte-t-il les dispositions de l'accord de coopération IZOM et de la circulaire n° 2007/132 du 20 avril 2007 de l'INAMI?

Si oui, pouvez-vous confirmer qu'un service comme celui offert par eIZOM doit pouvoir s'appliquer à tous les assurés belges qui relèvent du champ d'application de l'accord de coopération IZOM? Je vise donc bien l'ensemble des affiliés de l'ensemble des mutualités concernées.

Pouvez-vous également confirmer qu'une carte électronique peut remplacer le document officiel E.112+?

Si non, quelles sont les mesures que vous comptez prendre pour mettre fin à l'inégalité de traitement entre les assurés belges au niveau de la région frontalière, suite au projet eIZOM?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, je répéterai des éléments que vous connaissez déjà, mais ils seront ainsi officialisés.

Sur la base des données disponibles, l'INAMI estime que la carte eIZOM telle qu'instaurée par la mutualité chrétienne de Liège et la mutualité chrétienne de Verviers-Eupen n'est pas conforme aux dispositions de l'accord de collaboration IZOM.

Le formulaire IZOM EMR E.112+ vise à simplifier l'accès aux soins de santé transfrontaliers pour les assurés auxquels s'applique l'accord de collaboration IZOM. Le remplacement de ce formulaire par une carte eIZOM qui pourrait, elle aussi, contribuer à simplifier davantage l'accès aux soins de santé transfrontaliers n'est pas à exclure en soi, à condition que ce remplacement soit approuvé par toutes les parties intéressées, ainsi que par les instances publiques compétentes.

Mon administration n'a cependant jamais été consultée préalablement à l'instauration de cette carte. Apparemment, les organismes assureurs n'arrivent pas, dans le cadre du Collège Intermutualiste National (CIN), à échanger leurs idées concernant la mise en circulation de cette carte eIZOM avant de se concerter avec l'INAMI.

Par ailleurs, je tiens également à souligner que l'assouplissement de l'accès aux soins de santé transfrontaliers s'inscrit dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et ne peut pas être un élément d'une éventuelle concurrence interne entre les organismes assureurs. Cela ne l'a jamais été et ne sera jamais l'intention de l'accord de collaboration IZOM.

Il semble recommandé que mon administration prenne les mesures nécessaires pour que la mutualité chrétienne de Liège et la mutualité chrétienne de Verviers-Eupen suspendent l'instauration de la carte eIZOM.

Un remplacement éventuel du formulaire IZOM EMR E.112+ par une carte eIZOM peut faire partie d'une évaluation approfondie de l'accord de coopération IZOM par les parties signataires. Cette évaluation approfondie doit apporter une réponse au manque de transparence sur la mobilité des patients transfrontaliers et sur la communication d'éventuels abus de l'accord de coopération IZOM pour contourner les dispositions de la réglementation belge en matière d'assurance obligatoire et tenir compte du cadre réglementaire modifié au niveau européen concernant l'accès aux soins de santé transfrontaliers.

Voilà où j'en suis.

06.03 Katrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse claire et complète. Je ne vous cache pas que je la connaissais déjà.

J'ai tout de même deux remarques à formuler. Vous dites qu'il paraît recommandé que votre administration prenne les mesures, cela signifie-t-il concrètement qu'elle va prendre des mesures à cet égard?

En outre, je tiens à vous informer d'une réalité en ce qui concerne ce dossier.

Depuis le 13 mars 2013, la mutualité que j'ai mise en exergue dans ma question orale a déjà distribué plus de 6 000 cartes à ses assurés. Toutes ces personnes vont pouvoir continuer, et ce, de manière illimitée, à utiliser cette carte eIZOM, puisqu'ils n'auront probablement plus besoin de la montrer. Toutes ces données précitées, que l'accord IZOM rend possible, sont maintenant enregistrées dans un système de mutualité allemande, à savoir l'AOK. Ces données restent, je pense, toujours valables dans le système allemand.

Il y a vraiment là, je pense, matière à trancher. L'INAMI a le devoir de prendre une position claire en ce qui concerne l'interprétation et l'application de cet accord IZOM.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: L'INAMI a déjà contacté les deux mutualités. Une décision n'a pas encore été prise, mais la question est examinée de près.

06.05 Katrin Jadin (MR): C'est très bien. Je reviendrai vers vous si j'ai d'autres questions. Un grand merci, madame la ministre, pour votre réponse.

06.06 Laurette Onkelinx, ministre: Et bon carnaval!

06.07 Katrin Jadin (MR): Vous êtes la bienvenue à notre carnaval. C'est une région très accueillante.

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

07 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le financement des hôpitaux universitaires" (n° 21670)

07 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de financiering van de universitaire ziekenhuizen" (nr. 21670)

07.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, les sept hôpitaux académiques belges se sont récemment exprimés pour mettre en avant le manque de moyens auxquels ils doivent faire face. Ils estiment insuffisant le financement complémentaire qu'ils reçoivent pour remplir leurs autres missions que sont la formation des jeunes médecins, la recherche ou le développement de nouvelles technologies notamment. Les hôpitaux universitaires perçoivent un financement spécifique eu égard à leur statut universitaire et, par ailleurs, les moyens budgétaires sont comme on le sait, limités. Néanmoins, madame la ministre, que répondez-vous aux hôpitaux universitaires qui sollicitent davantage de moyens financiers pour la recherche clinique et la formation des médecins chercheurs?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Ces hôpitaux ont été reçus encore récemment à mon cabinet. Il y a beaucoup de commentaires à faire mais je ne soulignerai que l'un ou l'autre aspect.

D'abord, tous les hôpitaux, en ce compris les hôpitaux universitaires, ont participé à l'effort global d'économies dans le domaine des soins de santé tout en étant, je le souligne, relativement épargnés par rapport à d'autres établissements hospitaliers. Les hôpitaux académiques ont, il est vrai, une caractéristique: de par le caractère salarié d'une majorité de leurs médecins, leurs gestionnaires ont moins de possibilités que d'autres hôpitaux de négocier les taux de rétrocession lorsque des mesures d'économies touchent les honoraires.

Je suis conscient de l'importance du rôle des hôpitaux universitaires. Je ne peux évidemment pas nier leurs besoins spécifiques. À ce titre, je vous rappelle que les hôpitaux académiques disposent actuellement d'un financement particulier pour couvrir les missions de recherche et d'enseignement.

J'entends que ces hôpitaux conviennent qu'ils doivent prendre leur part dans les efforts réalisés par tous dans un contexte budgétaire très difficile. La question pertinente est sans doute celle du caractère suffisant et/ou adéquat du financement particulier de ces hôpitaux pour les missions spécifiques qu'ils ont en fonction de leur profil.

À cet égard, j'ai veillé, lors du lancement en octobre 2013 du chantier sur la réforme du financement hospitalier - la fameuse feuille de route - à ce que cet aspect soit pris en considération. Il est en effet crucial, dans ce processus, d'identifier correctement les missions des différents types d'hôpitaux dans le royaume. La mission d'hôpital de proximité n'appelle pas le même financement par l'autorité que celle de centre de pointe dans certaines pathologies complexes et coûteuses, par exemple.

Comme vous le savez, une décision vient de tomber notamment concernant la pédiatrie. En relation avec les Régions et Communautés, nous avons fait un travail pyramidal entre l'hospitalisation de jour des hôpitaux avec hospitalisation d'enfants et les centres aigus.

La mission académique doit être définie au même titre, faute de quoi le double objectif d'accroître le caractère cohérent et juste du financement hospitalier aura été manqué.

La phase de consultation des parties prenantes de cette réforme est en cours. On doit avoir les résultats et faire les propositions de réforme pour l'automne 2014. Je suis persuadée que les représentants des hôpitaux académiques feront valoir leurs spécificités à juste titre et qu'on pourra en tenir compte pour un meilleur financement hospitalier.

07.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et j'espère que les consultations et le travail en cours permettront aux hôpitaux ayant des spécificités particulières, dont celle d'hôpital universitaire, de prétendre à des moyens adaptés à leurs besoins.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'étude du KCE sur l'utilisation de machines à perfusion pour le transport de reins à transplanter" (n° 21671)

08 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de studie van het KCE over het gebruik van machinale perfusie tijdens het vervoer van donornieren" (nr. 21671)

08.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la transplantation rénale s'impose, lorsque c'est possible, comme la meilleure solution pour les personnes atteintes d'ESRD (End Stage Renal Disease), le stade terminal de l'insuffisance rénale, préférable donc au traitement par dialyse rénale.

D'après le KCE, les listes d'attente de patients en attente de greffe s'allongent, le nombre de donneurs standards ne permettant pas de répondre à la demande. C'est la raison pour laquelle il y a désormais une demande d'organes de donneurs non standards (c'est-à-dire des personnes de plus de 60 ans).

Cependant, il faut souvent plus de temps pour que ces reins reprennent leur fonction après la transplantation, ce qui nécessite une dialyse temporaire et une hospitalisation plus longue. De plus, la durée de fonctionnement de la greffe peut s'en trouver altérée. Si les organes sont habituellement transportés sur

glace, il est néanmoins possible d'utiliser une machine à perfusion qui injecte dans le rein un liquide de conservation pendant le transport.

Une étude scientifique du KCE estime que cela permet de réduire de 22 % le risque de retard de fonctionnement du rein transplanté. Mais – et c'est là que le bât blesse – cette perfusion mécanique n'est pas remboursée par la sécurité sociale; ce sont les hôpitaux qui doivent prendre les coûts en charge. C'est le cas dans deux hôpitaux en Belgique et pour les reins de donneurs en arrêt cardiaque uniquement.

Madame la ministre, vous aviez chargé le KCE d'examiner dans quelle mesure cette technologie tenait ses promesses et, dans l'affirmative, si elle était défendable au regard de l'efficacité. En conclusion du rapport d'études qu'il vient de publier, le KCE recommande le remboursement de la perfusion mécanique pour les reins provenant de donneurs non standards, ainsi que la collecte de données sur les résultats obtenus par les hôpitaux permettant de comparer la situation avant et après l'intervention de l'assurance maladie.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance du rapport du KCE? Le cas échéant, qu'en pensez-vous? Le remboursement suggéré est-il envisageable? Quelle suite comptez-vous apporter à cette étude?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Warzée, j'ai, en effet, pris connaissance du rapport du Centre fédéral d'expertise relatif à l'utilisation de la machine à perfusion de reins provenant de donneurs décédés.

Je suis, par ailleurs, parfaitement consciente du fait que la transplantation rénale représente la meilleure solution pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale au stade terminal et qu'il convient, dès lors, de prendre les mesures les plus efficaces afin de réduire la liste d'attente des patients en attente de greffe.

Le rapport que vous avez évoqué signale non seulement que la machine à perfusion pourrait représenter une alternative intéressante au stockage sur glace dans la pratique clinique pour certains types de donneurs, mais également que les preuves disponibles à ce jour présentent des limites et doivent donc être interprétées avec prudence. Il recommande que l'utilisation de la machine à perfusion soit remboursée lorsque les reins proviennent de donneurs ayant satisfait à des critères élargis et de donneurs décédés après un arrêt cardiaque, pour autant que les centres de transplantation belges collectent des données standardisées sur les caractéristiques des donneurs et des receveurs ainsi que sur les paramètres cliniques post-transplantation. Idéalement, cette collecte devrait commencer avant que le remboursement ne soit effectif afin de pouvoir comparer les résultats avant et après le remboursement. Par conséquent, j'ai l'intention de demander au service compétent de mettre en place le système de remboursement le mieux adapté à ce dispositif. Celui-ci devra naturellement s'accompagner d'un enregistrement des données permettant une évaluation objective de son utilisation en Belgique.

Évidemment, il existe des contraintes budgétaires. Il me semble qu'une optimisation du financement de la prise en charge de l'insuffisance rénale pourrait faciliter des économies susceptibles d'être réinvesties dans ce cadre.

Sur la base de l'avis du Conseil national des Établissements hospitaliers du 13 décembre 2013 à ce sujet et de l'étude du Centre fédéral d'expertise, j'invite la structure multipartite à développer un projet de réforme global.

08.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Le problème des donneurs subsiste. Comme vous l'avez dit, la transplantation constitue, dans la plupart des cas, la solution la plus adéquate. La question du don de rein est, au demeurant, semblable à celle des autres organes.

Comme vous l'avez expliqué, il est donc judicieux de creuser des pistes pour trouver des solutions. Le coût dans son ensemble doit évidemment être pris en compte. En effet, une personne qui reçoit un rein ne doit plus subir de traitement postopératoire.

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

09 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le plan alcool" (n° 21717)

09 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het alcoholactieplan" (nr. 21717)

09.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question date du 21 janvier. Le plan alcool n'a malheureusement pas été maintenu lors de la Conférence interministérielle du mardi 17 décembre 2013.

Ce plan prévoyait de clarifier la législation concernant la vente, le service et l'offre des boissons alcoolisées aux mineurs. Il comportait également une série d'actions visant à faire diminuer la consommation d'alcool sur notre territoire

Mme Muylle vous avait posé une question sur ce sujet en séance plénière et vous avez déclaré que, dans le cadre de vos compétences, vous adopteriez des mesures faisant partie du projet de plan, notamment dans le cadre d'un projet de loi santé attendu pour cette rentrée. Nous avons parlé de ce plan la semaine dernière mais je ne sais plus si des mesures concernant l'alcool s'y trouvaient.

Madame la ministre, quelles mesures seront-elles finalement prises pour atteindre les objectifs de lutte contre la surconsommation d'alcool? Une évaluation de la convention "Arnoldus" est-elle prévue dans ce cadre? Comment comptez-vous procéder à un contrôle plus strict de la publicité pour l'alcool auprès des jeunes?

Ces dernières semaines, on a assisté à des incitations au *binge drinking* à travers les réseaux sociaux, ce qui a causé pas mal de ravages. Il y a donc vraiment un travail à mener sur l'aspect publicité.

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, je suis aussi déçue que vous que le plan alcool ait été recalé par certains responsables, décision qui va à l'encontre d'une bonne politique intégrée contre les risques liés à l'alcool. Cela ne veut pas dire qu'on ne peut rien faire et, pour ma part, je mettrai tout en œuvre pour implémenter les actions qui suivent et qui relèvent soit de mes compétences exclusives, soit des compétences conjointes avec mes collègues des entités fédérées.

Afin d'améliorer la collecte de données, l'analyse des dépenses publiques quant à la politique d'alcool ainsi que la collecte des données et l'analyse des demandes de traitement seront poursuivies. Nous analyserons également les données disponibles afin d'avoir un aperçu de la population (taille, composition, etc.) de patients avec un problème d'alcool, en traitement chez les médecins généralistes.

Des mesures seront prises pour sensibiliser et former les professionnels des soins de santé dans le domaine de la consommation d'alcool pendant une courte période avant la grossesse, pendant la grossesse et la période d'allaitement. En effet, afin de préparer la campagne de sensibilisation, une enquête est prévue cette année auprès des professionnels de la santé pour déterminer au mieux les outils nécessaires et les points d'attention à prendre en compte.

Actuellement, une fonction "liaison alcool" existe dans quatre hôpitaux généraux. Par la suite, en fonction des budgets disponibles, nous l'étendrons à un hôpital par province.

Dans le cadre de la réforme de la santé mentale qui est en cours, nous avons travaillé à la prise en charge particulière des personnes en crise liée à la consommation d'alcool.

Un projet de prise en charge en ligne des problèmes d'alcool est actuellement financé en Flandre et en Communauté française via le Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes. La réforme de l'État prévoit le transfert de cette compétence vers les Communautés et Régions dès 2015. Cependant, lors des concertations avec les entités fédérées, l'accent sera mis sur l'importance, au vu de la plus-value, de poursuivre ce type de traitement.

Enfin, nous apporterons notre soutien aux médecins généralistes quant à l'utilisation des *guidelines* cliniques.

Le projet de plan alcool 2014-2018 prévoyait une évaluation de la convention en matière de publicité et de commercialisation des boissons contenant de l'alcool, ainsi que la réalisation d'une étude globale sur la publicité et la commercialisation des boissons alcoolisées en Belgique. Mes services travaillent à la

réalisation de ces deux objectifs. L'évaluation de la convention sera réalisée annuellement par l'administration. L'étude globale, quant à elle, devrait pouvoir bénéficier d'un budget spécifique. Dès lors, un appel d'offres sera lancé dans le suivi de ce budget. Nous avons également adapté des mesures, la semaine dernière, dans le cadre de la loi santé.

09.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): À mon souvenir, il était question des distributeurs.

Madame la ministre, je note votre volonté de prendre des mesures dans le cadre strict de vos compétences et je constate que cela ne porte pas sur la prévention, en tout cas pas suffisamment. On améliore la qualité des traitements et du suivi.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: Les Communautés sont compétentes en matière de prévention.

09.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): La publicité relève encore du fédéral.

09.06 Laurette Onkelinx, ministre: Effectivement. C'est d'ailleurs pour cette raison que j'en ai parlé.

09.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): On ne sait pas trop par où passent les pratiques publicitaires. Elles finissent d'ailleurs par être faites par les consommateurs eux-mêmes qui s'excitent les uns les autres. On ignore d'où c'est venu.

J'ai également entendu que des autobus qui transportent les jeunes aux sports d'hiver s'arrêtent dans des magasins où l'on vend de l'alcool sur les autoroutes. Je ne sais pas si cela a lieu en Belgique mais ces pratiques sont tout à fait scandaleuses, même si ces jeunes sont majeurs.

09.08 Laurette Onkelinx, ministre: Mon plan prévoyait la fin de la vente d'alcool sur les aires d'autoroute, la fin des distributeurs automatiques et encore bien d'autres choses. J'avais obtenu l'accord de tout le monde, tant des Régions que des Communautés.

J'ai dû constater qu'un des partenaires bloquait.

09.09 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): C'est vraiment assez révoltant, quand on pense qu'effectivement, on va continuer à pousser les jeunes vers des pratiques excessives de consommation. Il s'agit quand même du budget de la Santé publique; et, surtout, de vies détruites ou de jeunes mis en difficulté.

Je regrette et même je condamne très fort le manque d'accord gouvernemental à ce sujet!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Manuella Senecaut à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la maladie de Verneuil" (n° 20923)

10 Vraag van mevrouw Manuella Senecaut aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de ziekte van Verneuil" (nr. 20923)

10.01 Manuella Senecaut (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la maladie de Verneuil, mieux appelée hidrosadénite suppurée, est une maladie dermatologique qui frappe une minorité de personnes mais qui les fait beaucoup souffrir, physiquement et psychiquement.

Cette maladie se caractérise par l'apparition de lésions nodulaires inflammatoires sur plusieurs parties du corps. Ces lésions sont douloureuses et suppurantes. Les spécialistes considèrent la maladie comme une inflammation chronique.

Le seul espoir des malades est de se voir prescrire un anti-TNF alpha, agent inhibiteur de l'immunité. Un traitement de ce genre pour les personnes atteintes de la maladie de Verneuil coûte entre 1 100 et 1 800 euros par mois. Certains malades obtiennent ce traitement à titre compassionnel sur demande de

certaines spécialistes à certains laboratoires pharmaceutiques. Mais le plus souvent, un anti-TNF alpha n'est pas prescrit, faute de prise en charge financière par la sécurité sociale. Pourtant, ce type de médicament est pris en charge sous certaines conditions et suivant l'avis d'un spécialiste pour d'autres pathologies dont la maladie de Crohn, le psoriasis, la polyarthrite rhumatoïde ou la spondylarthrite ankylosante.

Madame la ministre, pourquoi les anti-TNF alpha sont-ils pris en charge par la sécurité sociale pour soigner certaines pathologies et pas la maladie de Verneuil?

Par ailleurs, les personnes qui en souffrent peuvent-elles espérer la classification de la maladie comme maladie chronique ou maladie rare et, partant, l'ouverture de droits élargis?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, le traitement médicamenteux de la maladie de Verneuil consiste en l'application locale d'antibiotiques ou en un traitement d'entretien avec certains antibiotiques systémiques. Une contraception hormonale avec des antiandrogènes peut être utilisée chez certaines patientes dans certains cas. Une thérapie immunosuppressive, avec des corticostéroïdes peut également être prodiguée. Ce sont des injections locales ou systémiques. Ensuite, il est parfois nécessaire de passer à une excision chirurgicale de la partie affectée.

Dans la littérature, il est également fait mention de l'utilisation de médicaments biologiques, et plus particulièrement d'anti-TNF dans le traitement de l'hidradenitis suppurativa. Mais la description de patients traités de cette affection avec certains anti-TNF concerne un nombre très restreint de patients. Aucun des anti-TNF disponibles – Enbrel, Humira, Remicade, Simponi, Cimzia – n'est cependant enregistré par les autorités responsables pour le traitement de cette maladie. Comme vous l'indiquez, ils sont notamment enregistrés pour la maladie de Crohn, le psoriasis, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante ou l'arthrite psoriasique.

Pour obtenir que cette indication soit enregistrée, la firme concernée doit introduire un dossier de demande auprès des autorités d'enregistrement au niveau européen et y joindre des données scientifiques et des études cliniques robustes qui démontrent l'efficacité et la sécurité de ces médicaments dans le traitement de la maladie. Une fois le médicament enregistré pour le traitement de cette indication, une demande de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments peut être introduite; cette Commission me rendra alors son avis pour l'accès au remboursement.

En conclusion, je peux vous communiquer qu'actuellement, l'utilisation d'anti-TNF dans le traitement de la maladie de Verneuil n'est pas enregistrée; elle reste *off-label*. De ce fait, elle ne peut faire l'objet d'un remboursement.

J'ajouterai qu'il n'appartient pas aux autorités publiques de classer les maladies comme rares ou chroniques. Des maladies sont déclarées rares sur base de la définition épidémiologique adoptée par consensus scientifique; une maladie est dite rare si elle touche moins de cinq personnes sur 10 000. Pour la maladie chronique, l'Observatoire des maladies chroniques a adopté comme définition: toute affection qui nécessite des soins sur une durée de plus de six mois.

Le KCE, dans son rapport *Position Paper: Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique*, propose une approche axée sur la personne qui éprouve de manière continue ou intermittente des besoins spécifiques liés à son affection.

La prévalence de la maladie de Verneuil n'est pas connue avec précision. Elle serait d'environ 1 % dans les pays industrialisés (entre 0,3 % et 4 % selon les études). Elle n'est donc pas classée comme maladie rare.

Les patients atteints de cette maladie nécessitent cependant des soins réguliers sur le long terme (plus de six mois) et répondent donc à la définition de maladie chronique établie par l'Observatoire des maladies chroniques.

Selon l'importance de leurs dépenses en soins, ils pourront, dès lors, bénéficier du statut "affection chronique" si leur dépense en soins atteint 300 euros par trimestre sur huit trimestres consécutifs. C'est toute la question du statut de malade chronique que nous avons voté au parlement et qui permet d'avoir accès à une série d'avantages, notamment financiers.

10.03 Manuella Senecaut (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il s'agira

certainement de la seule solution pour ces malades. Si je vous entends bien, vous me dites que les anti-TNF alpha ne sont pas prescrits. Mais ils ne le sont forcément pas puisque la mutuelle n'intervient pas dans le remboursement. En la matière, nous tournons en rond!

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il faut une demande...

10.05 Manuella Senecaut (PS): ...au niveau européen.

10.06 Laurette Onkelinx, ministre: Il faut une demande "Extension de l'indication" de la part de la firme. En l'absence de cette demande, je demeure impuissante, si ce n'est par le biais de la participation au Fonds de solidarité, etc.. Mais au préalable, une demande de la firme s'avère indispensable.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la lutte contre l'obésité en Belgique" (n° 21720)

11 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de strijd tegen obesitas in België" (nr. 21720)

11.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, vous avez annoncé en janvier vouloir combattre l'obésité et arriver, d'ici 2020, à une réduction de 10 % du taux de graisses saturées dans notre alimentation. Cette réduction devrait s'opérer en deux phases: d'ici 2016, 5 % de réduction pour arriver finalement à 10 % dans les 4 années qui suivent.

Vous entendez également réduire le taux de sucres dans les aliments, mais les objectifs quant à cette diminution seront développés plus tard dans l'année.

Ces baisses de taux, vous entendez les mener à bien avec le concours des producteurs, selon votre méthode avérée de l'accord volontaire. Cette approche est semblable à ce qui s'est déjà fait lors de la campagne en ce qui concerne le sel. La Fevia a d'ores et déjà déclaré être favorable à une nouvelle collaboration mais demande une phase de réflexion sur la manière d'aborder la problématique.

Madame la ministre, avez-vous suivi un avis du Conseil supérieur de la Santé ou un autre avis scientifique? Pourquoi avoir choisi un pourcentage global de 5 puis de 10 % sur les graisses saturées, sans préciser de quel type de graisses il s'agit? En effet, il y a l'huile de palme, les graisses trans, etc.

Visez-vous également les graisses animales non transformées? Ce sont en effet des graisses saturées mais qui sont déclarées moins mauvaises pour la santé.

Quels types d'instruments allez-vous mettre en œuvre? Seront-ils contraignants? Des sanctions sont-elles prévues en cas de non-atteinte des objectifs? Prévoirez-vous des incitants pour atteindre les objectifs?

Avez-vous associé d'autres acteurs à cette démarche?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Dans le cadre du plan fédéral Nutrition-Santé, nous avons travaillé par le biais d'un dialogue avec l'industrie agro-alimentaire en 2008 (Fevia, Comeos et le secteur horeca) sur la question de la reformulation au sens large pour diminuer la quantité de calories (sucres, graisses, énergie) dans les produits alimentaires et la quantité de sel.

La concertation avec l'industrie pour la réduction de sel a montré qu'elle peut produire des résultats encourageants.

Nous poursuivons nos efforts avec la diminution des acides gras saturés dans la chaîne alimentaire.

Les acides gras saturés doivent être limités autant que possible, comme le recommandent l'Organisation mondiale de la Santé, l'EFSA et le Conseil supérieur de la Santé, à moins de 10 % de l'apport énergétique total, car certains d'entre eux, comme ceux contenus dans les graisses animales, ont des effets athérogènes

et sont donc potentiellement dangereux pour la santé. Le choix de diminuer les acides gras saturés est donc motivé sur le plan scientifique.

Vu que la stratégie de diminution que nous proposons se fonde sur celle suggérée par la DG Sanco, c'est-à-dire une réduction des acides gras saturés de 5 % d'ici à 2016, et une autre réduction de 5 % d'ici à 2020 dans l'ensemble de la chaîne alimentaire, les autres États membres auront entamé ou entameront le même dialogue avec leurs industries. Cela va évidemment avoir un effet favorable sur les produits se retrouvant sur notre marché.

Nous pourrions évaluer l'impact de ces prochaines mesures notamment grâce à l'enquête alimentaire que je viens de lancer, qui permettra d'établir une mesure zéro, à savoir l'estimation de la consommation d'acides gras saturés par la population vivant en Belgique; et grâce à l'analyse de la composition nutritionnelle des produits alimentaires par l'ASBL Nubel au cours des quatre prochaines années. Cette ASBL travaille avec un laboratoire qui analyse de façon très détaillée le contenu de denrées alimentaires.

En ce qui concerne la réduction des sucres, nous allons aborder la question avec les secteurs pour que prochainement, nous puissions également travailler à la diminution de la quantité de sucres simples ajoutés et à l'utilisation d'options sucrées plus favorables à la santé. Il faut prendre le temps de la concertation. Nous privilégions une approche *step by step*.

Enfin, la reformulation des produits alimentaires ne signifie pas seulement une diminution en nutriments défavorables mais également une amélioration nutritionnelle en certains nutriments, comme les acides gras oméga 3, les acides gras polyinsaturés, les glucides complexes, etc. Ceci va être suggéré dans la prochaine concertation avec les secteurs.

Nous n'avons pas, pour le moment, défini de pourcentages minimaux. Cela fait partie de la négociation. Des contacts ont déjà été pris. Le groupe de travail ad hoc se réunira en mars de cette année avec les différents intervenants du secteur. À travers ces réunions, nous allons évaluer les possibilités et les moyens à mettre en œuvre pour arriver aux résultats escomptés. Je vous ferai rapport de ces contacts fin mars, si vous le voulez.

11.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie. J'ai l'impression, en vous entendant, que c'est encore long et loin. Vous parlez encore d'études sur la façon dont on peut gérer, entre autres, les ajouts de sucres. Or il me semble qu'il y a déjà tellement d'études qui ont été réalisées que je ne vois pas pourquoi il faut encore tant étudier.

Vous savez bien les craintes que j'ai par rapport aux apports volontaires. Ils sont souvent lents à être mis en œuvre, parce qu'ils ne sont pas vraiment contraignants. Mais je reconnais que c'est sans doute une façon d'arriver à plus de consensus.

Vous ne m'avez pas vraiment répondu sur les graisses animales non transformées.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est vrai. Je me suis rendu compte que je ne vous répondais pas, mais je ne dispose pas d'information à cet égard.

11.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Selon moi, c'est un problème important, surtout lorsque l'on défend les produits locaux – entre autres, ceux de l'élevage wallon. On peut considérer que du beurre bio non transformé est moins nocif que l'huile de palme ou que des huiles largement transformées.

11.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense que tout cela est intégré.

11.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Il existe des études en ce domaine. Le professeur Larondelle, de l'UCL, est un grand expert de la graisse.

11.08 Laurette Onkelinx, ministre: Nous allons téléphoner aux spécialistes afin de vous renseigner.

11.09 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Si vous pouviez nous inviter de temps en temps à ces réunions, cela m'intéresserait fortement.

11.10 Laurette Onkelinx, ministre: Je peux vous déléguer.

11.11 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Pour le moment, je suis encore parlementaire...

11.12 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, et de l'opposition en plus! Cela ne va pas.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 21747 de Mme Detiège est reportée.

12 Question de Mme Jeanne Nyanga-Lumbala à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le plan national VIH 2014-2019" (n° 21750)

12 Vraag van mevrouw Jeanne Nyanga-Lumbala aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het nationale hiv-plan 2014-2019" (nr. 21750)

12.01 Jeanne Nyanga-Lumbala (cdH): Madame la ministre, le 15 octobre 2013, vous avez présenté le premier plan national de lutte contre le VIH. Celui-ci comprend des mesures relatives à la prévention, au dépistage et à l'accès à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

Ce plan rassemble l'ensemble des ministres de la Santé publique, de l'Égalité des chances, de l'Enseignement, de la Culture, de la Jeunesse, de l'Intégration sociale, de l'Asile et de la Migration.

Je pense qu'il est particulièrement important que les professionnels de la santé aient une bonne connaissance de la maladie et des risques mais qu'ils soient également attentifs aux règles relatives au respect de la vie privée et aux risques de discrimination dont peuvent être victimes les personnes atteintes de cette maladie.

Dans le Plan Sida, il est indiqué que, je cite: "L'épidémie de VIH en Belgique est très concentrée dans deux populations-clés: les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, principalement de nationalité belge", ...

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

12.03 Jeanne Nyanga-Lumbala (cdH): Cela figure dans le plan!

12.04 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, vous avez raison, pour les hommes en tant que public-cible, ce sont des hommes ayant des relations avec d'autres hommes, mais on ne mentionne pas s'ils sont d'origine belge ou pas!

12.05 Jeanne Nyanga-Lumbala (cdH): ... "et les personnes qui ont contracté le virus via des rapports hétérosexuels et provenant principalement de pays d'Afrique subsaharienne."

Au sein de la communauté subsaharienne, de nombreuses personnes n'ont pas accès au dépistage précoce pour des raisons culturelles liées à la sexualité, le sida étant un sujet tabou. L'incidence et la prévalence de l'infection VIH chez les jeunes d'origine africaine vivant en Belgique sont importantes et méritent une attention particulière.

Madame la ministre, pour agir efficacement, il est important que chacun mette en place les mesures qui relèvent de ses compétences, mais il est également essentiel que ces mesures soient coordonnées. Pourriez-vous, dès lors, préciser comment est envisagée la coordination entre les différentes personnes compétentes pour la mise en place de ce plan?

Pourriez-vous également préciser comment seront impliqués les acteurs de terrain, c'est-à-dire non seulement les grandes associations telles que la Plate-forme de Prévention Sida ou autres mais également les petites associations locales qui œuvrent dans la lutte contre le VIH?

Est-il notamment prévu de soutenir financièrement les réseaux ou associations actives au sein de la communauté africaine subsaharienne en vue d'organiser des campagnes de sensibilisation et de conscientisation avec une approche spécifique?

Avez-vous des contacts avec vos homologues au sujet de la formation des professionnels, qu'il s'agisse de la formation de base et de la formation continuée, particulièrement au sujet des règles relatives au respect de la vie privée et aux conséquences particulièrement désastreuses que la violation du secret médical peut avoir lorsqu'il est question du VIH?

12.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, tout le Plan Sida a été élaboré en collaboration avec les Communautés et les Régions, de manière transversale, avec tous les ministres compétents, les grandes associations que vous avez évoquées, les professionnels de la santé mais également avec des personnes atteintes du VIH. Ce plan a donc été porté par un très large mouvement.

Je me souviens des travaux préparatoires où nous étions 300, 400, voire 500 à préparer ce plan. Il n'a donc pas été élaboré sur le coin d'un bureau entre quelques grandes organisations (...) (*coupure micro*)

(...) mises en œuvre et discutées en Conférence interministérielle. Encore ce lundi, un rapport a été fait devant la Conférence interministérielle sur l'application du Plan Sida.

En raison des compétences éclatées, la coordination de la mise en œuvre est assurée par le groupe de travail "sida" de la Conférence interministérielle. Il est assisté du comité de monitoring du Plan Sida conformément à ce que prévoit ce plan.

On continue à impliquer les acteurs de façon déterminante via ce fameux comité de monitoring où sont présents tous les acteurs qui ont élaboré le plan.

Le comité de monitoring coordonne le travail de quatre sous-groupes: le sous-groupe "prévention", le sous-groupe "dépistage", le sous-groupe "prise en charge" et le sous-groupe "qualité de vie". Au sein de ces sous-groupes, toutes les associations et des professionnels impliqués dans la lutte contre le VIH sont représentés.

En ce qui concerne spécifiquement les personnes d'origine subsaharienne, elles ont été identifiées comme groupe à risque prioritaire. Il est donc évident qu'une attention est focalisée sur ce groupe prioritaire, que ce soit en prévention, en dépistage ou en prise en charge.

Quant à votre question concernant la formation des professionnels, qui fait partie des actions du plan, son implémentation ne relève pas de mes compétences mais de celles de mes homologues des Communautés, qui doivent prendre leurs responsabilités à cet égard. Je crois qu'il y a un travail réalisé dans chacune des Communautés.

12.07 Jeanne Nyanga-Lumbala (cdH): Madame la ministre, les associations communautaires sont plus proches des citoyens de leur communauté quand il s'agit de sensibilisation ou de conscientisation. Pour les personnes d'origine étrangère, le fait de parler de la sexualité en famille est un tabou. Je peux vous citer des exemples. Certaines associations font de la sensibilisation sans être soutenues financièrement par les pouvoirs publics. Certaines mamans viennent demander des préservatifs pour leurs garçons et non pour leurs filles car, dans leur tête, les filles sont toujours vierges, elles ne sont pas sexuellement actives. Il faut une attention particulière à la problématique des tabous.

12.08 Laurette Onkelinx, ministre: Ce que vous me dites est bien connu par les acteurs du Plan Sida car nous avons travaillé avec des personnes d'origine subsaharienne atteintes du VIH.

12.09 Jeanne Nyanga-Lumbala (cdH): Les associations sont en contact permanent ...

12.10 Laurette Onkelinx, ministre: Nous avons travaillé avec toutes les associations actives dans le domaine qui étaient demanderesses. Mais nous avons aussi travaillé avec des personnes d'origine subsaharienne et qui vivent avec le sida. Nous connaissons donc bien les difficultés et les tabous. Un travail est réalisé en fonction des constats qui ont été faits par tout le monde.

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

La **présidente**: La question n° 21770 de Mme Maya Detiège est reportée.

13 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la consommation de viande en Belgique" (n° 21779)

13 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de vleesconsumptie in België" (nr. 21779)

13.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question porte sur les déclarations du Conseil supérieur de la Santé relatives à la consommation de viande en Belgique. Elle est estimée à 640 grammes en moyenne. Le Conseil préconise qu'on descende à 300 grammes, car il établit un rapport avec le cancer colorectal. De cette façon, cette maladie pourrait être réduite de 20 %.

Selon les experts, ce sont notamment les oxydants contenus dans l'élément donnant sa couleur rouge à la viande qui sont responsables des lésions pouvant provoquer le cancer. Mais ce sont aussi les nitrites utilisés dans les techniques de conservation qui concourent à augmenter le risque. Les modes de cuisson jouent également un rôle dans l'accroissement de ce risque.

Ils déconseillent catégoriquement la consommation de charcuteries à base de viande rouge et invitent les citoyens à se tourner vers des volailles qui ne présentent pas le même danger.

Depuis l'écriture de ma question, j'ai regardé les reportages de *Questions à la une* sur la viande et les techniques utilisées par l'industrie agroalimentaire pour introduire de l'eau dans la viande. Les polyphosphates atténueraient la perte d'eau au moment de la cuisson. Leur impact sur la santé me préoccupe. De plus, ces pratiques illégales semblent fréquentes.

Je vois que Mme Warzée-Caverenne me regarde...

Hier, j'ai rencontré des agriculteurs bio qui sont fâchés contre vous lorsque vous déclarez qu'il faut arrêter ou, en tout cas, diminuer la consommation de viande. Je leur ai expliqué qu'ils avaient un avantage en termes d'équilibre nutritionnel en élevant des animaux nourris à l'herbe.

Madame la ministre, comment allez-vous donner suite aux recommandations du Conseil supérieur de la Santé, étant donné le caractère culturel de la consommation de viande et vu les enjeux économiques pour la Région wallonne en particulier.

Ce problème n'est pas neuf. Cependant, comme il a été remis en exergue par ce récent avis, je tenais à vous interroger. D'autant plus qu'il ne s'agit pas seulement de la viande elle-même, mais également de la manière dont elle est transformée en charcuterie et dont elle est cuite par le consommateur.

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je suis bien consciente que cette consommation de viande rouge et de charcuterie à base de viande rouge peut avoir un impact défavorable sur la santé, notamment sur le développement du cancer colorectal.

Comme vous le savez, depuis le lancement du Plan national Nutrition-Santé (PNNS), nous avons mis l'accent sur l'importance de consommer une quantité adéquate de viande et de consommer des protéines d'origine végétale. Il est nécessaire de consolider les campagnes d'information vers la population afin d'équilibrer cette consommation de viande rouge et de la limiter à 500 grammes par semaine. La consommation de charcuterie à base de viande rouge devrait être limitée autant que possible. Ce rôle de sensibilisation revient aux Communautés.

Sur le plan légal, il me paraît difficile d'envisager une mesure réglementaire au regard de la consommation de viande rouge et de charcuterie à base de viande rouge. Néanmoins, l'avis du Conseil supérieur de la Santé établit que, si les recommandations de diminution de consommation de viande rouge à maximum 500 grammes par semaine et de diminution, voire d'arrêt de consommation de charcuterie à base de viande rouge étaient respectées, on diminuerait de 10 à 20 % l'incidence du cancer colorectal.

Ce constat ne fait que renforcer l'importance d'intensifier les campagnes de promotion d'une alimentation saine sur l'ensemble du territoire.

J'ai pris mes responsabilités dans le cadre du PNNS; j'ai obtenu déjà quelques réactions, mais peu importe. À présent, c'est aux Communautés à travailler sur les informations et la prévention, l'information aux consommateurs et la prévention santé relevant de leur compétence.

13.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie. Il s'agit d'un travail de longue haleine, qui mérite des nuances quant au type de viande, au type de cuisson et au type de transformation.

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

13.04 Rita De Bont (VB): Mevrouw de voorzitter, mijn vragen nummers 22016, 22096, 22159, 22228, 22229 en 22321 zijn omgezet in schriftelijke vragen.

14 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het recht van een donorkind op kennisname van de identiteit van zijn genetische ouders" (nr. 21780)

14 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le droit de l'enfant, né d'un don de sperme ou d'ovocytes, de connaître l'identité de ses géniteurs" (n° 21780)

14.01 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over het recht van donorkinderen op kennisname van de identiteit van hun genetische ouders.

Het is een thema dat geregeld in de media komt en aandacht krijgt naar aanleiding van de verhalen van kinderen die verwekt zijn door middel van medisch begeleide bevruchting. Zij gaan dan op zoek naar hun genetische ouders of naar de donor. Sommige kinderen geven aan dat ze hun ouders willen kennen, vooral genetisch, terwijl andere kinderen zeggen dat ze daar totaal geen behoefte aan hebben. Zij vinden het belangrijk dat de geheimhouding van de genetische ouders bestaat. Sommigen hechten er echter aan hun genetische ouders te kennen.

In de wet van 6 juli 2007 omtrent de medisch begeleide bevruchting is de absolute anonimiteit van de donor voor de behandeling ook vooropgesteld. Veel donoren hechten overigens sterk aan die anonimiteit, zoniet zouden zij geen donor zijn. In die zin kan het een garantie zijn op een voldoende aantal donoren.

Daarnaast is het zo dat wanneer een kind verwekt wordt buiten de toepassing van deze wet, met gedoneerde gameten, het niet duidelijk is wat de mogelijkheden zijn met betrekking tot kennisname van de identiteit van de genetische ouder. Indien het kind niet via een fertiliteitcentrum verwekt is valt het wellicht onder het beroepsgeheim van de arts.

Op Europees niveau wordt er nogal aangedrongen op het recht op kennis van de identiteit van de genetische ouders. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wil dat uitdrukkelijk erkend hebben.

Ik weet echter dat hierover bij ons intern heel wat discussie bestaat tussen voor- en tegenstanders van die anonimiteit bij medisch begeleide bevruchting. In heel wat Europese landen bestaat er een wetgeving die toelaat dat men bepaalde gegevens van de donor of de genetische ouders kent. Er is ook een vraag om een donoregistratiesysteem te ontwikkelen waarbij men dan kan beslissen om bepaalde gegevens al dan niet beschikbaar te stellen.

Mevrouw de minister, hoe kan een donorkind op dit moment in België zijn recht op identiteit laten gelden? Zijn er procedurele maatregelen om de identiteit van de genetische ouders te achterhalen?

Is er een verschil tussen donorschap in fertiliteitcentra en eventueel rechtstreeks donorschap via een andere arts, gynaecoloog of huisarts, zonder die procedure te gebruiken? Zijn die er? Ik weet het niet.

Is de Belgische wetgeving in overeenstemming met de mensenrechtenregels? Hoe staat u tegenover de

vraag naar erkenning van het recht op identiteit en de afschaffing van de absolute anonimiteit?

Bestaan er vandaag regels voor fertiliteitcentra om met dat vraagstuk van identiteit om te gaan en zijn toekomstige ouders hierover voldoende geïnformeerd?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ten eerste, artikel 57 van de wet van 6 juli 2007 betreffende medisch begeleide voortplanting bepaalt dat wanneer gameten gebruikt worden voor een donatieprogramma, het geraadpleegde fertiliteitcentrum alle gegevens die zouden kunnen leiden tot de identificatie van de donor ontoegankelijk moet maken.

Een kind verwekt met donorgameten kan op basis van deze wet de identiteit van zijn genetische ouders niet achterhalen, tenzij in het geval van gekende donatie waarbij de wensouder of wensouders zelf een donor aanbrengen. In het geval het kind werd verwekt vóór de inwerkingtreding van deze wet, wordt de anonimiteit van de donor gewaarborgd door het beroepsgeheim voorzien in artikel 458 van het Strafwetboek. Bovendien geldt het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de donor.

Ten tweede, de wet medisch begeleide voortplanting staat op gespannen voet met het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Artikel 7 van het Kinderrechtenverdrag stelt dat elk kind – ik citeer: “voor zover mogelijk, het recht heeft om zijn of haar ouders te kennen en door hen te worden verzorgd.” Artikel 8 van het Europees Verdrag voorziet in het recht op een privéfamilie en gezinsleven.

In het geval van een anonieme spermadonatie bestaat er een belangenconflict tussen het recht van het kind om zijn ouders te kennen, het recht op privacy van de donoren en de rechten van wensouders. De inzichten daaromtrent evolueren. Dat belangenconflict zal moeten worden beslecht. Consultatie van de bevoegde overheden, zoals de kinderrechtencommissarissen, is daarbij noodzakelijk.

Ten derde, er moet worden nagedacht in welke mate anoniem donorschap plaats moet maken voor discreet donorschap. Ik ben uiteraard beschikbaar om een debat over dat onderwerp te voeren. Aangezien dat een ethisch dossier is, lijkt het mij niet onlogisch dat het Parlement zich over die materie buigt. In elk geval zal dat dossier pas in de volgende legislatuur aan bod kunnen komen.

Ten slotte, kan ik u zeggen dat fertiliteitcentra de aanvragen van kinderen geboren uit een anonieme donatie niet mogen inwilligen. De centra zijn zelfs verantwoordelijk voor een correcte en volledige voorlichting van de wensouders.

14.03 **Sonja Becq** (CD&V): Mevrouw de minister, de materie is inderdaad niet eenvoudig. Zoals u zegt, de belangen moeten worden afgewogen tussen het recht op de anonimiteit van de donor – anders vindt men misschien geen donoren meer – en het recht van het kind om zijn herkomst te kennen. Het gaat hem dan vooral om kenmerken, niet zozeer altijd om een vaderfiguur te hebben of om een verwantschap te ontwikkelen. Wel wil het kind eens zien of herkennen van wie het afstamt of een aantal gegevens kennen, en vaak zijn dat ook medische gegevens, zo verneem ik ook wel van donorkinderen. In dat persartikel ging het over een erfelijke oogaandoening waarover het kind niets wist, maar dat liever wel even had geweten.

Ik vraag mij af of het discreet donorschap, zoals u het noemt, daaraan kan helpen. Volgens mij kunnen er wel een aantal genetische kenmerken van de donor meegegeven of naar voren gebracht worden, los van een volledige identificatie van de betrokken donor. Enkele elementen worden zodoende bekendgemaakt.

Misschien moeten wij inderdaad ook eens de kinderrechtencommissarissen bevragen, omdat zij ook mee de tolk zijn van de donorkinderen en de problemen en vragen waar zij mee worstelen.

Vroeger hebben wij ook een evolutie gezien van de adoptiekinderen die hun herkomst niet kenden. Inzake adoptie deed zich ook een verschuiving voor, zodat adoptiekinderen hun afkomst, hun biologische ouders kennen, want die vraag blijft bestaan.

14.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb destijds als toenmalig minister van Justitie met toenmalig minister Demotte van Volksgezondheid aan een wetsontwerp gewerkt.

14.05 **Sonja Becq** (CD&V): Ik weet dat er discussie over is, ook vanuit onze partij. Er is de vraag naar garantie voor anonimiteit, omdat men anders veel donoren zou kunnen verliezen.

14.06 Laurette Onkelinx, ministre: Nous avons essayé de marier les intérêts contradictoires avec une série de précautions. Het is niet onmogelijk.

14.07 Sonja Becq (CD&V): Nee, maar het is wel een belangrijk gegeven. Wanneer wij het hebben over de meemoeders en het meeouderschap, niet alleen de meemoeders dus, maar ook de meevaders, waarbij het draagmoederschap wel bekend is, moeten wij dat element mee in de discussie nemen, als wij daarover verder wetgevend werk willen verrichten. Het is een belangrijke kwestie, die wij niet mogen vergeten.

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

La **présidente**: La question n° 21854 de M. Willem-Frederik Schiltz est transformée en question écrite. La question n° 21865 de Mme Sarah Smeyers est reportée. La question n° 21873 de M. Luk Van Biesen est transformée en question écrite.

15 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "un projet d'élevage de visons près de Virton" (n° 21877)

15 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het plan voor een nertsenkwekerij in de buurt van Virton" (nr. 21877)

15.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, sur la question de l'élevage des animaux à fourrure, on – la majorité – a décidé de ne pas décider.

Il existe un gros projet d'élevage de visons à Virton. La Société royale protectrice des Animaux, l'association GAIA et de nombreux citoyens se mobilisent aujourd'hui pour tenter de le faire cesser en soulignant l'aspect environnemental et la question du bien-être animal.

Nous sommes opposés depuis toujours à l'élevage d'animaux uniquement pour leur fourrure. Des auditions ont eu lieu mais nous n'avons pas été plus loin. En l'absence de législation, le ministre wallon de l'Environnement n'a pas les moyens d'interdire cet élevage. Si nous ne prenons pas une position claire et ferme sur ce dossier, ce type d'élevage risque de descendre vers la Belgique, étant donné son interdiction aux Pays-Bas.

Madame la ministre, n'y a-t-il pas moyen d'aboutir sur cette proposition de loi? Allez-vous donner une dernière impulsion avant la fin de la législature ou allez-vous laisser les choses en l'état et les Régions se débrouiller?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, des auditions ont eu lieu au sein de cette commission. Je n'ai aucun problème avec l'avancement de la proposition de loi; j'y suis d'ailleurs favorable et je peux collaborer à l'initiative. Je ne peux pas être plus claire!

Si aucune décision n'est prise avant la fin de cette législature, le problème sera renvoyé aux Régions mais elles ont déjà certaines compétences aujourd'hui. En effet, les entités fédérées peuvent se positionner dans ce dossier en décidant ou non d'octroyer des permis d'environnement pour ce type d'activités. Le ministre de l'Environnement en Région wallonne peut peut-être vous aider! On m'a dit qu'il était proche de vous!

15.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Ce serait plus simple s'il y avait une loi...

15.04 Laurette Onkelinx, ministre: Faites avancer les choses! Je ne peux rien vous dire d'autre...

15.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Vous avez une capacité assez reconnue de pouvoir faire avancer les choses.

Des dossiers concernant le bien-être animal ont piétiné parce que vous ne leur avez pas donné d'impulsion.

15.06 Laurette Onkelinx, ministre: On n'a jamais autant avancé sur le bien-être animal!

15.07 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Je pense à l'abattage rituel et aux animaux à fourrure.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 21888 de M. Mathias De Clercq, n° 21890 de Mme Véronique Bonni, n° 21901 de Mme Nathalie Muylle et n° 21946 de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers sont transformées en questions écrites.

16 **Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la mise en oeuvre de la loi sur les conflits d'intérêts" (n° 21944)**

16 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de uitvoering van de wet inzake de belangenvermenging" (nr. 21944)**

16.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous relance sur cette question à l'occasion d'accusations lancées par le magazine *Marianne*. Il y a eu une accusation lancée envers le Conseil supérieur de la Santé concernant l'avis scientifique élaboré sur la cigarette électronique. Je ne cautionne pas ici l'accusation du magazine *Marianne* ni la cigarette électronique.

J'ai simplement observé que la question des conflits d'intérêts risquait à nouveau de mettre à mal une institution scientifique, et qu'aucun arbitre ne pouvait trancher, qu'il n'y avait pas d'institution au-dessus de la mêlée ni de règle claire pour composer les comités d'avis.

Ma question est: où en êtes-vous dans la mise en oeuvre de la loi qui vise la transparence, l'indépendance et la crédibilité des décisions prises et avis rendus dans le domaine de la santé publique, etc.? Avez-vous désigné les instances compétentes qui seraient soumises à la loi? Avez-vous connaissance des systèmes et modèles de déclarations des intérêts mis en place et de la gestion par chaque instance des conflits d'intérêts? Les règlements d'ordre intérieur sont-ils publics, comme le demande la loi? Avez-vous préparé un arrêté royal sur l'application de l'article 6, § 2? Avez-vous l'intention de mettre en application la loi plus tôt que ne le prévoit l'article 7?

16.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Vous savez que la loi a entre-temps été publiée au *Moniteur belge*. Prochainement, la liste des instances visées par la loi sera établie. Dans l'intervalle, c'est le Conseil supérieur de la Santé qui sert d'exemple. En effet, au sein du SPF Santé publique, le Conseil supérieur a pris l'initiative, sans attendre la publication de la loi, de lancer une concertation, ce qui a amené à l'identification de 95 commissions ou organes d'avis tombant dans le *scope* de la loi ainsi qu'à un accord d'appliquer toutes les exigences de la loi et d'utiliser en commun le modèle de déclaration du Conseil supérieur de la Santé. J'ai demandé aux autres instances de se rallier à l'approche préconisée au SPF Santé.

En outre, un système de déclaration électronique des intérêts des experts, via une application web développée au sein du Conseil supérieur de la Santé, va être élargie aux autres commissions et organes d'avis du SPF. J'insiste aussi auprès des autres instances pour qu'elles s'y rallient également. Cela aura comme avantage pour les experts de ne devoir déclarer qu'une fois leurs données et intérêts à un endroit central? Quelle que soit la commission à laquelle ils participent ou l'organe d'avis auquel ils postulent.

Ceci permettra également de constituer un registre central d'expertise et d'intérêts pour notre pays.

En ce qui concerne l'article 6, § 2, nous attendons que chaque instance ait institué le comité visé à l'article 5. Nous allons tenir compte des réalités propres aux différentes institutions conformément à l'esprit de la loi afin que les règles uniformes ne viennent pas compromettre l'efficacité des comités d'avis.

Je n'envisage pas pour le moment une entrée en vigueur anticipée. Il est prématuré de répondre à cette question vu le stade où nous en sommes dans cette législature.

16.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je suis un peu plus rassurée sur l'avancement des choses. Je suis contente d'entendre que vous revenez au concept d'un registre central,

même si cela ne figure pas explicitement dans la loi. Cela faisait partie de notre proposition; cela me fait donc plaisir. Espérons que cela continuera lors de la législature suivante et qu'on ne cassera pas l'édifice.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Ma question suivante n° 21946 sur la consommation excessive de sel est transformée en question écrite.

17 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'oxygénothérapie" (n° 21949)

- Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'évaluation de l'oxygénothérapie" (n° 21967)

- Mme Véronique Bonni à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'oxygénothérapie" (n° 22013)

- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'oxygénothérapie" (n° 22337)

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "zuurstoftherapie" (nr. 21949)

- mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de evaluatie van zuurstoftherapie" (nr. 21967)

- mevrouw Véronique Bonni aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "zuurstoftherapie" (nr. 22013)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "zuurstoftherapie" (nr. 22337)

17.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai interrogée à plusieurs reprises sur l'oxygénothérapie.

L'arrêté royal du 17 mai 2012 relatif à l'oxygénothérapie a fait l'objet d'une procédure en suspension et en annulation devant le Conseil d'Etat introduite par le Dr Caironi.

Au-delà du cas particulier de ce médecin, j'aurais aimé savoir s'il y a d'autres médecins qui considèrent que cet arrêté retire de manière arbitraire leurs compétences scientifiques et cliniques. Il est vrai que pour des généralistes qui pouvaient prescrire l'oxygénothérapie, il est peu concevable de laisser les patients les plus démunis sur le plan financier passer au moins une nuit à l'hôpital pour que cette prescription soit effectuée par des pneumologues hospitaliers.

N'est-ce pas là une dépense inutile allant à contresens de l'économie financière voulue par l'arrêté?

Vous avez souligné, lors d'une précédente interpellation, que la réglementation prévoit déjà une exception importante à l'obligation de consulter un pneumologue et de subir des examens médicaux, notamment pour les patients en soins palliatifs.

Qu'en est-il des difficultés pour les personnes atteintes d'un cancer ou de maladies incurables mais qui ne sont pas en fin de vie, en termes de déplacement, de stress mais aussi de risque de contracter une affection nosocomiale?

Vous nous informiez à l'époque avoir chargé l'INAMI d'examiner ce problème et que, si des solutions alternatives qui garantissent le même niveau de sécurité pour le patient étaient envisageables, vous étiez évidemment prête à les examiner. Pourriez-vous nous dire si l'INAMI vous a fait des propositions en ce sens?

De manière plus générale, quelle est l'évaluation de la réforme mise en place, il y a un an et demi maintenant?

Il semblerait que certains patients à qui on a retiré les bonbonnes à domicile, dont ils disposaient en vertu de l'ancien système, ont fait une complication neurologique grave et irréversible, imposant de la sorte leur placement en institution de soins spécialisée. Pouvez-vous confirmer ou infirmer ces informations?

17.02 Véronique Bonni (PS): Madame la présidente, madame la ministre, conformément aux recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), le gouvernement avait jugé nécessaire, en 2012, de revoir les conditions de remboursement relatives à l'oxygénothérapie.

Ces nouvelles conditions tendaient à mieux concilier l'intérêt des patients et celui de la collectivité. Des adaptations ont ensuite été apportées notamment pour veiller à ce que ces remboursements rencontrent au mieux les besoins des patients et ceux des prestataires de soins.

Une évaluation globale de cette réglementation devait être réalisée fin 2013. Vous aviez d'ailleurs précisé lors d'une précédente interpellation que vous aviez chargé l'INAMI d'examiner la problématique.

Madame la ministre, qu'en est-il de l'évaluation de la nouvelle réglementation? Pouvez-vous nous dire si de nouvelles dispositions vous ont été suggérées par l'INAMI?

Pouvez-vous déjà nous dire si des adaptations sont prévues? De nouvelles concertations avec les partenaires concernés par cette réforme ont-elles été menées ou sont-elles prévues?

17.03 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, les conditions de remboursement pour l'oxygénothérapie ont été modifiées. Au moment de cette modification, nous avons entendu de nombreuses craintes de la part des médecins généralistes et de nombreux patients. Au premier semestre 2013, voire avant, car la convention se termine fin 2013, l'INAMI a été chargée d'évaluer les critères.

J'essaie de regarder les choses avec objectivité et de prendre de la distance quant aux meilleures pratiques, aux conditions de remboursement et aux partenaires qui doivent intervenir ou non. J'ai rarement entendu une telle unanimité dans les appels à l'aide des médecins généralistes qui se trouvent face à des situations dramatiques et ne savent pas répondre correctement aux besoins des patients.

Madame la ministre, où en est l'évaluation de l'INAMI sur les critères et conditions. L'évolution du processus a-t-elle bien intégré les médecins généralistes, ainsi que les spécialistes concernés? Sait-on déjà ce qui est prévu pour la suite du processus?

17.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je profite de cette question pour vous dire que de nombreux rapports de professeurs sortent actuellement. Très souvent, on nous dit "il n'y a qu'à" mais, quand nous l'appliquons, de multiples problèmes surviennent tout à coup sur le terrain. Rien n'est facile en matière de soins de santé. Ceux qui disent que l'on peut proposer une réponse simple en dix points "il n'y a qu'à" ne font que jeter de la poudre aux yeux.

Vous avez raison, la réforme de l'oxygénothérapie a donné lieu à énormément de contestations, d'interpellations et parfois d'angoisses. Pourquoi cette réforme est-elle intervenue? Je rappelle qu'en 2012, le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé nous y a invités. Il ne faut jamais l'oublier! On observait en effet, ces dernières années, une augmentation du nombre de patients traités par oxygénothérapie, laquelle ne pouvait s'expliquer d'un point de vue médical. Comme l'ont rappelé les pneumologues, l'oxygène peut être nuisible pour les patients s'il est délivré à mauvais escient à des patients pour lesquels une oxygénothérapie de longue durée n'est pas vraiment nécessaire.

C'est pourquoi la réforme a imposé que pour une oxygénothérapie de longue durée, les patients doivent répondre à certains critères médicaux en tenant compte des connaissances médicales actuelles. Ces critères ont été fixés sur proposition des pneumologues. Le type de matériel et de produits mis à disposition des patients et les critères y afférents ont également été fixés sur proposition des pneumologues.

Dans ce contexte, il a également été constaté que l'ancienne réglementation ne prévoyait pas encore l'intervention de l'assurance dans certains types de nouveau matériel, comme un oxyconcentrateur portable

et un oxyconcentrateur avec compresseur de recharge, alors que ce matériel peut répondre parfaitement aux besoins de nombreux patients et coûte moins cher à l'assurance que d'autres formes d'oxygénothérapie, par exemple l'oxygénothérapie par le biais de l'oxygène liquide.

En outre, il ressortait des analyses qu'une diminution des prix des formes classiques d'oxygénothérapie de longue durée – donc oxygénothérapie par le biais d'un oxyconcentrateur classique et par le biais d'oxygène liquide – était possible.

Il y avait plusieurs motifs à la base de cette réforme. Il n'est donc pas étonnant que cette réforme importante ait induit une série de réactions de plusieurs côtés. De nombreuses personnes, je l'ai dit, des prestataires, des patients, se sont exprimés dans les semaines qui ont suivi la réforme.

Nous avons évidemment pris en compte ces différentes réactions, puisque différentes initiatives ont été prises. D'abord, un avenant à la convention est entré en vigueur le 1^{er} août 2013 afin de régler l'oxygénothérapie pour des patients qui ne désaturent qu'à l'effort. Pour ces patients, une solution adaptée a été créée.

L'Agence des médicaments a également organisé une réunion relative au bon usage de l'oxygène. Ses recommandations ont été discutées avec des représentants des médecins généralistes, des pneumologues et des pharmaciens. Ces recommandations approuvées sont publiées sur le site internet de l'Agence des médicaments. À ma connaissance, ces recommandations ne contesteront pas les critères médicaux de la réglementation actuelle.

Le but de la réunion de l'Agence était entre autres de sensibiliser les médecins, et surtout les médecins généralistes, à la problématique de certains patients ayant acheté eux-mêmes un oxyconcentrateur alors qu'une oxygénothérapie peut être nuisible pour eux, étant donné qu'ils ne répondent pas aux critères médicaux.

Enfin, fin 2013, le Collège des médecins directeurs de l'INAMI a évalué la réglementation sur base de tous les éléments actuellement disponibles: données chiffrées, plaintes de patients, etc. Le Collège a constaté que la réglementation, selon lui, ne pose pas de problème majeur nécessitant à court terme une adaptation.

En principe, selon le Collège, les problèmes signalés à l'époque peuvent être résolus par le choix du matériel le mieux adapté aux besoins du patient, en concertation entre l'hôpital, la firme concernée et le patient.

Dans ce contexte, la mise à la disposition des patients de suffisamment de batteries de réserve, ainsi que le bon choix de l'endroit où un oxyconcentrateur fixe est placé dans la maison du patient peuvent également être importants.

Le Collège est en tout cas d'avis que le financement actuel doit permettre de trouver des solutions adaptées pour tous les patients. Il a rappelé à ce sujet l'engagement pris par les pneumologues, les hôpitaux et les firmes, lors de la conclusion de la convention, d'offrir une oxygénothérapie adaptée aux patients qui en ont besoin avec les critères et le matériel actuels.

Dès lors, fin 2013, la convention actuelle a été prolongée jusqu'au 30 juin 2015. Quelques modifications y ont été apportées afin d'éliminer des différences entre les textes néerlandais et français et afin d'objectiver les caractéristiques d'un cœur pulmonaire chronique dont il est fait mention dans les critères médicaux. Une nouvelle évaluation est prévue pour le premier semestre de 2015.

Par ailleurs, pour répondre à vos questions spécifiques, en ce qui concerne les patients qui auraient subi une complication neurologique grave et irréversible suite à l'arrêt de leur oxygénothérapie après la réforme, je ne peux que répéter que sur base des critères actuels, tous les patients ayant besoin d'une oxygénothérapie d'un point de vue médical peuvent être traités par oxygénothérapie. Dès lors, il ne devrait pas être possible qu'un patient ait fait une complication suite au défaut d'un oxygène dont il n'a pas besoin selon les critères scientifiques proposés par les pneumologues.

En ce qui concerne les difficultés de déplacement des personnes atteintes d'un cancer ou de maladies incurables, mais qui ne sont pas en fin de vie, et le risque de contracter une affection nosocomiale, il me semble que ces patients se déplacent quand même également à l'hôpital pour le traitement de leur maladie.

En tout cas, d'un point de vue médical, il est important de ne traiter par oxygénothérapie que des patients pour lesquels une telle oxygénothérapie est vraiment indiquée sur base de critères scientifiques.

Enfin, en ce qui concerne la suggestion selon laquelle le coût de l'hospitalisation requise pour passer des examens médicaux pourrait empêcher l'économie voulue, je tiens à préciser que certains patients entrant en ligne de compte pour une oxygénothérapie de longue durée sont déjà hospitalisés avant d'entamer celle-ci. Pour nombre d'entre eux, c'est au cours de ce séjour que le pneumologue décide de les traiter par ce biais. Pour d'autres, lors de la concertation sur la nouvelle réglementation, les pneumologues ont également souligné que, dans certains cas, au moins une partie des examens médicaux pouvaient se dérouler au domicile du patient.

Même si un patient doit être hospitalisé pour subir les examens médicaux requis pour une oxygénation, le coût du séjour semble justifié. En effet, le coût annuel d'une oxygénothérapie de longue durée s'élève à 1 934 euros minimum dans le cas où il s'agit d'un traitement par le biais d'un oxyconcentrateur fixe. Cette thérapie peut s'étaler sur plusieurs années. Lorsqu'il s'agit d'un traitement par oxygène liquide, le tarif varie d'un patient à l'autre, en fonction du volume consommé. Mais le coût annuel moyen peut être estimé à 10 242 euros.

Il me reste encore à souligner que je suis toujours disposée à revoir les critères de la réglementation actuelle en fonction de l'évolution future de la connaissance médicale. En tout cas, les experts partagent unanimement l'avis du KCE. De quel droit ne les suivrais-je pas?

17.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, je comprends votre dernière réflexion: moi non plus, je ne suis pas une spécialiste. J'ai eu l'occasion de rencontrer des professionnels. D'après eux, la durée de vie d'une personne qui est traitée par oxygénothérapie s'élevait à un peu plus de six ans. La première partie du traitement, qui s'étale sur trois mois, est insuffisante. De toute manière, se promener avec sa bonbonne ne constitue pas un choix, puisque c'est souvent la seule possibilité.

Il existe trois solutions. Soit le patient y a droit et est pris en charge à long terme; soit il n'y a plus droit dans la mesure où les trois mois se sont écoulés et il ne répond pas aux critères lui permettant d'y avoir encore accès même s'il en a encore besoin. Le patient qui dispose de moyens financiers peut se payer la bonbonne. S'il n'en dispose pas, il limite ses autres achats pour se l'offrir.

Je ne sais pas très bien à quoi correspondent les 10 000 euros que vous avez évoqués.

Par ailleurs, certaines personnes ne se soignent plus du tout, car elles n'en ont plus les moyens et qu'elles ne peuvent bénéficier d'un remboursement. Elles sont alors hospitalisées.

Vous ne pouvez qu'être attentive aux explications que l'on vous donne pour ensuite les relayer. J'ai bien entendu que vous n'étiez pas opposée à une réévaluation de la réglementation. Pour ce faire, les médecins généralistes et les spécialistes doivent évidemment venir vous expliquer les problèmes qu'ils constatent.

17.06 Véronique Bonni (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je tenais à vous remercier pour l'évolution du dossier, pour les précisions que vous avez apportées tant pour les patients que pour les professionnels. Je ne connaissais pas bien la matière.

Et pour mes questions, je suis tout à fait satisfaite de vos réponses.

17.07 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, nous sommes toujours face à la complexité, voire la complication d'un positionnement, d'une évaluation et d'une analyse de ce genre de traitement, mais aussi de la complémentarité entre les intervenants et de leur relation. Il s'agit de voir comment agir pour que le patient se sente pris en charge comme il le souhaite.

Dans votre réponse, vous avez fait allusion au fait que, parmi les éléments mis en évidence, le choix du matériel n'était pas toujours le plus judicieux. Parfois du matériel moins cher convient aussi bien, mais n'est pas utilisé: par exemple, on utilise de l'oxygène liquide plutôt qu'un autre système. En outre, il est possible que l'oxygène liquide ait un prix inférieur.

Dans les évaluations des dispositifs mis en place, ces éléments ont-ils été évalués? Constate-t-on une

meilleure utilisation du matériel par rapport aux prescriptions et une diminution du coût de cet oxygène liquide?

Vous dites que l'Agence fédérale des médicaments se concerta avec les pneumologues, les pharmaciens et les médecins généralistes pour émettre des recommandations. À partir de ces avis et de ces constatations, de quelle manière le travail est-il réalisé avec les généralistes sur le terrain ou les pneumologues pour l'information, pour le retour de leurs constatations?

Personnellement, je suis davantage interpellée par les généralistes qui ne peuvent répondre aux patients, qui ne voient pas reconnaître leurs compétences à répondre correctement à leur situation; de l'autre côté, la bonne pratique médicale dispose d'un fondement. Et dans votre réponse, j'observe plusieurs éléments: les bons critères de maladie et cette ambition de fournir le bon matériel – et pas toujours le plus cher – au bon patient et au bon moment; c'est une optique que je partage.

Dans les plaintes, on ne perçoit pas cette complexité ni ces divers éléments.

Comment agir? Continue-t-on à évaluer tous ces paramètres? Comment se produit l'information, la complémentarité avec les médecins généralistes?

17.08 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, comme il s'agit d'un point important, je proposerai d'en discuter en commission. Je me sens mal à l'aise: tous les experts, tous les spécialistes affichent telle position et, sur le terrain, on s'aperçoit d'un hiatus. C'est compliqué.

Je demanderai à l'animateur du groupe à l'Agence de venir exposer le problème en commission durant une demi-heure afin que vous puissiez lui poser vos questions et établir le lien avec les médecins généralistes pour les informer. Voilà qui me paraît utile.

La **présidente**: Le secrétariat transmettra.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Les questions des absents seront transformées en questions écrites: il s'agit des questions n° 21962 de M. Bacquelaine, n° 21993 de M. Clarinval, n°s 22002, 22010 et 22398 de Mme Fonck, n° 22018 de Mme Muylle, n°s 22016, 22096, 22159, 22228, 22229 et 22321 de Mme De Bont, n° 22305 de Mme Snoy, n° 22172 de M. De Vriendt, n° 22341 de M. Clarinval et n° 22386 de M. George.

Les questions n° 22041 de Mme Temmerman, n° 22250 de Mme Almaci et n° 22156 de Mme Van Moer sont reportées.

18 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nadia Sminate aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het onderzoek van Test-Aankoop over de kwaliteit van geneesmiddelen" (nr. 22284)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de werkzaamheid van geneesmiddelen" (nr. 22294)

- de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de werking en de veiligheid van geneesmiddelen" (nr. 22349)

18 Questions jointes de

- Mme Nadia Sminate à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'enquête de Test-Achats sur la qualité des médicaments" (n° 22284)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'efficacité des médicaments" (n° 22294)

- M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'efficacité et la sécurité des médicaments" (n° 22349)

18.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la revue *Test-Achats* a lancé ce lundi un fameux pavé dans la mare. L'association de consommateurs a diffusé un module d'évaluation appliqué à 4 000 médicaments. Elle en conclut que seulement 57 % des médicaments ont clairement démontré leur utilité; 27 % ont une utilité limitée, 12 % seraient douteux, 3 % sont déconseillés.

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: Avez-vous suivi le débat sur l'antenne de la RTBF?

18.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Oui, j'ai entendu! J'ai évidemment écouté la contestation de l'étude de Test-Achats et de la méthode utilisée.

18.04 Laurette Onkelinx, ministre: Vous y croyez?

18.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Non, j'exerce ma faculté de scepticisme. Cela dit, le pavé est tombé dans la mare, même si d'autres se sont chargés de l'enlever! De nouveau, quel a été l'effet sur l'opinion publique? Cela induit une situation de manque de confiance. Ce n'est pas ce que je souhaite, même si je peux être très critique vis-à-vis des institutions. Il n'est pas souhaitable d'être dans une situation de méfiance, surtout vis-à-vis de choses importantes comme les médicaments.

Je voudrais évidemment une réponse! Ces résultats ne mettent-ils pas en doute la capacité de pharmacovigilance de notre pays? Et plus que cela, la procédure d'agrément? Cela implique que l'autorité publique réagisse et puisse dire en toute transparence ce qu'il en est, puisse, le cas échéant, reconnaître certaines vérités ou lacunes et en même temps rassurer sur la fiabilité des systèmes d'agrément des médicaments mis sur le marché.

Oui, j'ai entendu, mais je ne suis pas constamment suspendue à ma radio.

18.06 Laurette Onkelinx, ministre: C'était à la télé! Et Mme Gerkens participait au débat qui s'ensuivit. Vous deviez donc être présente!

18.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): (...) Quand je me tourne vers la France, je vois qu'elle réagit plus vite que nous. La France a été traumatisée par l'affaire du Mediator et a, de ce fait, mis en place des autorités qui me semblent plus sévères et qui retirent plus rapidement un médicament du marché.

18.08 Laurette Onkelinx, ministre: Elles font des aller-retour! Elles disent non pour ensuite dire oui!

18.09 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): La France a été plus rapide que nous pour ce qui concerne le Motilium.

18.10 Laurette Onkelinx, ministre: Elle a aussi interdit la pilule Diane. Et puis, on leur a interdit de l'interdire!

18.11 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Quelle est votre réponse, madame la ministre?

18.12 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Snoy, il n'entre évidemment pas dans mes compétences, comme autorité de Santé, de valider ou d'invalidier des études menées par un organisme privé. Comme vous, j'ai, au vu des retombées médiatiques importantes et l'anxiété au sein de la population par ces informations alarmistes, demandé à Test-Achats de me fournir la liste des médicaments qu'ils incriminent, ainsi que l'analyse individuelle de ces médicaments. Ils se sont engagés à me les procurer.

Des informations qui me sont connues à ce stade, il apparaît que Test-Achats a compilé des données scientifiques qui sont bien connues des autorités de santé et des prestataires de soins de santé. Nous verrons d'après ce qui me sera transmis.

Je déplore, comme vous, le caractère alarmiste et sans nuance de la communication autour des résultats, parce qu'une étude jette un discrédit sur les très nombreuses actions en matière de sécurité liées aux médicaments qui existent et de toute la politique de pharmacovigilance que nous sommes vraiment en train de développer dans notre pays.

D'une part, tous les acteurs sont informés en permanence des risques liés aux médicaments. Les prestataires le sont via différentes sources liées ou non aux autorités de Santé, comme le Centre belge d'information pharmacothérapeutique, qui, par exemple, informe en permanence les professionnels des dernières données de pharmacovigilance. Les patients, en plus des notices des médicaments et des informations reçues des professionnels de la santé, sont également sensibilisés par des campagnes des autorités comme celle concernant les somnifères ou la campagne "Un médicament n'est pas un bonbon" que j'ai menée avec l'Agence des médicaments.

D'autre part, les risques liés aux médicaments sont évalués en permanence avant la mise sur le marché d'un médicament; vous le savez. Les résultats des tests cliniques sont évalués par des experts indépendants à la demande des autorités compétentes et ce n'est que si le bilan bénéfices-risques est estimé positif que le médicament reçoit l'autorisation de mise sur le marché. Un médicament qui présente plus de risques qu'un autre peut, par exemple, être autorisé mais ne pas être indiqué dans un traitement de première ligne, tout en ayant une utilité évidente dans un traitement de deuxième ou de troisième ligne pour certains groupes de patients.

Après la mise sur le marché, la balance bénéfices-risques est suivie via un système strict de surveillance et il est notamment tenu compte des effets secondaires indésirables des médicaments qui sont rapportés. Ceux-ci donnent lieu à différentes mesures de minimisation des risques. Je prendrai comme exemple les réévaluations récentes dont ont fait l'objet les médicaments à base de domperidone et les sirops contenant de la codéine qui étaient en vente libre et qui ont été mis sur prescription en raison de la nécessité de les utiliser avec plus de prudence.

Je rappelle que nous ne pouvons pas enlever un médicament de la circulation. Nous pouvons l'amener de la vente libre à la vente sous prescription ou alors dénoncer des effets indésirables trop importants auprès de l'Agence des médicaments qui les relaie à l'Europe et fait un examen européen qui est alors transmis à l'ensemble des pays membres.

J'attire également votre attention sur un facteur peu mis en avant par Test-Achats mais qui est extrêmement important lorsqu'il s'agit de limiter l'accès au marché d'un médicament. Il faut envisager toutes les alternatives vers lesquelles vont se tourner les patients. Ces alternatives, on le sait, peuvent être pires pour certains groupes de patients ou en fonction de leurs interactions avec les autres médicaments pris par un patient. L'efficacité et la sécurité des médicaments sont donc évalués en permanence et de manière importante en Belgique. Je vais cependant demander à la Commission pour les médicaments à usage humain de l'Agence des médicaments d'analyser de manière détaillée les données de Test-Achats et de m'indiquer s'il y a lieu de lancer une procédure belge ou européenne pour l'un ou l'autre d'entre eux.

18.13 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie. Selon moi, avoir fait la demande à l'Agence des médicaments est une bonne initiative. J'en reviens toujours à mon obsession des conflits d'intérêts mais il faut pouvoir démontrer l'absence de conflit d'intérêts dans la procédure d'agrément et dans celle d'octroi des remboursements.

Vous savez qu'un problème se pose au sein de la Commission de Remboursement des médicaments avec la présence du représentant de pharma.be. J'estime que cette présence est anormale car à l'évidence des pressions implicites ou explicites sont exercées. Ils n'ont donc pas toujours l'indépendance voulue. Je n'attaque pas des personnes mais le système.

On a quand même entendu des critiques à l'encontre des médicaments durant toute cette législature. Il faut rester très vigilant et ne pas pénaliser les lanceurs d'alerte. Je ne pense pas qu'il soit pertinent d'attaquer frontalement Test-Achats. Ils ont leur utilité en tant que lanceur d'alerte, même si on peut parfois critiquer leurs méthodes.

18.14 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): J'ai tout de même été surprise par le mode de communication utilisé. Qu'ils indiquent que trop de médicaments sont prescrits, que certains ne servent à rien, que ci, que ça, c'est un rôle de lanceur d'alerte. Toutefois, dire aux gens: "téléphonez-nous et on vous dira si le médicament que vous prenez est utile ou non", c'est étonnant. Prendre un médicament est une démarche particulière, ce n'est pas un bonbon. On ne le prend que dans certains cas et chaque cas est particulier.

18.15 Laurette Onkelinx, ministre: Et nécessite une relation avec un professionnel de la santé!

18.16 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Franchement, cette façon de faire discrédite la démarche.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la reconnaissance de la phagothérapie" (n° 22336)

19 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenning van faagtherapie" (nr. 22336)

19.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai eu l'occasion de participer à une visite à l'hôpital militaire Reine Astrid avec le président du Parlement wallon. Cet hôpital dispose d'une expertise scientifique peu commune et que l'on ne peut nier.

On y pratique une méthode de thérapie contre les bactéries qui est relativement ancienne, puisqu'elle a été découverte au début du XX^e siècle et est encore pratiquée dans les pays de l'Est, en particulier en Géorgie.

Néanmoins, elle est presque à la limite de la légalité. Ma question portait surtout sur la façon dont on peut s'intéresser à cette méthode, qui est révolutionnaire et mettrait en question nombre de médicaments, et l'approfondir scientifiquement tout en ne laissant pas l'hôpital militaire dans une zone limite par rapport à la légalité.

Évidemment, ils n'utilisent la phagothérapie que dans les cas où ils n'ont pas trouvé d'autres médicaments, mais il serait intéressant de l'utiliser davantage étant donné qu'ils semblent bien maîtriser la matière.

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Snoy, certes, la phagothérapie n'est pas encore appliquée dans notre pays, sauf à titre expérimental pour les grands brûlés. Votre question est particulièrement intéressante et je vais demander un avis au Conseil supérieur de la Santé.

Je demanderai aussi à l'Agence des médicaments d'examiner dans quels autres pays des mesures réglementaires et normatives ont été prises à ce sujet et faire examiner si ces mesures peuvent être appliquées dans notre pays en prenant, bien entendu, en compte toutes les mesures de précaution en vue de protéger la santé publique.

En effet, cette méthode a été en vogue et ...

19.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Effectivement, elle a été utilisée pendant les guerres!

19.04 Laurette Onkelinx, ministre: Par la suite, elle n'a plus été utilisée et on a continué à travailler sur l'expertise dans des centres comme l'hôpital Reine Astrid. Je demanderai donc au Conseil supérieur de la Santé et à l'Agence des médicaments d'aller voir ce qui se fait en la matière dans d'autres pays.

19.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Ce qui m'a intéressée dans leur expertise (...), c'est l'indépendance vis-à-vis de l'industrie.

19.06 Laurette Onkelinx, ministre: Il ne faut pas être que contre l'industrie. Nous en avons aussi un peu besoin!

19.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Bien sûr, mais il faut réguler, garder la main!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17.08 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.08 uur.