

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

van

du

WOENSDAG 16 JANUARI 2008

MERCREDI 16 JANVIER 2008

Voormiddag

Matin

De vergadering wordt geopend om 10.06 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van de heer Fouad Lahssaini aan de minister van Landsverdediging over "renten die onrechtmatig zouden zijn uitbetaald aan werkweigeraars voor de verplichte tewerkstelling" (nr. 1157)

01.01 Fouad Lahssaini (Ecolo-Groen!): Iemand die tijdens de Tweede Wereldoorlog werkweigeraar voor de verplichte tewerkstelling was, heeft een brief gekregen van de FOD Financiën waarin hij wordt verzocht de rente ingevolge clandestiniteit die hem werd uitgekeerd, terug te betalen.

De onverenigbaarheid tussen rente en pensioen waarin de wet van 2003 voorziet en waarop de administratie zich baseert, werd echter door het Grondwettelijk Hof onwettig bevonden.

Wanneer een rente en een pensioen samen worden aangevraagd, schorst de dienst Oorlogsslachtoffers de rentetoelagen in afwachting van een beslissing over het pensioen, waardoor tal van slachtoffers in financiële problemen komen.

Hoe zal u erop toezien dat het arrest van het Grondwettelijk Hof wordt nageleefd opdat de dienst de terecht uitgekeerde rentebedragen niet meer zou terugvorderen?

01.02 Minister Pieter De Crem (*Frans*): Het verbod om, in hoedanigheid van oorlogsslachtoffer, verschillende financiële voordelen te cumuleren werd in de wet opgenomen om bepaalde categorieën van mensen van joodse origine die daar voordien nooit hebben kunnen van genieten een financieel voordeel te bieden. Het arrest van het Grondwettelijk Hof vernietigt de betwiste wettelijke bepaling niet. Dit blijft namelijk het prerogatief van de wetgever. In afwachting van een nieuwe wetgeving gaat de administratie niet langer door met de terugvordering van de onterecht gestorte bedragen, maar schort ze voorlopig de betaling op van de rente toegekend ingevolge clandestiniteit, indien de begunstigde van de rente ook een burgerlijk oorlogsinvaliditeitspensioen geniet.

Zodra de wijziging in de wetgeving van kracht wordt, zal de administratie de betwiste dossiers opnieuw bekijken en de krachtens de rente ingevolge clandestiniteit verschuldigde bedragen betalen.

01.03 Fouad Lahssaini (Ecolo-Groen!): Ik wil u bedanken voor uw duidelijke en volledige antwoord. Ik heb een wetsvoorstel uitgewerkt dat op korte termijn kan worden ingediend, zodat deze kwestie kan worden geregeld.

01.04 Minister Pieter De Crem (*Frans*): Ik stel voor dat u uw wetsvoorstel indient, zodat onze diensten het verder kunnen behandelen. Zo kan er wellicht reeds over worden gestemd bij de bespreking van de begroting en de programmawet.

Het incident is gesloten.

De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 10.15 uur tot 10.38 uur.

02 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opstarten van een grensoverschrijdende MUG-dienst" (nr. 1078)

02.01 Jean-Luc Crucke (MR): Het Belgisch-Franse Gezondheidsobservatorium kondigt de oprichting van een grensoverschrijdende mobiele urgentiegroep (MUG) aan. Voor de eerste keer in Europa worden de medische, administratieve en financiële aspecten van de hulpverlening bij overeenkomst geregeld.

Hoe verlopen de zaken in de praktijk? Welke centra zijn er daarbij betrokken? Hoe groot is het grensgebied? Wie beheert de oproepen en wie beslist welke MUG moet uitrukken? Hoe worden de duur en de resultaten van de interventie gemeten? Op welke basis wordt de Belgische financiële deelname berekend? Is het mogelijk om een eerste balans op te maken van dit initiatief dat op 1 januari 2008 van start ging?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De overeenkomst, die binnen twee jaar zal worden geëvalueerd, bevestigt de wederkerigheid die op dat vlak al jaren tussen Frankrijk en België bestaat. Ik zal u een kopie ervan ter beschikking stellen. De grondbeginselen zijn de volgende: de middelen worden gevorderd volgens de regels van het verzoekende land; de handelingen stemmen overeen met het doel waartoe het uitgestuurde middel in het vertrekland gevormd en toegelaten werd; de vordering geschiedt door de oproepcentrale die bevoegd is voor het aangewende middel; de bedoeling van de vordering is een tijdelijke oplossing te bieden, niet een structureel antwoord.

In België zijn de betrokken centra Brugge, Bergen, Namen en Aarlen. Er wordt nagegaan of Luxemburg ook bij het project kan worden betrokken. In Frankrijk zijn vier regionale ziekenhuisassociaties hierbij betrokken.

Het beheer van de noodhulp in België is gebaseerd op het beginsel van de dichtstbijzijnde passende hulp. De geografische zones in ons land zijn derhalve dynamisch en worden aangepast rekening houdend met de reeds ingezette middelen. De demografische factor speelt daarbij geen enkele rol.

Bij de beoordeling van de interventietijd wordt, zoals gewoonlijk, rekening gehouden met de aanwending van de middelen van elke centrale. Die centrales zijn overigens met de CityGIS-software uitgerust.

De uitwisseling van informatie gebeurt door de betrokken centrales. De Franse MUG's moeten uitgerust zijn om met de Belgische middelen te communiceren.

Het centrum dat territoriaal bevoegd is voor hulpoproepen staat in voor het beheer van de opdrachten. De oproep wordt uitgestuurd naar de centrale die bevoegd is voor de initiële locatie van het middel. De operatoren van de dienst 100 blijven als enigen bevoegd om de Belgische middelen te vorderen.

De financiële modaliteiten worden momenteel uitgewerkt.

02.03 Jean-Luc Crucke (MR): Hoewel met deze overeenkomst enkel maar praktijken worden geofficialiseerd die al lang worden toegepast, men kan zich alleen maar verheugen over de goedkeuring ervan.

Het incident is gesloten.

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de balans na één jaar rookverbod" (nr. 1111)
- de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van het rookverbod één jaar na de invoering ervan" (nr. 1277)
- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een evaluatie van het rookverbod" (nr. 1325)

03.01 Nathalie Muylle (CD&V - N-VA): De nieuwe wetgeving inzake tabaksgebruik is nu een jaar van kracht

en België maakt vorderingen op het vlak van werkomgeving en restaurants, maar scoort slecht inzake tabaksgebruik in cafés. Dat zou te wijten zijn aan een ondeugdelijke wetgeving. Positief is dan weer dat de meerderheid van de horecazaken in overtreding wel in orde was bij een tweede controle, zoals gebleken is uit meer dan 12.000 controles van de FOD Volksgezondheid. Ook Horeca Vlaanderen is positief, maar wil speciale aandacht voor specifieke horecagelegenheden als gemengde zaken, feestzalen, jeugdhuisen, sportkantines en cafés.

Is de minister bereid tot een grondige evaluatie, zoals gevraagd door de sector? Vindt ze een eventuele afbouw van het aantal controles een goede zaak? Zal ze de wetgeving nog verfijnen? Deze problematiek verdient aandacht, gezien de impact op de volksgezondheid.

03.02 Jean-Luc Crucke (MR): In 2007 is het tabaksgebruik in België met 7 procent gedaald. In Luxemburg is het daarentegen met 5 procent gestegen. Het is belangrijk dat een wetgeving een jaar na haar invoering geëvalueerd wordt.

BEMORA, de *Belgian Modern Restaurants Association*, vraagt de regering een uniform rookverbod uit te werken voor alle horecazaken. Het Neutraal Syndicaat van zelfstandigen verwerpt die eis, omdat een wetswijziging de sector nog meer zou destabiliseren. De Stichting tegen kanker eist dan weer een volledig rookverbod.

Kan u een overzicht geven van de statistieken met betrekking tot de controles die tot heden in de horeca werden uitgevoerd?

Dient de wetgeving aangepast te worden en hoe?

03.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Enerzijds is er sprake van minder overtredingen, anderzijds vragen sommige zelfstandigenorganisaties toch een bijsturing van het rookverbod. Bovendien beschikken we momenteel nog niet over de beleidsbrieven van de minister. Wat is zijn visie? Komt er een evaluatie van de regelgeving? Plant men een bijsturing van het rookverbod?

03.04 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Het rookverbod in restaurants werd opgesteld in samenspraak met de horecafederaties en is sinds één jaar van kracht. Een eerste onderzoek heeft uitgewezen dat 85 procent van de Belgen voorstander is van het rookverbod in restaurants en dat 61 procent zo een verbod ook wenst voor cafés. Steeds meer Europese lidstaten voeren trouwens een totaal rookverbod in voor de horeca. Ik ben bereid om dit dossier te evalueren samen met de sector en de organisaties voor gezondheidspreventie.

(Frans) We stellen vandaag een positieve evolutie in het rokersgedrag vast. Het percentage rokers is gedaald van 29 procent tot 27 procent, en de sigarettenverkoop is met 13 procent afgenomen. Dit jaar mag men nog roken in 6 procent van de openbare gebouwen, tegen 12 procent in 2006. Deze positieve resultaten zijn het gevolg, enerzijds, van de verschillende ontradende maatregelen die mijn voorganger heeft genomen, en, anderzijds, van een goed controlebeleid. De inspectiedienst die de naleving van het rookverbod moet controleren, heeft in 2007 op 18.000 plaatsen controles uitgevoerd.

Wat het totaal rookverbod betreft, moet er, in samenwerking met de sector en met voornoemde organisaties, een diepgaande evaluatie worden uitgevoerd.

Ik heb de minister die het toezicht op het Federaal Agentschap voor de Voedselveiligheid (FAVV) uitoefent, mevrouw Laruelle, een brief gestuurd om haar te laten weten dat ik het niet eens ben met de aangekondigde vermindering van het aantal controles.

03.05 Nathalie Muylle (CD&V - N-VA): Ik dank de minister voor het positieve slot van haar antwoord. De afbouw van de controles was geen positief signaal, omdat we de gunstige evolutie juist verder moeten zetten. Ik zal dit aspect toetsen bij minister Laruelle.

Het voorgenomen overleg tussen de minister, de horeca en de betrokken diensten zal moeten gebeuren op basis van een correcte evaluatie van de omzet. In mijn fractie zal de minister een partner vinden om op de ingeslagen weg verder te gaan, zeker als een aantal kleine discriminaties wordt weggewerkt.

03.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Kan de minister een timing geven voor de uitvoering van de voorgenomen evaluatie, die inderdaad nodig is? Stuurt de minister op termijn aan op een totaal rookverbod? Zal dit afhankelijk zijn van de resultaten van het overleg met de sector?

03.07 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Zolang de betrokkenen niet zijn samengekomen om een gezamenlijke planning vast te leggen, is er geen sprake van overleg.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dierproeven" (nr. 1123)

04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Volgens de pers moesten honderden proefmuizen in een Leuvens laboratorium dagenlang sigarettenrook inademen, waarna ze gedood en onderzocht werden. Manifestanten wezen reeds eerder op het bestaan van alternatieven voor dierproeven, maar toch gaat het gebruik van proefdieren in België nog altijd in stijgende lijn. Nochtans behoort de vermindering van het aantal dierproeven tot de prioriteiten van de Europese Unie.

Heeft de minister weet van dergelijke dierproeven? Wat is haar houding? Welke maatregelen stelt ze voor om een vermindering van dierproeven te promoten? Welk tijdspad zal er gevolgd worden?

04.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik heb inderdaad weet van dierproeven uitgevoerd door de tabaksindustrie. Deze experimenten vonden plaats in een erkend laboratorium, waarbij aan alle wettelijke voorschriften was voldaan, en na voorafgaande beoordeling door een ethische commissie. Ik vind wel dat research naar de schadelijkheid van sigaretten totaal verschilt van andere vormen van biomedische en farmacologische research. Daarom heb ik een advies gevraagd aan het Deontologisch Comité. Ik zal dit advies analyseren en er de gepaste conclusies uit trekken. Dierproeven vinden trouwens slechts in geringe mate plaats in België.

(Frans) Uit de statistieken blijkt dat er in België op erg kleine schaal dierproeven worden uitgevoerd voor de registratie, de kennisgeving of de erkenning van chemische producten, voedseladditieven en pesticiden. Het is meer dan waarschijnlijk dat die praktijk in de komende jaren uitbreiding zal nemen, onder meer voor de reglementair opgelegde tests in het kader van het REACH-programma. De statistieken moeten tevens op Europees niveau benaderd worden.

Het wetenschappelijk onderzoek wordt niet uitsluitend door de overheid gestuurd. Volgens het verdrag van Lissabon moeten we tegen 2010 3 procent van het BBP aan wetenschappelijk onderzoek besteden. Soms kan men niet anders dan dierproeven uitvoeren. Er lopen momenteel vier onderzoeksprojecten onder het toezicht van de FOD Volksgezondheid om alternatieve methoden te ontwikkelen en ik heb goede hoop dat er in 2008 een vijfde project over toxicogenomica van start kan gaan.

De jaarstatistieken tonen aan dat er in ons land dankzij de alternatieve methoden geen recht evenredig verband is tussen de toename van het wetenschappelijk onderzoek en de toename van het aantal dierproeven.

Een tweede strategie bestaat erin de aan de experimenten voorafgaande ethische evaluatie door de ethische commissies strenger toe te passen. Het gebruik van een dier bij een experiment moet wetenschappelijk onderbouwd zijn. Via de herziening van het koninklijk besluit van 14 november 1993 zal ik dat aspect meer laten doorwegen. De wetgeving met betrekking tot de opleiding van de werknemers in de sector van de dierproeven biedt ons de mogelijkheid om alle actoren nog meer op hun verantwoordelijkheid te wijzen.

Tot slot moet de inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid de diverse laboratoria nog systematischer kunnen inspecteren.

Gelet op de verschillende mogelijkheden die ik beschreven heb om tot een oplossing te komen, is het moeilijk om een logische en nauwkeurige agenda op te stellen.

Het ligt niet voor de hand politieke uitspraken te doen over de ontdekking van alternatieve onderzoeksmethoden. Wel mag u erop rekenen dat ik al het mogelijke zal doen om de bestaande wetgeving te herzien en dat ik het contractuele onderzoek en een systematische inspectie van onze laboratoria ten volle zal steunen.

04.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) (*Frans*): Ik ben blij met uw antwoord. Ik hoop dat u nog tijdens deze regeerperiode, waarvan ik hoop dat ze zo lang mogelijk mag duren, met goed nieuws naar deze commissie zal komen.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "levenseindezorg" (nr. 1125)

05.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Uit een recente peiling blijkt dat 80 procent van de Belgen verkiest om thuis te sterven, terwijl maar een kwart van de Belgen thuis overlijdt. Verder worden ongeneeslijk zieke patiënten tijdens hun laatste levensmaanden onnodig verplaatst. In Nederland overlijdt meer dan de helft van de patiënten thuis.

Kent de minister de resultaten van deze studie? Hoe kan het levenseinde zo humaan mogelijk gemaakt worden?

05.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): Voor patiënten die dicht bij hun levenseinde staan, moeten onnodige transfers zo veel mogelijk vermeden worden, maar op basis van de cijfers kan ik geen gefundeerde uitspraken doen betreffende de zin of onzin van bepaalde transfers.

De overheid investeert echter al jarenlang in een goede omkadering van het levenseinde. In die context werd onlangs nog de personeelsfinanciering voor de equipes voor palliatieve zorg verhoogd. Dankzij deze personeelsuitbreiding kunnen de equipes een 24 uur op 24 ingezet worden. Verder werd het remgeld afgeschaft voor de huisbezoeken van huisartsen bij palliatieve patiënten die in een ROB/RVT verblijven. Sinds 1 juli 2007 wordt ook een bijkomend bedrag van 4,7 miljoen euro per jaar toegekend aan de palliatieve functie in ziekenhuizen. Hierdoor wordt de continuïteit van de zorgverlening gegarandeerd wanneer een terminale patiënt naar huis wil gaan.

Binnenkort zal de evaluatiecel Palliatieve Zorg een nieuw evaluatierapport voorleggen aan Kamer en Senaat, waarna indien nodig verdere stappen kunnen worden genomen.

05.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) (*Frans*): Ik keur de investeringen in de palliatieve zorg zowel in de ziekenhuizen als aan huis goed. Ik wacht met ongeduld op het verslag om te zien of de cijfers waarover wij beschikken, namelijk dat er slechts een kwart Belgen thuis kan sterven, worden bevestigd.

De **voorzitter**: Is de datum waarop dit verslag wordt verwacht, gekend?

05.04 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ik zal die vraag stellen en ik zal u inlichten.

De **voorzitter**: Wij zouden inderdaad sneller moeten kunnen reageren dan het geval was bij de eerste evaluatie.

Het incident is gesloten.

06 Samengevoegde vragen van

- de heer François Bellot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van gegevens van de mobiele urgentiegroepen (MUG's) vanaf 1 september 2007" (nr. 1136)
- de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verzamelen van de medische gegevens met toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 2007" (nr. 1362)

06.01 François Bellot (MR): Sinds 1992 moeten de ziekenhuizen die over een MUG-functie beschikken de FOD Volksgezondheid administratieve en medische gegevens met betrekking tot elke opdracht verzenden. Met ingang van 1 september 2007 werd een aantal wijzigingen aangebracht, wat de aard van de over te zenden gegevens én wat de aangewende methode betreft. De server bestemd voor het coderen van de SMUR-gegevens maakt geen deel uit van het ziekenhuis en wordt als een structuur tussen het ziekenhuis en de FOD beschouwd. Hij valt dus niet onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis noch van de betrokken hoofdgeneesheer.

In welke mate is de hoofdgeneesheer verantwoordelijk voor het medisch dossier? Kan een betrokken arts zich aan de in de overeenkomst opgenomen verplichting onttrekken indien die door het ziekenhuis werd ondertekend? Hoe liggen de verantwoordelijkheden in een ziekenhuis dat de overeenkomst niet heeft ondertekend? Werden de adviezen van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van de Commissie patiëntenrechten ingewonnen?

Ten slotte, waarom wordt er niet voor gekozen het werkveld als vertrekpunt te nemen via de geïnformatiseerde patiëntendossiers en de gewenste gegevens uit die dossiers te halen, in plaats van externe toepassingen op te leggen?

06.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): De server bestemd voor het coderen van de MUG-gegevens valt niet onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en dus evenmin van de hoofdgeneesheer. Aangezien er geen uniek identificatienummer per patiënt wordt toegekend, kunnen de MUG-gegevens niet langs elektronische weg in het informaticasysteem van het betrokken ziekenhuis worden opgenomen. Op termijn zal een deel van de medische gegevens niet langer beschikbaar zijn in het patiëntendossier van het ziekenhuis, tenzij een dubbele codering zou worden opgelegd. Er ontstaat dus een zowel inhoudelijke als technische versnippering. Op termijn dreigt zo het patiëntendossier in het ziekenhuis onvolledig te worden, wat vanuit medisch én economisch oogpunt nadelig kan zijn.

Er werden bovendien incoherenties vastgesteld tussen de inhoud van het koninklijk besluit en die van het coderingsformulier. Aangezien het proces nu gedeeltelijk extern gebeurt, rijzen er vragen met betrekking tot de bescherming van de privacy. Deze hervorming gebeurde zonder de veldwerkers - onder meer het 'Réseau Wallon Santé' - erbij te betrekken.

Is de toepassing van het betrokken besluit nog altijd opgeschort? Welke maatregelen werden sinds 4 december genomen om de vastgestelde toepassingsproblemen op te lossen en de technische vragen te beantwoorden? Is er een ontmoeting gepland tussen de FOD Volksgezondheid en de veldwerkers zoals het 'Réseau Wallon Santé' of zijn Brusselse tegenhanger of kan er zo een ontmoeting plaatsvinden?

De **Voorzitter**: De spreektijd in het kader van een vraag is beperkt. De tweede spreker moet zijn betoog zo kort mogelijk houden en niet herhalen wat reeds gezegd is.

06.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans) : De verplichting om de MUG-gegevens te registreren dateert van 1992; zij heeft tot doel om de gegevensinzameling aan de technische en wetenschappelijke evolutie aan te passen en de overheid in staat te stellen om veel sneller dan vroeger tot deze gegevens toegang te krijgen.

De MUG-gegevens worden middels een internettoepassing geregistreerd. Alleen de ziekenhuizen hebben toegang tot de gegevens van hun patiënten. Die toepassing is nog iets anders dan het elektronisch medisch dossier waarover het ziekenhuis eventueel beschikt. Het ziekenhuis moet de gegevens inzake de uitgevoerde MUG-opdrachten aan de FOD meedelen. Alle ziekenhuizen hebben die conventie ondertekend. De Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer heeft voorgesteld dat een organisatie als tussenschakel zou fungeren. In het verslag aan de Koning van het koninklijk besluit van 27 april 2007 wordt uiteengezet waarom een dergelijke, als tussenschakel fungerende organisatie geen bijkomende waarborgen biedt. De Raad van State heeft geen opmerkingen hieromtrent geformuleerd. De commissie Patiëntenrechten is niet bevoegd om een advies ter zake uit te brengen.

Zodra de verschillende aan de gang zijnde tests het beoogde resultaat opleveren, zal de administratie de toepassing opnieuw opstarten. Ze zal me desgevallend voorstellen het koninklijk besluit te corrigeren. Ik hoop dat tegen februari af te ronden.

Een afdoende beveiliging op dit vlak is noodzakelijk.

Er zal overlegd worden via de door u vermelde netwerken en de federale structuur B-Health.

06.04 François Bellot (MR): De hoofdgeneesheren moeten dus de nodige gegevens uit de intermediaire structuren putten om het medische dossier dat in het ziekenhuis wordt beheerd, te vervolledigen. Ze zijn echter niet aansprakelijk voor de inhoud van de informatie.

Er zou misschien moeten worden gezorgd dat elk ziekenhuis wel degelijk validatietesten uitvoert vooraleer definitief tot het systeem toe te treden.

Voorzitter: Nathalie Muylle.

06.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Uw technische en juridische uitleg over de gegrondheid van het besluit en de uitvoering ervan zijn interessant maar vanuit het werkveld verneem ik dat het niet zo eenvoudig is.

Ik neem nota van uw verbintenis om overleg te plegen en te evalueren alsook eventueel het besluit of de manier waarop het wordt ingevuld te wijzigen.

Ik zal erop toezien dat dit daadwerkelijk zo gebeurt.

Het incident is gesloten.

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Katrin Jadin** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Belgisch-Duitse grensoverschrijdende samenwerking inzake dringende hulpverlening" (nr. 1137)

- de heer **Josy Arens** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verdrag inzake de grensoverschrijdende dringende medische hulpverlening" (nr. 1257)

07.01 Katrin Jadin (MR): Tot onze tevredenheid werden tussen België en Frankrijk akkoorden gesloten met het oog op specifieke opdrachten van de diensten voor dringende hulpverlening. Sinds 2004 buigen Nederland, België en Luxemburg zich, onder impuls van het Beneluxparlement, eveneens over dergelijke overeenkomsten.

Bestaat er tussen België en Duitsland al een samenwerkingsakkoord over de hulpdiensten? Zo ja, kan u meer toelichting geven over de bepalingen en de draagwijdte van die overeenkomst? Zo niet, wenst u dat het sluiten van zo een overeenkomst wordt aangemoedigd?

07.02 Josy Arens (cdH): Enkele maanden geleden antwoordde uw voorganger mij in verband met de overeenkomst met betrekking tot de dringende medische hulpverlening met het Groothertogdom Luxemburg dat de ontwerpovereenkomst klaar was en dat het voor de ondertekening ervan wachten was op het aantreden van een nieuwe regering.

Wat is de stand van zaken in dat verband?

07.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Er werd een ontwerp van samenwerkingsakkoord met Duitsland opgesteld, dat identiek is aan de met Frankrijk gesloten overeenkomst. Een en ander is echter nog niet rond. Ook met Luxemburg werd een ontwerpovereenkomst opgesteld.

Ik heb vastgesteld dat u dit antwoord al eens hebt gekregen. Ik heb mijn administratie gevraagd een tijdpad uit te zetten. Ik zal u meer details bezorgen zodra ik er zelf over beschik.

07.04 Katrin Jadin (MR): Ik zal binnenkort op dit dossier terugkomen.

07.05 Josy Arens (cdH): Ik zal dat dossier, dat bijzonder belangrijk is voor de inwoners van de betrokken gebieden, met aandacht blijven volgen.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het alcoholactieplan" (nr. 1162)

08.01 Valérie De Bue (MR): Op 13 juni 2005 werd de beleidscel "Drugs" belast met de uitwerking van een actieplan dat ertoe strekt het alcoholmisbruik, zoals omschreven in een aantal nationale en internationale documenten, te bestrijden.

Begin 2006 wees het OIVO erop dat de wetgeving inzake de verkoop van alcohol aan minderjarigen slecht wordt nageleefd. Er werden toen een aantal vragen in het parlement gesteld en de minister kondigde aan dat er tegen midden november 2007 een actieplan zou komen waarbij de verschillende beleidsniveaus zouden worden betrokken. Hoever staat het met de ontwikkeling en de toepassing van het alcoholplan?

Ondertussen hebben de verenigingen die de strijd aanbinden tegen alcoholmisbruik immers verontrustende vaststellingen gedaan.

08.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het alcoholgebruik is een belangrijk en complex thema dat een geïntegreerd beleid vergt. Een globaal plan is een geschikt instrument om dat doel te bereiken, vooral als men de bevoegdheidsversnippering ter zake voor ogen houdt.

Ingevolge de oproep van de WHO werd de beleidscel "Drugs" op 13 juni 2005 belast een plan voor België op te stellen. Die cel bestaat uit vertegenwoordigers van al de ministers van Volksgezondheid die ons land telt.

De interministeriële conferentie heeft het kader van het mandaat en de verschillende stappen voor de verwezenlijking van dat plan vastgelegd.

In een eerste fase heeft de cel "Gezondheidsbeleid Drugs" kennis genomen van de wetenschappelijke aanbevelingen en van het huidige beleid ter zake. Vervolgens heeft ze opdracht gekregen om het algemeen kader en de basisbeginselen, de prioriteiten, de strategieën en de concrete acties en middelen uit te werken. Hiervoor heeft de Cel verschillende vergaderingen georganiseerd met wetenschappelijke deskundigen en deskundigen uit het veld. Deze groep heeft een werkdocument opgesteld op basis waarvan de cel "Gezondheidsbeleid" haar eigen nationaal alcoholplan zal uitwerken. Dit plan zou aan de volgende interministeriële conferentie moeten worden voorgelegd.

Het zal een gemeenschappelijk plan zijn van alle ministers van Volksgezondheid. Er zal besproken worden welke procedure voor het vervolg van werkzaamheden zal worden gevolgd.

Ik geloof dat dit plan echt noodzakelijk is, met name voor de jongeren die duidelijk met meer en meer problemen op dat gebied kampen.

08.03 Valérie De Bue (MR): Dit debat zou ook in het parlement gevoerd kunnen worden. Enkele collega's en ikzelf hebben ter zake een resolutie ingediend waarin we vragen om verder werk te maken van het opstellen en uitvoeren van dit plan.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een interventie van de dienst 100 in Hoeilaart" (nr. 1169)

09.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Op 4 januari 2008 werd vanuit Hoeilaart in Vlaams-Brabant de dienst 100 opgeroepen. Er kwam snel een ambulance, uit La Hulpe. De twee ambulanciers hebben hun best gedaan om de patiënt te helpen, maar zij spraken geen Nederlands en de patiënt sprak alleen Nederlands. Dit geval is zeker niet uniek.

Waarom kwam de ambulance uit La Hulpe, en niet uit bijvoorbeeld Overijse? Hoe denkt de minister dit probleem op te lossen?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De opdracht werd uitgevoerd overeenkomstig artikel 7 van het KB van 2 april 1965: de dienst van La Hulpe kon in dit geval op vijf minuten ter plaatse zijn, die van Overijse op acht minuten. Het principe is dat op een dringende oproep zo snel mogelijk moet worden gereageerd.

We kunnen onmogelijk altijd anticiperen op de taal van de patiënt. Ik wil een patiënt met misschien dodelijke letsels niet laten wachten op een taalkundig correcte ambulance, als hij sneller door een andere ambulance kan worden geholpen. Ik wijs erop dat als de ambulance van Overijse al was vertrokken, de wachttijd nog langer was geweest. In dringende noodgevallen is de patiënt trouwens soms niet eens in staat is om zich uit te drukken.

Het is niet de taak van mijn departement om de taalkundige vaardigheden van de ambulanciers te evalueren, maar ik zal wel navraag doen naar deze zaak. De hulpdiensten aan de taalgrens hebben trouwens meestal een hulpverlener aan boord die de nodige inlichtingen kan inwinnen in het Nederlands.

09.03 **Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Deze ambulanciers bieden dringende medische hulp, dus het gaat niet om de eersten de besten. Zij moeten toch over een elementaire kennis van onze landstalen kunnen beschikken? In een ontwikkeld land moet elke patiënt toch in zijn eigen taal geholpen kunnen worden? Volgens de ambulanciers was dit hun zorg niet, maar de talenkennis van hulpverleners is wel degelijk een probleem dat om een oplossing vraagt.

Het incident is gesloten.

10 **Vraag van mevrouw Véronique Salvi aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verlenging van de overeenkomst continue verzorging van kinderen, verbindingsverpleegstersteam" (nr. 1173)**

10.01 **Véronique Salvi** (cdH): De overeenkomst met de Cliniques universitaires Saint-Luc, het Centre hospitalier régional de la Citadelle en het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola over de terugkeer naar en het behoud in de thuisomgeving van jonge patiënten met gereserveerde prognose werd niet verlengd voor 2008. De diensten die in het kader van die overeenkomst worden geleverd zijn echter onontbeerlijk, zowel voor de jonge patiënt en zijn omgeving als voor de eerstelijnsverzorgers. De verlenging van het systeem kost 63.000 euro per centrum, wat niet buitensporig lijkt, vooral in vergelijking met de vermeden kosten voor ziekenhuisopname. Welke maatregelen zal u in dit dossier treffen?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De overeenkomst "Continue verzorging van kinderen" die de FOD Volksgezondheid en de drie voormelde ziekenhuizen hebben ondertekend, werd gesloten voor een periode van twee jaar en werd uitzonderlijk verlengd tot 31 december 2007. In Vlaanderen werden overeenkomsten betreffende soortgelijke initiatieven een jaar later gesloten en is de einddatum dus 31 december 2008. Die projecten werden voorlopig gefinancierd uit het onderdeel B4 van het budget van financiële middelen. De mogelijkheid van een financiering in het kader van een RIZIV-overeenkomst wordt thans onderzocht. Ondertussen worden de overeenkomsten tot 31 december 2008 verlengd en onderzoekt mijn team hoe een en ander na die einddatum kan worden bestendigd.

10.03 **Véronique Salvi** (cdH): Die overeenkomst is onontbeerlijk; het verheugt me dan ook dat ze wordt verlengd.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: Tinne Van der Straeten

11 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Katia della Faille de Leverghem** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan jeugdpsychiaters" (nr. 1190)
- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan

kinder- en jeugdpsychiaters" (nr. 1324)

11.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): In de media wordt het bestaan van wachtlijsten in de jeugdpsychiatrie aangeklaagd, evenals het tekort aan opvang en psychiaters. Bepaalde bronnen gewagen over een tekort van maar liefst 260 jeugdpsychiaters in Vlaanderen, dat terwijl er momenteel ook al weinig kandidaten in opleiding zijn. Een recent akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen voorziet ondertussen in meer middelen voor de jeugdpsychiatrie en in onderzoek naar mogelijke zorgtrajecten voor psychiatrische patiënten.

Hoe zal de minister dit schrijnende tekort aan jeugdpsychiaters aanpakken? Bestaan er exacte cijfers op federaal vlak? Wordt dit tekort in overweging genomen bij het vaststellen van de numerus clausus voor de studenten geneeskunde? Is er overleg met de Gemeenschappen over de patiëntenopvang? Hoe ver staat het met overleg met de sector inzake de ontwikkeling van zorgtrajecten?

11.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Er was onlangs veel aandacht voor het tekort aan jeugd- en kinderpsychiaters. Zo telt Vlaanderen momenteel slechts 160 kinderpsychiaters, in plaats van de vereiste 320.

Wat is de beleidsvisie ter zake van de minister? Hoe denkt zij deze tekorten weg te werken? Wordt hierover overleg gepleegd met de Gemeenschappen? Binnen welke termijn kunnen de gezondheidswerkers in de geestelijke gezondheidszorg worden erkend?

11.03 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De prognoses op de arbeidsmarkt wijzen op een schaarste aan hoger opgeleide kandidaten in de gezondheidszorg, maar ook in andere sectoren. Voor het beroep van arts daalt het aantal kandidaten in absolute termen. Daarom onderzoeken diverse instanties binnen de gezondheidszorg de mogelijkheid om lager gekwalificeerde kandidaten in te schakelen ter vervanging van hoger opgeleide kandidaten. Ook via aanpassingen aan het takenpakket wil men enige ademruimte scheppen.

In de huisartsenpraktijk wordt dit alles nog onderzocht, in de verpleegkunde is de beweging al in gang gezet. Wellicht moet de erkenning van andere beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg opnieuw op de agenda worden geplaatst.

In 2008 worden er bijkomende middelen vrijgemaakt voor de kinder- en jeugdpsychiaters. Die middelen zullen dienen voor de herwaardering van het toezichthonorarium in K-diensten, voor de verhoging van het aantal evaluatievergaderingen en voor de financiering van een multidisciplinair overleg op de afdeling.

Om te bepalen of er echt een tekort is, moeten we de toestand toetsen aan normwaarden en die kunnen we vinden in de ziekenhuisnormering of binnen de planning van het medisch aanbod. Het KB van 30 mei 2002 bepaalt dat 180 kandidaten die zich willen specialiseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie tot 2012 vrijgesteld zijn van contingentering. Voor de Vlaamse Gemeenschap zijn dat er jaarlijks dus twaalf en voor de Franse Gemeenschap zes. Die aantallen komen boven op diegenen die zich kunnen specialiseren binnen de contingentering. In de periode 2004 tot 2006 zijn 34 Vlaamse kandidaten gestart met hun opleiding. Voor de Franstalige Gemeenschap is het cijfer onbekend, want het is opgenomen in het totale aantal psychiaters. De kinderpsychiaters werden bewust uit de contingentering gehouden en dat beleid zal niet veranderen: ze blijven een beschermd beroep binnen de planning van het medisch aanbod.

Een aantal honoraria werd gerevaloriseerd om de specialisatie psychiatrie aantrekkelijker te maken. Mijn voorganger heeft daarbij werk gemaakt van de uitbouw van zorgcircuits en netwerken voor psychiatrische patiënten. Daarbij werden projecten opgestart die moeten leiden tot een betere organisatie en uitbreiding van het zorgaanbod in deze sector. Hiervoor werd 15 miljoen euro uitgetrokken voor een periode van drie jaar. Sinds 1 april 2007 lopen de therapeutische projecten op het niveau van het Riziv, in overleg met de sector.

Vanuit de FOD Volksgezondheid zijn er verschillende overeenkomsten opgemaakt. Het federaal Kenniscentrum zal instaan voor de gevraagde methodologie en ontwikkeling, de procesevaluatie en het schrijven van beleidsrelevante conclusies. Er werd ook een registratiemodule gerealiseerd voor de zorgverleners en er werden contracten gesloten met de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg en met

de patiënten- en familieorganisaties. Al deze opdrachten zijn vorig jaar opgestart en lopen tot einde maart 2010. De werkzaamheden worden opgevolgd en bijgestuurd door een gemengde werkgroep.

11.04 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Ik hoop dat er nog meer incentives zullen volgen zodat meer jongeren voor deze specialisatie zullen kiezen.

11.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Kan de minister nog toelichten wanneer de erkenning van de gezondheidswerkers in de geestelijke gezondheidszorg op de agenda geplaatst zal worden?

11.06 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Daarvoor zal ik terugkomen naar de commissie.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: Murielle Gerkens.

12 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ongewenste nevenwerkingen van nieuwe geneesmiddelen" (nr. 1193)

12.01 Josée Lejeune (MR): Het Belgisch centrum voor geneesmiddelenbewaking (BCGH) wijst erop dat voor nieuwe geneesmiddelen te snel een vergunning voor het in de handel brengen wordt uitgereikt. Op het ogenblik van de registratie is doorgaans slechts een beperkt aantal nevenwerkingen bekend en werd het geneesmiddel slechts op een beperkt aantal patiënten getest.

In het decembernummer 2007 stelt het Franse tijdschrift *Prescrire* de gebrekkige transparantie op het stuk van de monitoring van de geneesmiddelen aan de kaak nadat deze in de handel werden gebracht.

Wat is uw reactie daarop en welke oplossingen ziet u?

Op welke manier worden de meegedeelde nevenwerkingen opgevolgd?

12.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De nieuwe geneesmiddelen worden geregistreerd op basis van klinische studies waarbij een beperkt aantal patiënten betrokken is. De besluiten daarvan worden voorgelegd aan de Doorzichtigheidscommissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik en, op het Europese niveau, door het [Committee for medicinal products for human use](#).

Wanneer een geneesmiddel in de handel wordt gebracht, gaat het aantal gebruikers sterk de hoogte in. Het is dan ook van belang het 'echte leven' van het geneesmiddel te volgen.

Op het Europese niveau kunnen alle lidstaten een databank (Eudravigilance) raadplegen, bestaat er een systeem voor informatie-uitwisseling, vinden op regelmatige tijdstippen evaluaties plaats en worden maatregelen genomen wanneer de besluiten van een verslag ongunstig zijn.

Wachten tot er miljoenen patiënten in klinische studies zouden worden opgenomen, zou een enorme vertraging in de toegang tot de innovatie meebrengen en zou nadelig zijn voor de patiënten.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) vraagt de gezondheidswerkers om vanaf januari in het bijzonder de recentelijk in de handel gebrachte geneesmiddelen die een nieuwe werkzame stof bevatten te monitoren.

In zijn Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium zal het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) er systematisch de aandacht van de voorschrijvende artsen op vestigen dat het om een nieuw geneesmiddel gaat. Dat zal ook gebeuren in de papieren versie, die in april verwacht wordt.

De Folia Pharmaco-Therapeutica die maandelijks naar alle artsen worden gestuurd, bevatten fiches waarop vastgestelde nevenwerkingen kunnen gemeld worden. De monitoring van de nevenwerkingen omvat ook de gegevens die in de andere landen van de Europese Unie verzameld werden en de noodzakelijke melding door de farmaceutische firma's van elke ongewenste nevenwerking waarvan zij in kennis werden gesteld.

Het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking volgt iedere gemelde nevenwerking van heel nabij op.

Ik maak me dan ook geen zorgen over de kwaliteit van de monitoring met betrekking tot de farmaceutische specialiteiten in ons land.

12.03 **Josée Lejeune** (MR) : Ik ben evenmin ongerust maar ik denk dat men met betrekking tot nieuwe geneesmiddelen waakzaam moet blijven.

Het incident is gesloten.

13 **Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvangcapaciteit van ziekenhuizen in het geval van het uitbreken van een pandemie" (nr. 1221)**

13.01 **Flor Van Noppen** (CD&V - N-VA): Verscheidene ziekenhuizen trokken begin januari aan de alarmbel wegens een tekort aan ziekenhuisbedden. De FOD Volksgezondheid verklaarde al dat dit opvangtekort niet structureel was, maar enkel te wijten aan een samenloop van een epidemie luchtwegeninfecties en de traditionele eindejaarsdrukke.

Wat met de ziekenhuiscapaciteit als er een echte pandemie zou uitbreken? Enkele dagen geleden waarschuwde de Wereldgezondheidsorganisatie nog voor een vogelgriep pandemie na nieuwe gevallen in Egypte, Israël en Oost-Indië. Over hoeveel bedden beschikken de Belgische ziekenhuizen samen? Wat is de gemiddelde bezettingsgraad ervan? Volstaat het overschot aan bedden om slachtoffers van een pandemie op te vangen? Welke noodplannen heeft de minister klaarliggen om in het geval van een pandemie genoeg ziekenhuiscapaciteit te creëren?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Mevrouw de voorzitter, het gaat hier om een zeer belangrijke vraag en u mag me de lengte van het antwoord dan ook niet kwalijk nemen.

(Nederlands) Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen een onverwachte toename van het aantal ziekenhuisopnames wegens acute problemen - zoals we vorige week hebben meegemaakt - en een enorme toename van ziekenhuisopnames ten gevolge van een pandemie.

In het eerste geval moet elk ziekenhuis in het kader van de erkenningsnormen een noodplan hebben om het aantal bedden te verhogen, plan dat goedgekeurd moet worden door de gouverneur. De Gewesten moet de naleving van de erkenningsnormen controleren.

Ons land beschikt – conform de internationale aanbevelingen – over een plan met maatregelen in het geval van een griep pandemie. Om te beginnen moeten de ziektegevallen snel worden opgespoord en moet een verdere verspreiding worden tegengegaan.

Als er een wereldwijde pandemie zou uitbreken, dan beschikt geen enkel land over voldoende ziekenhuiscapaciteit. Alleen de zwaar zieke patiënten, die bijvoorbeeld kunstmatig beademd moeten worden, zullen dan worden opgenomen, terwijl de andere patiënten zoveel mogelijk thuis behandeld worden.

Dan nog kan dit de normale werking van de ziekenhuizen verstoren, bijvoorbeeld door ziekte bij zorgverleners. Daarom zal de overheid de ziekenhuizen stimuleren om een *business continuity plan* op te stellen voor een maximale zorgverlening met een minimum aan mogelijkheden.

We trachten het aantal hospitalisaties te verklaren. De gezondheidsinspecteurs van de FOD Volksgezondheid stelden een te grote bezettingsgraad van de bedden vast. Enerzijds is dit te wijten aan een stijging van de infecties van de luchtwegen, wat normaal is voor deze tijd van het jaar. Anderzijds hebben de feestdagen geleid tot een uitstel van de geplande hospitalisaties, wat dan weer een zeer tijdelijk fenomeen is. Op 10 januari was de situatie reeds verbeterd. Er is dus geen structureel tekort aan ziekenhuisbedden. Momenteel telt ons land in de algemene ziekenhuizen 55.000 bedden tegen 56.500 bedden begin 2000.

Er is nog een tweede gunstige tendens: de gemiddelde duur van de hospitalisatie blijft dalen en bedraagt nog

nauwelijks 8,5 dagen. Daardoor daalde ook de bezettingsgraad tot 80 procent.

De provinciale inspecteurs zorgen voor een doorlopende opvolging en formuleren aanbevelingen inzake dringende en minder dringende opnames. Zij zullen ook een inventaris opstellen van moeilijk voorspelbare dringende gevallen. In de toekomst zal de hervormde registratie van dringende gevallen toelaten om sneller te reageren en een overzicht te behouden op de evolutie van de hospitalisaties.

Bij overbezetting worden de geprogrammeerde hospitalisaties naar later opgeschoven, zodat de opnamecapaciteit toeneemt. Via het proefproject Mobil Team zal ook het aantal personeelsleden gericht verhoogd kunnen worden.

13.03 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): We kunnen enkel hopen dat er nooit een pandemie zal uitbreken.

Het incident is gesloten.

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Orde van geneesheren over het militair hospitaal Koningin Astrid" (nr. 1222)

- de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitbreiding van de ziekenhuiswet tot het militair hospitaal Koningin Astrid en de wenselijkheid van de overdracht van de gezondheidszorg in gevangenissen van de FOD Justitie naar de FOD Volksgezondheid" (nr. 1363)

14.01 Josée Lejeune (MR): De ziekenhuizen die beheerd worden door het ministerie van Landsverdediging vallen niet onder de toepassingsfeer van de gecoördineerde ziekenhuiswet van 1987. In tegenstelling tot de artsen die niet militair actief zijn, is de militaire arts wettelijk niet verplicht zich in te schrijven bij de Orde van geneesheren, behalve wanneer hij de geneeskunde uitoefent buiten het kader van zijn militair ambt. De Nationale Raad van de Orde van geneesheren is de mening toegedaan dat dit onderscheid niet langer gerechtvaardigd is en het belang van de patiënten kan schaden. Er moet worden opgemerkt dat de notie "militair ambt" met name verwarring kan scheppen.

De Nationale Raad stelt eveneens vast dat in het militair hospitaal niet alleen militaire geneesheren werken, maar ook burgergeneesheren zonder militair statuut, die als dusdanig bij de Orde der Geneesheren zijn ingeschreven. Volgens de Orde zouden voor de militaire en de burgergeneesheren die in dezelfde instelling werken dus geen verschillende deontologische regels en tuchtregeling mogen gelden. Welk gevolg zal u geven aan dit dossier?

14.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Volgens mij zou het voor de patiënten een goede zaak zijn indien de ziekenhuiswet ook op het militair hospitaal van toepassing zou zijn.

Tussen het militair hospitaal en het Brugmannziekenhuis werd een samenwerkingsovereenkomst gesloten die ten dele een antwoord kan bieden op de door de Raad van de Orde opgeworpen vragen over de plichtenleer van de artsen en de naleving van de ziekenhuiswet door het militair hospitaal.

Deze aangelegenheid heeft bepaalde raakpunten met de toestand van de gedetineerden, die grotendeels onder de bevoegdheid van de FOD Justitie ressorteren en niet van de FOD Volksgezondheid. Dat doet een aantal vragen rijzen. De gedetineerden verliezen immers hun socialezekerheidsrechten en hun rechten inzake gezondheidszorg. Ze kunnen zich niet tot hun gewone arts wenden en hun individueel medisch dossier wordt niet opgevolgd. Is in de gevangenissen de FOD Justitie dan wel de FOD Volksgezondheid bevoegd?

Kan u me wat meer inlichtingen verschaffen over de overeenkomst tussen het militair hospitaal en het Brugmannziekenhuis? Zou men het brandwondencentrum niet uit de structuur van het militair hospitaal moeten lichten om het onder te brengen in het Brugmannziekenhuis? Is er hierover al overleg gepleegd of gepland met de minister van Defensie? Zou men de wet op de Orde niet kunnen aanpassen zodat de militaire geneesheren aan dezelfde deontologische regels gehouden zijn als hun burgerlijke confraters? Zou het verder ook niet nuttig en goed zijn om het beheer van de gezondheidszorg in het kader van de justitiële instellingen over te hevelen naar Volksgezondheid, zoals dat onlangs gebeurd is voor de instellingen van sociaal verweer?

14.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dit punt is voor mij perfect bespreekbaar, maar men moet wel kunnen aantonen dat er een wijziging nodig is in het belang van de volksgezondheid.

Alle praktiserende geneesheren dienen de wet van 22 augustus 2002 betreffende de patiëntenrechten na te leven.

Voorts is het inderdaad zo dat de militaire geneesheren niet onder de Orde van Geneesheren vallen; toch moeten ook zij onverminderd de strenge deontologische regels naleven die het militair hospitaal in overleg met het Ministerie van Landsverdediging heeft vastgelegd. Deze regels steunen precies op de medische deontologische code van de Orde van Geneesheren. Op dat vlak rijzen er momenteel geen problemen.

Een recent advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren stelt het onderscheid tussen militaire geneesheren en niet-militaire geneesheren ter discussie. We kunnen overwegen om die uitzondering af te schaffen teneinde het gelijkheidsbeginsel na te leven, maar dit vraagt verregaand denkwerk met de heer De Crem. We moeten namelijk nagaan of een dergelijke wijziging wel tegemoet zou komen aan de bijzondere situatie en de noden van het leger.

Tussen het militair hospitaal en het Brugmannziekenhuis werd een overeenkomst gesloten, met als bedoeling een samenwerking tussen de twee instellingen tot stand te brengen om het Brandwondencentrum te ondersteunen. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is echter door deze overeenkomst niet gebonden. De samenwerking verbindt enkel het hospitaal met de militaire overheid.

Bovendien wordt de financiering van de brandwondencentra geregeld door een koninklijk besluit dat werd genomen in het kader van de wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De financiering van het brandwondencentrum is bij ministerieel besluit afhankelijk gemaakt van de naleving van de normen van de brandwondencentra. Door dit besluit kan ook een samenwerking worden gesloten tussen het militair hospitaal en een burgerziekenhuis.

Wat de gevangenen betreft werd er al vooruitgang geboekt. Voor de geïnterneerden worden bijzondere instellingen voorzien. Sommige structuren in Wallonië zullen worden uitgebreid en andere zullen in Vlaanderen worden gecreëerd in samenspraak met de Gemeenschappen. Bovendien werden de meeste facturen naar Volksgezondheid overgeheveld die ze ten laste zal nemen.

14.04 **Josée Lejeune** (MR): Ik zal de heer De Crem ondervragen om zijn mening te kennen. Het gaat hier dus duidelijk over een regime dat afwijkt van de ziekenhuiswet van 1987. Op welke basis werd deze afwijking toegestaan?

14.05 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik beschik hier niet over de wettekst maar er is zeker voorzien in deze uitzondering.

14.06 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Ik hoor dat u geen taboes heeft. De heer De Crem zegt ongeveer hetzelfde, maar hij vraagt toch wat tijd om de vraag terdege te kunnen analyseren. Past men bij Volksgezondheid de logica toe die eigen is aan Landsverdediging of volgt men op het departement van Landsverdediging de logica van Volksgezondheid? Het is ongetwijfeld nuttig om over een militaire geneeskunde en een brandwondencentrum te kunnen beschikken. Tevens is een samenwerking tussen dit ziekenhuis en een burgerlijk ziekenhuis aangewezen, maar ik meen dat we niet mogen toestaan dat er afgeweken wordt van de deontologische regels. Wat de Justitie betreft, daar zal ik op terugkomen binnen een meer geëigend kader.

Het incident is gesloten.

15 **Vraag van mevrouw Carine Lecomte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorschriften met betrekking tot het dierenwelzijn in dierentuinen" (nr. 1262)**

15.01 **Carine Lecomte** (MR): Uit zeventien controles die in 2007 werden uitgevoerd, is gebleken dat niet alle dierentuinen aan de voorschriften inzake het dierenwelzijn voldoen. Hoe ernstig waren de vastgestelde overtredingen? Werden ze met opzet begaan of waren ze te wijten aan

onvoldoende kennis van de wetgeving? Is in dat laatste geval geen informatiecampagne ten aanzien van de uitbaters van dierentuinen aangewezen? Binnen welke termijn moeten de uitbaters aan de wettelijke bepalingen voldoen? Welke sancties worden er opgelegd aan de dierentuinen die in overtreding zijn?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): De dienst Dierenwelzijn volgt de toestand in de dierentuinen op de voet. In 2007 werden er acht waarschuwingen gegeven en werd er één proces-verbaal opgemaakt. De overtredingen betroffen vooral de niet-naleving van wettelijke procedures of van de normen inzake het houden van dieren.

In 2005 ontvingen alle uitbaters van dierentuinen een compendium met de geldende wetgeving.

Sinds de inwerkingtreding van de wet heeft de dienst duidelijke afspraken gemaakt en werkschema's voor de inrichting uitgewerkt. De dienst ziet erop toe dat die akkoorden worden nageleefd.

Twee medewerkers zijn belast met het beheer van de erkenningsdossiers en voeren de nodige controles uit. Ook klachten worden nagevolgd.

De maatregelen en termijnen die zich opdringen, worden per geval vastgesteld. Indien er een overtreding wordt vastgesteld, wordt er proces-verbaal opgemaakt waarna er een administratieve boete wordt opgelegd of een strafrechtelijke vervolging wordt ingesteld.

Er kunnen nog andere maatregelen worden genomen, zoals een volledige of gedeeltelijke sluiting van de dierentuin. Indien het dierenwelzijn wordt bedreigd, kan onverwijld worden ingegrepen.

15.03 **Carine Lecomte** (MR): Het stelt me gerust dat de vastgestelde overtredingen de dieren niet in gevaar brachten. De controles dienen te worden verscherpt omdat ze het dierenwelzijn effectief waarborgen.

Het incident is gesloten.

16 **Vraag van de heer Wouter De Vriendt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ontdekking van een voor de mens gevaarlijke variant van het vogelgriepvirus in Israël" (nr. 1266)**

16.01 **Wouter De Vriendt** (Ecolo-Groen!): Op 3 januari dook er in Israël een geval op van een voor de mens gevaarlijke variant van het vogelgriepvirus, vlakbij een kleuterschool en nabij de grens met Libanon en de Palestijnse gebieden. Er werd een schutkring ingesteld van amper 3.000 meter.

Klopt dat? Was er hierover op Belgisch of Europees niveau overleg met de Israëlische autoriteiten? Welke maatregelen werden er in België of in Europa genomen tegen de uitbraak van het virus?

16.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Er werden wel degelijk gevallen van vogelgriep gemeld bij gezelschapsdieren in een kindertuin van de streek van Haifa. Israël heeft maatregelen getroffen om een beschermingszone van drie kilometer en een toezichtzone van 10 kilometer af te bakenen.

Er hoeft geen rechtstreeks contact met de Israëlische overheid te worden opgenomen. Het zijn immers de internationale organisaties, namelijk zowel de Wereldorganisatie voor dierengezondheid als de WGO, die deze contacten moeten leggen en de informatie moeten doorspelen.

België heeft geen enkel specifieke maatregel genomen vermits ons land geen levend pluimvee vanuit die regio invoert. Bovendien zijn de Belgische maatregelen permanent geactiveerd.

Het incident is gesloten.

17 **Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "nevenwerkingen van een middel om te stoppen met roken, de maatregelen van het ministerie van Volksgezondheid en de aan de patiënten verstrekte informatie" (nr. 1267)**

17.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Het Europees Geneesmiddelenbureau (Ema) heeft medio december aan de alarmbel getrokken inzake Champix, een geneesmiddel van het farmaceutische bedrijf Pfizer dat in december 2006 op de markt werd gebracht en mensen moest helpen te stoppen met roken. Het

gebruik van Champix zou namelijk het risico op zelfmoordpogingen verhogen. Emea heeft Pfizer gevraagd de ter beschikking gestelde informatie tegen 19 december te wijzigen. België moet ook de nodige informatie- en voorzorgsmaatregelen nemen. Bovendien is het belangrijk dat nieuw in de handel gebrachte specialiteiten worden geëvalueerd.

Werd u op de hoogte gebracht van de vermoede nevenwerkingen van Champix? Wat was de houding van het Belgische Agentschap in dat dossier? Welke maatregelen werden genomen naar aanleiding van het bericht van Emea? Is het Belgische Agentschap bevoegd om na te gaan of de op Europees niveau gevraagde wijzigingen wel stroken met de werkelijkheid? Welke procedure werd ingesteld om na te gaan of de firma wel degelijk is ingegaan op de vraag van Emea inzake de producten die in België worden verkocht? Heeft men de artsen aangespoord opmerkingen hieromtrent te formuleren? Op welke wijze? Welke procedure werd ingesteld om ervoor te zorgen dat alle opmerkingen wel degelijk verzameld worden? Werd bij het op de handel brengen van dat product een risicobeheerplan voor België opgesteld?

17.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten is wel degelijk op de hoogte van het probleem van de nevenwerkingen van Champix. In november 2007 werd de werkgroep geneesmiddelenbewaking van het Europees Geneesmiddelenbureau door Denemarken gewaarschuwd, nadat gemeld werd dat er bij het gebruik van Champix nevenwerkingen, - bij sommige gebruikers was er sprake van zelfmoordneigingen - waren opgetreden.

Tijdens hun vergadering van 19 december 2007 hebben de Europese deskundigen inzake geneesmiddelenbewaking geoordeeld dat er onvoldoende gegevens waren om een onbetwistbaar oorzakelijk verband te kunnen leggen.

Naar aanleiding van het deskundigenverslag heeft het comité beslist dat Pfizer een bijzonder klinisch onderzoek diende uit te voeren en dat het bedrijf de samenvatting van de eigenschappen en de bijsluiter van Champix diende aan te passen. De procedure zal waarschijnlijk in de maand maart uitwerking hebben.

Mijn administratie is dus wel degelijk op de hoogte van de vermoede nevenwerkingen van Champix, en volgt de werkzaamheden hierover op de voet.

Op 17 december 2007 werd een Belgisch communiqué bekend gemaakt via de site van ons Agentschap.

Champix kreeg in Europa een vergunning via een zogenaamd gecentraliseerde procedure. Het Europees Geneesmiddelenbureau is dan ook bevoegd voor de controle op het in werking treden van de wijzigingen.

Het inzamelen van de kennisgevingen van nevenwerkingen is het voorwerp van talrijke werkzaamheden. Het Agentschap zet op dit ogenblik een ambitieus programma van geneesmiddelenbewaking op. Op 1 januari 2008 ging een concrete actie van start. Zij moedigt de professionals aan de ongewenste nevenwerkingen van geneesmiddelen met een onlangs in de handel gebracht actief bestanddeel, waarvan Champix deel uitmaakt, bekend te maken.

Ten slotte voorziet het risicomanagementplan van Champix in het inzamelen van de gegevens over risicogroepen die voorheen niet werden bestudeerd. Vermits de observaties in verband met het zelfmoordgevaar pas onlangs plaatsvonden, nam het Europees Geneesmiddelenagentschap de beslissing om het betrokken bedrijf te vragen een studie uit te voeren.

17.03 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Men kan zich vragen stellen bij de a priori studies over de negatieve gevolgen van geneesmiddelen.

Er moet worden samengewerkt met de professionals door hen correct te informeren over de mogelijke gevolgen maar ook op het vlak van de inzameling van gegevens.

Laten we voor Champix de tijd nemen om de gevolgen ervan te bestuderen.

Het incident is gesloten.

18 **Vraag van mevrouw Tinne Van der Straeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhoogde kans op leukemie bij kinderen die wonen in de buurt van kerncentrales" (nr. 1302)**

18.01 **Tinne Van der Straeten** (Ecolo-Groen!): Een Duits onderzoek heeft eind 2007 uitgewezen dat kinderen die binnen een straal van vijf kilometer van een kerncentrale wonen, 60 procent meer risico lopen op kanker in het algemeen en tot 117 procent meer kans op leukemie. Een andere studie, gepubliceerd in de

zomer van 2007 in de *European Journal of Cancer*, heeft dezelfde resultaten opgeleverd. Ik heb geen weet van gelijkaardige studies in ons land.

Is de minister op de hoogte van zulke studies? Wat denkt zij hiervan? Zijn dergelijke studies ook in ons land uitgevoerd of gepland? Vindt zij dit wenselijk? Door welke instelling kan dit het beste gebeuren? Beschikt ons land over epidemiologische gegevens ter bevestiging of ontkrachting van de resultaten van de buitenlandse onderzoeken? Kunnen de registratiegegevens van het kankerregister dienen als basis voor onderzoek? Zal de minister rekening houden met de resultaten van nationaal of internationaal onderzoek in haar kankerplan?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het onderzoek dat gevoerd werd door de universiteit van Mainz heeft aangetoond dat het risico op leukemie groter is bij kinderen die in buurt van een kerncentrale wonen. De gemeten overschrijding van de voorgeschreven limiet voor radioactiviteit bedroeg echter maar 0,3 millisievert (mSv) per jaar, terwijl de normale waarde 2,0 mSv bedraagt. Bovendien werd er in de studie onvoldoende rekening gehouden met versturende factoren. Ik voeg eraan toe dat gelijkaardige studies in het verleden geen dergelijke resultaten hebben opgeleverd.

In België beschikken we over geen enkele epidemiologische aanwijzing die deze resultaten bevestigt of ontkracht. Het Wetenschappelijk Instituut voor de volksgezondheid zou echter in samenwerking met het Kankerregister een studie in dat verband kunnen uitvoeren. Het zou ook interessant zijn het *International Agency for research on cancer* (IARC) te vragen een prospectieve studie uit te voeren.

18.03 **Tinne Van der Straeten** (*Ecolo-Groen!*): Toch is het wenselijk om zo'n onderzoek uit te voeren, gezien de gevolgen voor het milieu en de kankerproblematiek. Deze gevolgen worden volgens mij vaak onderschat. Ik zal bij minister Dewael nagaan of een eventuele samenwerking met FANC niet aan de orde is.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van mevrouw Carine Lecomte aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dierenmishandeling" (nr. 1322)

19.01 **Carine Lecomte** (MR): Een koe moest worden geëuthanaseerd nadat iemand in de stal was binnengedrongen en het dier met een stok had gepenetreerd. Blijkbaar zal de politie geen genetisch onderzoek uitvoeren omdat het maar om een dier gaat.

Vindt u dergelijk onderzoek niet van fundamenteel belang in dit geval van extreme wreedheid ten aanzien van een dier? Ik wil er nog aan toevoegen dat iemand er sterk van wordt verdacht de feiten te hebben gepleegd.

19.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dit is een ernstige inbreuk op de wet betreffende de bescherming en het welzijn der dieren. Net als u ben ik van mening dat alles in het werk moet worden gesteld om de schuldigen te straffen en dergelijke bestialiteiten in de toekomst te voorkomen. Vermits u me meldt dat de zaak wellicht zonder gevolg zal worden geklasseerd, zal ik de informatie aan de ministers van Binnenlandse Zaken en van Justitie doorspelen.

19.03 **Carine Lecomte** (MR): Ik dank u. Ik zal afsluiten met de woorden van Gandhi: "De grootheid en morele vooruitgang van een natie laten zich meten aan de manier waarop ze haar dieren behandelt."

Het incident is gesloten.

20 Vraag van mevrouw Tinne Van der Straeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemende aantal gevallen van longkanker bij niet-rokende vrouwen" (nr. 1356)

20.01 **Tinne Van der Straeten** (*Ecolo-Groen!*): Nederlandse en Belgische longartsen hebben vastgesteld dat het aandeel niet-rokers dat longkanker krijgt, stijgt. Het gaat om 10 à 15 procent van de patiënten. Deze longtumor zou wel een minder agressieve variant zijn van de tumor bij rokers en ook makkelijker te behandelen. Enkele Leuvense professoren zoeken de verklaring vooral in de kwaliteit van de omgeving: passief meeroken, schadelijke stoffen in het werkmilieu en de algemene luchtkwaliteit. Om te kunnen ageren tegen dit nieuw type longkanker is volgens hen verder onderzoek echt nodig.

Wat denkt de minister over deze trend inzake longkankers? Werd er al onderzoek verricht naar de gevolgen van luchtkwaliteit? Wat waren de resultaten? Zal de minister overleggen met de minister van Leefmilieu en de Gewesten? Hoe ver staat het met de uitvoering van het nationaal plan Gezondheid en Leefmilieu? Hoe zal de minister die informatie verwerken in het kankerplan?

20.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik deel uw vaststellingen. Het verband tussen longkanker en fijne stofdeeltjes die waarschijnlijk van dieselmotors afkomstig zijn, staat nu vast. De risicofactoren en de oorzaken van die vorm van kanker zijn gekend: roken, milieuvervuiling, erfelijkheid en genetische factoren. En dankzij het puike werk van de Stichting Kankerregistratie zullen de kankers weldra in kaart gebracht zijn en zullen we over een profiel van het gemiddelde slachtoffer beschikken.

Ik heb mijn mandaat nog maar pas opgenomen en pleeg momenteel overleg om een beter zicht te krijgen op de kankerepidemiologie en de middelen die worden ingezet om kanker te voorkomen, op te sporen en te genezen. Eerlang heb ik een vergadering met mijn collega's van de deelregeringen bevoegd voor het gezondheidsbeleid ten einde te onderzoeken hoe ze aan het Nationaal Kankerplan kunnen meewerken. Zorgen voor een beter milieu is immers een van de beste benaderingen en ik sluit zeker geen overleg met alle ter zake bevoegde ministers uit. Uiteraard kunnen er vóór medio maart geen beslissingen genomen worden.

Wat betreft de stand van zaken met betrekking tot het Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid, nodig ik u uit de website portal.health.fgov.be te raadplegen.

Wat het Nationaal Kankerplan betreft, onderzoeken we momenteel het belang van de milieufactoren.

20.03 **Tinne Van der Straeten** (*Ecolo-Groen!*): Bij het laatste punt is het antwoord misschien iets te vrijblijvend. Weinig landen worden dermate blootgesteld aan milieurisico's. De veroorzaakte vervuiling bij een distributieland met een erg energie-intensieve industrie is enorm. Ik verwacht van de regering dan ook andere initiatieven. Ik stel voor om de fiscale begunstiging van diesel en van bedrijfswagens te herbekijken. Die maatregelen kunnen zeer nuttig zijn om op de omgevingsfactoren in te grijpen. Mijn fractie zal de nodige voorstellen indienen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 1292 en 1293 van mevrouw Avontroodt worden uitgesteld.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.17 uur.

La réunion publique est ouverte à 10 h 06 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 **Question de M. Fouad Lahssaini au ministre de la Défense sur "des rentes qui auraient été versées indûment à des réfractaires au travail obligatoire" (n° 1157)**

01.01 **Fouad Lahssaini** (*Ecolo-Groen!*) : Une personne réfractaire au travail obligatoire durant la seconde guerre mondiale a reçu une lettre du SPF Finances lui réclamant le remboursement d'une rente versée au titre de la grande clandestinité.

Or la Cour constitutionnelle a jugé illégale l'incompatibilité énoncée par la loi de 2003 entre rente et pension qui justifie l'action de l'administration.

En cas de demande concomitante de rente et de pension, le service des victimes de la guerre suspend l'allocation de rente dans l'attente d'une décision concernant la pension, ce qui met nombre de victimes dans l'embarras financier.

Que comptez-vous faire pour faire respecter l'arrêt de la Cour constitutionnelle afin que le service ne réclame plus les sommes versées à bon droit pour la rente ?

01.02 **Pieter De Crem**, ministre (*en français*) : L'interdiction de cumuler plusieurs avantages financiers en vertu de la qualité de victime de guerre a été insérée dans la loi dans le but d'offrir un avantage financier à certaines catégories de personnes d'origine juive n'ayant jamais pu en bénéficier auparavant. L'arrêt de la

Cour constitutionnelle n'annule pas la disposition légale litigieuse, prérogative qui revient au législateur. Dans l'attente d'une nouvelle législation, l'administration ne procède plus à la récupération des sommes indûment versées mais elle suspend temporairement le paiement de la rente de clandestinité dans le cas où le titulaire de la rente jouit également de la pension d'invalidité civile de guerre.

Dès que la modification législative entrera en vigueur, l'administration procédera à la révision des dossiers litigieux et liquidera les sommes dues en vertu de la rente de clandestinité.

01.03 Fouad Lahssaini (Ecolo-Groen!) : Merci pour cette réponse claire et complète. J'ai élaboré une proposition de loi qui pourrait être déposée assez rapidement afin de régler cette question.

01.04 Pieter De Crem, ministre (*en français*) : Je suggère que vous déposiez votre proposition pour que nos services puissent s'en charger. Elle pourrait peut-être déjà être votée au moment de l'examen du budget et de la loi-programme.

L'incident est clos.

La discussion des questions et interpellations est suspendue de 10 h 15 à 10 h 38.

02 Question de M. Jean-Luc Crucke à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lancement d'un SMUR transfrontalier" (n° 1078)

02.01 Jean-Luc Crucke (MR) : L'Observatoire franco-belge de la santé annonce la mise sur pied d'un SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) transfrontalier. Pour la première fois en Europe, les aspects médical, administratif et financier de l'aide sont réglés par une convention.

Comment se déroulent les choses en pratique ? Quels centres sont concernés ? Quelle est l'étendue de la zone transfrontalière ? Qui gère les appels et qui décide du SMUR à envoyer ? Comment apprécie-t-on les données de l'intervention en termes de temps et de résultat ? Sur quelle base la participation financière de la Belgique est-elle calculée ? Est-il possible de tirer un premier bilan de cette initiative lancée le 1^{er} janvier 2008 ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La convention - qui sera évaluée dans les deux ans - ne fait que formaliser la réciprocité qui existe depuis des années entre la France et la Belgique. J'en mettrai une copie à votre disposition. Ses principes fondateurs sont les suivants : les moyens sont requis selon les règles du pays demandeur ; les actes posés sont conformes à ce pourquoi le moyen envoyé est formé et autorisé dans son pays de départ ; la réquisition est réalisée par le centre d'appel compétent pour le moyen utilisé ; et la réquisition se veut un appui et non une réponse structurelle.

En Belgique, les centres concernés sont Bruges, Mons, Namur et Arlon. Le Luxembourg est à l'étude. Quatre associations régionales d'hospitalisation sont concernées en France.

La gestion des secours étant basée en Belgique sur l'aide adéquate la plus proche, les zones géographiques sont dynamiques et s'adaptent en fonction des moyens déjà engagés. Le facteur démographique ne joue aucun rôle.

Le temps d'intervention est apprécié comme à l'ordinaire en fonction de l'utilisation des outils de chaque centrale, ces dernières disposant par ailleurs du logiciel CityGIS.

L'échange d'informations est effectué par les centrales concernées. Les SMUR français doivent être équipés pour communiquer avec les moyens belges.

Les missions sont gérées par le centre territorialement compétent pour les appels à l'aide. L'envoi est demandé à la centrale en charge de la localisation initiale du moyen. Les préposés du 100 demeurent seuls compétents pour requérir les moyens belges.

Les modalités financières sont en cours d'élaboration.

02.03 Jean-Luc Crucke (MR) : Même si cette convention ne fait qu'officialiser une pratique de longue date, on ne peut que se réjouir de son adoption.

L'incident est clos.

03 Questions jointes de

- **Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le bilan après un an d'interdiction de fumer" (n° 1111)**
- **M. Jean-Luc Crucke à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de fumer évaluée après un an" (n° 1277)**
- **M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une évaluation de l'interdiction de fumer" (n° 1325)**

03.01 Nathalie Muylle (CD&V - N-VA) : La nouvelle législation sur le tabagisme est en vigueur depuis un an. À cet égard, si la Belgique enregistre des progrès au niveau de l'environnement de travail et des restaurants, elle obtient de piètres résultats en matière de tabagisme dans les cafés. Cette situation serait due à une législation inadéquate. Nous nous félicitons en revanche de constater, sur la base des plus de 12.000 contrôles effectués par le SPF Santé publique, que la majorité des commerces horeca en infraction étaient en règle lors d'un deuxième contrôle. Horeca Vlaanderen exprime également sa satisfaction, tout en demandant qu'une attention toute particulière soit accordée aux établissements horeca spécifiques tels que les établissements mixtes, les salles de fêtes, les maisons de jeunes, les cantines sportives et les cafés.

La ministre est-elle disposée à procéder à une évaluation approfondie, comme demandé par le secteur ? Est-elle favorable à la réduction éventuelle du nombre de contrôles ? Affinera-t-elle encore la législation ? Cette question mérite qu'on s'y intéresse, compte tenu de son impact sur la santé publique.

03.02 Jean-Luc Crucke (MR) : En Belgique, en 2007, la consommation de tabac a diminué de 7%. Au Luxembourg, elle a augmenté de 5%. Après un an, il est important de pouvoir faire le bilan d'une législation.

BEMORA, l'association belge des chaînes de restauration, demande une loi antitabac uniforme pour tous les établissements. Le syndicat neutre des indépendants rejette cette demande, argumentant du fait que modifier la loi déstabiliserait encore plus le secteur. Pour la Fédération de lutte contre le cancer, c'est l'interdiction pure et simple.

Quelles sont les statistiques de contrôle relevées à ce jour ?

La législation doit-elle être modifiée et dans quel sens ?

03.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : D'une part, le nombre d'infractions est en diminution et, d'autre part, certaines organisations d'indépendants demandent tout de même un aménagement de l'interdiction de fumer. En outre, nous ne disposons pas encore, actuellement, des notes de politique de la ministre. Quelle est sa vision des choses ? La réglementation sera-t-elle évaluée ? Envisage-t-on un aménagement de l'interdiction de fumer ?

03.04 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : L'interdiction de fumer dans les restaurants, en vigueur depuis un an, a été décidée en concertation avec les fédérations horeca. Une première étude a montré que 85 % des Belges sont favorables à l'interdiction de fumer dans les restaurants et que 61 % souhaitent même une telle interdiction dans les cafés. Un nombre croissant d'États membres européens tendent d'ailleurs à instaurer une interdiction totale de fumer dans l'horeca. Je suis prête à évaluer ce dossier en concertation avec le secteur et les organisations actives en matière de prévention sanitaire.

(En français) Nous connaissons aujourd'hui une évolution positive du comportement du fumeur. Le pourcentage de fumeurs a diminué de 29% à 27% et la vente de cigarettes de 13%. Cette année 6% des lieux publics sont encore fumeurs, contre 12% en 2006. Ces résultats positifs sont la conséquence, d'une part, des différentes mesures dissuasives prises par mon prédécesseur et, d'autre part, d'une bonne politique de contrôle. Le service d'inspection tabac a contrôlé 18 000 lieux en 2007.

Concernant l'interdiction totale de fumer, une évaluation approfondie doit être effectuée en collaboration avec le secteur et les organisations mentionnées.

J'ai envoyé un courrier à Mme Laruelle, ministre de tutelle de l'AFSCA, en précisant que je n'accepte pas la politique de diminution des contrôles annoncée.

03.05 Nathalie Muylle (CD&V - N-VA) : Je remercie la ministre pour la conclusion positive de sa réponse. La diminution des contrôles n'était pas un signal positif, étant donné que nous voulons précisément que l'évolution positive se poursuive. Je soumettrai cet aspect du problème à la ministre Laruelle.

La concertation prévue entre la ministre, l'horeca et les services concernés devra reposer sur une évaluation correcte du chiffre d'affaires. Moyennant la suppression de quelques petites discriminations, la ministre peut compter sur la collaboration de mon groupe pour poursuivre sur la voie amorcée.

03.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La ministre peut-elle préciser quand il sera procédé à l'évaluation prévue, qui est en effet nécessaire ? Envisage-t-elle, à terme, une interdiction totale de fumer ? Cela dépendra-t-il des résultats de la concertation avec le secteur ?

03.07 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)* : Il faudrait d'abord que les personnes se voient pour élaborer un calendrier commun, sans quoi on ne peut pas parler de concertation.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les expérimentations animales" (n° 1123)

04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Si l'on en croit la presse, un laboratoire de Louvain a forcé des centaines de souris à inhaler pendant plusieurs jours de la fumée de cigarette avant de les euthanasier et de les disséquer. Quoique des manifestants aient déjà souligné dans le passé qu'il existe des alternatives aux expérimentations animales, la Belgique utilise encore, et même de plus en plus, des animaux de laboratoire. Or la réduction du nombre des expérimentations animales fait partie des priorités de l'Union européenne.

La ministre a-t-elle connaissance de ces expérimentations animales ? Quelle position adopte-t-elle à leur sujet ? Quelles mesures propose-t-elle pour stimuler leur réduction ? Quel échéancier compte-t-elle suivre ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre *(en néerlandais)* : Je sais parfaitement que l'industrie du tabac recourt à des expérimentations animales. Les expériences que vous avez évoquées ont eu lieu dans un laboratoire agréé qui a respecté toutes les dispositions légales et qui y a procédé après avoir reçu l'aval d'une commission d'éthique. Je dois vous dire qu'à mon estime, la recherche portant sur la nocivité des cigarettes diffère totalement d'autres formes de recherche biomédicale et pharmacologique. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé l'avis du Comité déontologique. J'analyserai cet avis et en tirerai les conclusions appropriées. Au demeurant, notre pays ne procède à des expérimentations animales que dans une faible proportion.

(En français) Les statistiques montrent que les expériences sur animaux pour l'enregistrement, la notification ou l'agrément des produits chimiques, des additifs alimentaires et des pesticides sont réalisées à très petite échelle en Belgique. Il est fort probable que cette pratique augmentera dans les années à venir, notamment pour les tests réglementaires liés au programme REACH. Les statistiques doivent être approchées également au niveau européen.

La recherche scientifique n'est pas orientée exclusivement par les autorités publiques. Selon le traité de Lisbonne, nous devons consacrer 3% du PIB à la recherche scientifique à l'horizon 2010. Le recours aux expériences sur animaux ne peut pas toujours être évité. Quatre projets de recherche sur les méthodes alternatives sont en cours par l'intermédiaire du SPF Santé publique, et j'ai bon espoir qu'un cinquième projet, sur la question de la toxicogénomique, démarre en 2008.

Les statistiques annuelles montrent que, grâce aux méthodes alternatives, la progression de la recherche dans notre pays n'est pas accompagnée d'une croissance rectiligne correspondante du nombre d'expériences sur les animaux.

Une deuxième stratégie est d'appliquer plus rigoureusement l'évaluation éthique préalable des expériences par les commissions éthiques. L'utilisation d'un animal dans une expérience doit pouvoir être scientifiquement justifiée. Grâce à la révision de l'arrêté royal du 14 novembre 1993, j'accorderai une grande attention à cette question. La législation concernant la formation des travailleurs du secteur de l'expérimentation animale offre l'opportunité d'une responsabilité individuelle accrue.

Enfin, le service d'inspection du SPF Santé publique doit pouvoir inspecter encore plus systématiquement les différents laboratoires.

Au vu des différentes voies que je viens de présenter, il est difficile d'établir un agenda logique et précis.

Il est difficile d'intervenir politiquement sur la découverte de méthodes alternatives. Je puis en revanche vous assurer de mon engagement total dans la révision de la législation en la matière, mon soutien à la recherche contractuelle et à une inspection systématique de nos laboratoires.

04.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) (en français) : Votre réponse me réjouit. J'espère que vous reviendrez avec de bonnes nouvelles en commission lors de cette législature, que je souhaite la plus longue possible.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins palliatifs" (n° 1125)

05.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Il ressort d'un sondage récent que 80 % des Belges préfèrent mourir à la maison, alors que seulement un quart des Belges décèdent chez eux. Par ailleurs, des patients atteints d'une maladie incurable subissent des déplacements inutiles au cours des derniers mois de leur vie. Aux Pays-Bas, plus de la moitié des patients meurent à la maison.

La ministre a-t-elle connaissance des résultats de cette étude ? Comment peut-on rendre la fin de vie la plus humaine possible ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Il faut éviter dans toute la mesure du possible des transferts inutiles pour les patients qui approchent de la mort. Je ne puis toutefois sur la base des chiffres faire des déclarations fondées concernant l'utilité ou l'inutilité de certains transferts.

Les pouvoirs publics investissent cependant depuis des années déjà dans un encadrement correct de la fin de vie. Dans ce contexte, le financement du cadre du personnel des équipes de soins palliatifs a encore été augmenté récemment. Grâce à cet élargissement du cadre, les équipes peuvent être mobilisées 24 heures sur 24. Le ticket modérateur a également été supprimé pour les visites à domicile des médecins généralistes chez les patients palliatifs résidant dans une MRPA/MRS. Depuis le 1^{er} juillet 2007, un montant annuel supplémentaire de 4,7 millions d'euros est également octroyé à la fonction palliative dans les hôpitaux. Ce montant permet de garantir la continuité des soins lorsque le patient en phase terminale veut rentrer à la maison.

La cellule d'évaluation Soins palliatifs soumettra bientôt un nouveau rapport d'évaluation à la Chambre et au Sénat. Des mesures supplémentaires pourront ensuite être prises si nécessaire.

05.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) (*en français*) : J'approuve les investissements réalisés dans les soins palliatifs à l'hôpital comme à la maison. J'attends avec impatience le rapport pour voir si les chiffres dont on dispose, à savoir qu'il n'y a qu'un quart des Belges qui peuvent mourir à la maison, sont confirmés.

La **présidente** : La date à laquelle on attend ce rapport est-elle connue ?

05.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je vais le demander et je vous transmettrai l'information.

La **présidente** : Il faudrait en effet que l'on puisse réagir plus rapidement que ce ne fut le cas pour la première évaluation.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- **M. François Bellot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement de données des services mobiles d'urgence (SMUR) à partir du 1^{er} septembre 2007" (n° 1136)**

- **M. Georges Gilkinet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la collecte des données médicales dans le cadre de l'arrêté royal du 27 avril 2007" (n° 1362)**

06.01 François Bellot (MR) : Depuis 1992, les hôpitaux disposant d'une fonction SMUR doivent transmettre au SPF Santé publique des données administratives et médicales portant sur chaque mission. À partir du 1^{er} septembre 2007, cette obligation a été modifiée tant du point de vue des données à transmettre que de la méthode de transmission des données. Le serveur dédié à l'encodage des données SMUR est extra-hospitalier et considéré comme structure intermédiaire entre l'hôpital et le SPF. Se situant donc en dehors de l'hôpital, il est hors de champ de la responsabilité de celui-ci et donc du médecin-chef concerné.

Qu'en est-il de la responsabilité du médecin-chef à propos du dossier médical ? Un médecin concerné peut-il se soustraire à cette obligation conventionnelle si l'hôpital l'a ratifiée ? Quelle est la situation d'un hôpital n'ayant pas signé la convention ? Les avis de la Commission de la vie privée et de la Commission « Droits du patient » ont-ils été demandés ?

Enfin, pourquoi ne pas repartir des outils de terrain via les dossiers des patients informatisés et organiser l'extraction des données souhaitées plutôt que d'imposer des applications externes ?

06.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Le serveur dédié à l'encodage des données SMUR se situe hors du champ de la responsabilité de celui-ci et donc du médecin-chef concerné. Par ailleurs, l'absence d'identifiant patient unique empêche la réintégration électronique des informations SMUR dans le système informatique de l'hôpital référent. À terme, une partie de l'information médicale ne sera plus disponible au niveau du dossier du patient de l'hôpital à moins d'en imposer le double encodage. On assiste à un morcellement thématique et technique. La conséquence à terme pourrait être un émiettement du dossier du patient à l'hôpital, ce qui pourrait être préjudiciable tant sur le plan médical qu'économique.

Par ailleurs, des incohérences ont été relevées entre le contenu de l'arrêté royal et le contenu du formulaire destiné à l'encodage. Des questions se posent - vu l'externalisation partielle du processus - sur la protection de la vie privée. Cette réforme a été réalisée sans associer les acteurs de terrain, notamment le Réseau Wallon Santé.

L'application de l'arrêté sous référence est-elle toujours suspendue ? Qu'est-ce qui a été entrepris depuis le 4 décembre pour corriger les problèmes d'application et répondre aux questions techniques soulevées ? Une rencontre est-elle programmée ou peut-elle l'être entre le SPF Santé publique et des acteurs de terrain comme le Réseau Wallon Santé ou son équivalent bruxellois ?

La **présidente** : Le temps des questions est limité. Le deuxième intervenant dans une question doit tenter de raccourcir au maximum son intervention et de ne pas répéter les éléments déjà exposés.

06.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'obligation de l'enregistrement des données SMUR remonte à 1992 ; elle vise à adapter la récolte des données à l'évolution technique et scientifique et à permettre aux autorités publiques d'avoir accès à ces données beaucoup plus rapidement qu'auparavant.

Une application web est offerte pour enregistrer les données SMUR. Les hôpitaux sont les seuls à avoir accès aux données de leurs patients. Cette application est distincte d'un éventuel dossier médical électronique dans l'hôpital. L'hôpital est tenu de transmettre au SPF les données relatives aux missions SMUR effectuées. Tous les hôpitaux ont signé la convention visée. La Commission pour la protection de la vie privée a suggéré l'intervention d'une organisation intermédiaire. Le rapport au Roi de l'arrêté royal du 27 avril 2007 expose pourquoi une telle organisation intermédiaire n'offrirait pas de garanties supplémentaires. Le Conseil d'État n'a pas formulé d'observations à cet égard.

Il ne relève pas des compétences de la Commission « Droits du patient » d'émettre un avis en la matière.

Dès que les différents tests en cours donneront totale satisfaction, l'administration remettra l'application en route. Elle me proposera, le cas échéant, des corrections de l'arrêté royal. J'espère que cela interviendra pour février.

Nous avons besoin de sécurité en la matière.

Des concertations à travers les réseaux que vous mentionnez seront envisagées, sans omettre la structure fédérale B-Health.

06.04 François Bellot (MR) : Il appartient donc aux médecins-chefs de puiser dans les structures intermédiaires les données nécessaires pour compléter le dossier médical géré dans l'hôpital mais ils n'exercent aucune responsabilité à l'égard du contenu de l'information.

Il faudrait peut-être veiller à ce que chaque hôpital participe bien à des tests de validation avant d'entrer définitivement dans le système.

Présidente : Mme Nathalie Muylle.

06.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Vos explications techniques et juridiques sur le bien-fondé de l'arrêté et de sa mise en application sont intéressantes. Mais il me revient des acteurs du terrain que ce n'est pas aussi simple.

Je prends acte de votre engagement à mener les concertations et l'évaluation nécessaires jusqu'à, le cas échéant, modifier l'arrêté ou la façon dont il est implémenté.

Je serai attentif à ce que ça passe effectivement comme cela.

L'incident est clos.

07 Questions jointes de

- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la coopération transfrontalière entre la Belgique et l'Allemagne en matière de services de secours d'urgence" (n° 1137)
- M. Josy Arens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention relative aux soins d'urgence transfrontaliers" (n° 1257)

07.01 Kattrin Jadin (MR) : Nous pouvons nous réjouir que des accords aient été signés entre la Belgique et la France pour des interventions ponctuelles de services de secours d'urgence. Depuis 2004, sous

l'impulsion du parlement Benelux, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg sont amenés à conclure des accords similaires.

Les services de secours font-ils déjà l'objet d'un accord de coopération entre la Belgique et l'Allemagne ? Si oui, pouvez-vous m'informer des dispositions existantes et des termes de cette convention ? Dans le cas contraire, souhaitez-vous que des impulsions soient données pour aller dans ce sens ?

07.02 Josy Arens (cdH) : Il y a quelques mois, en réponse à ma question à votre prédécesseur concernant la convention avec le Grand-Duché du Luxembourg relative à l'aide médicale urgente, celui-ci m'informait que le projet de convention était rédigé et qu'il suffisait d'attendre l'entrée en fonction d'un nouveau gouvernement pour obtenir la signature.
Où en est ce projet de convention ?

07.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Un projet d'accord de coopération identique à la convention conclue avec la France a été rédigé avec l'Allemagne mais il n'est pas encore finalisé.
Un projet de convention a été rédigé avec le Luxembourg.

Je me suis rendu compte que cette réponse vous avait déjà été donnée. J'ai demandé à mon administration de préparer un échéancier. Je reviendrai vous fournir des détails sur celui-ci quand j'en disposerai.

07.04 Katrin Jadin (MR) : Je reviendrai sous peu pour obtenir des nouvelles de ce dossier.

07.05 Josy Arens (cdH) : Je resterai très attentif à l'évolution de ce dossier très important pour les habitants des régions concernées.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Valérie De Bue à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan alcool" (n° 1162)

08.01 Valérie De Bue (MR) : Le 13 juin 2005, la cellule politique « drogues » a été mandatée pour élaborer un plan d'action visant la mise en œuvre des actions de lutte contre les abus d'alcool décrites dans un certain nombre de documents nationaux et internationaux.

Début 2006, le CRIOC démontrait que la législation relative à la vente d'alcool pour les mineurs est mal respectée. Une série de questions ont été posées au parlement à cette époque et le ministre avait annoncé un plan d'action associant les différents niveaux de pouvoir, annoncé pour la mi-novembre 2007. A quel stade en sont la réalisation et l'application du plan Alcool ?

Entre-temps, le constat des associations qui travaillent dans ce domaine est relativement alarmant.

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La consommation d'alcool est une thématique importante et complexe qui appelle une politique intégrée. Un plan global constitue un bon instrument pour atteindre cet objectif, surtout quand on voit la dispersion des compétences en la matière.

Suite à l'appel de l'OMC, mandat a été donné le 13 juin 2005 à la cellule politique de santé en matière de drogues d'élaborer un plan pour la Belgique. Cette cellule rassemble les représentants de tous les ministres de la Santé publique de notre pays.

La conférence interministérielle a déterminé le cadre du mandat et déterminé les différentes étapes de la réalisation de ce plan.

Dans une première phase, la cellule « politique de santé en matière de drogues » a pris connaissance des recommandations scientifiques et de la politique actuelle en la matière. Ensuite, elle a reçu la mission de déterminer le cadre général et les principes de base, les priorités, les stratégies, les actions concrètes et les moyens. Dans ce but, la cellule a organisé plusieurs réunions avec des experts scientifiques et des experts de terrain. Ce groupe a établi un document de travail sur base duquel la cellule « politique de santé » va rédiger son propre plan national alcool qui devrait être soumis à la prochaine conférence interministérielle.

Ce plan sera commun à tous les ministres de la Santé publique. Une procédure sera également discutée pour la suite des travaux.

Je crois que l'existence d'un tel plan est indispensable, notamment pour les jeunes qui connaissent manifestement de plus en plus de problèmes en la matière.

08.03 Valérie De Bue (MR) : Ce débat pourrait également être utilement mené au sein du parlement. Une résolution a été déposée par des collègues et moi-même demandant d'avancer dans la rédaction et la mise en œuvre de ce plan.

L'incident est clos.

09 Question de M. Michel Doomst à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une intervention du service 100 à Hoeilaart" (n° 1169)

09.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Le 4 janvier 2008, le service 100 a été appelé à Hoeilaart, en Brabant flamand. Une ambulance est arrivée rapidement, en provenance de La Hulpe. Les deux ambulanciers ont fait de leur mieux pour aider le patient, mais ils ne parlaient pas le néerlandais, tandis que le patient s'exprimait uniquement dans cette langue. Il ne s'agit certainement pas d'un cas unique.

Pourquoi l'ambulance est-elle venue de La Hulpe, et pas, par exemple, d'Overijse ? Comment la ministre pense-t-elle résoudre ce problème ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : La mission a été menée à bien conformément à l'article 7 de l'arrêté royal du 2 avril 1965 : dans le cas qui nous occupe, le service de La Hulpe pouvait être sur place dans un délai de cinq minutes, celui d'Overijse dans un délai de huit minutes. Le principe veut qu'il convient de répondre le plus rapidement possible à un appel urgent.

Il est impossible de toujours connaître à l'avance la langue du patient. Je n'ai pas l'intention de faire patienter une personne qui est peut-être en danger de mort jusqu'à ce qu'une ambulance qui peut le prendre en charge dans sa langue soit disponible, si une autre ambulance peut venir plus rapidement au secours de cette personne. Je voudrais attirer l'attention sur le fait que si l'ambulance d'Overijse était déjà partie, le délai d'attente aurait encore été plus long. Dans certains cas urgents, le patient n'est d'ailleurs pas en mesure de s'exprimer.

Mon département n'a pas pour mission d'évaluer les compétences linguistiques des ambulanciers. Je m'informerai cependant à ce sujet. Les équipes de secours opérant à la frontière linguistique disposent d'ailleurs généralement d'un ambulancier qui peut recueillir les renseignements nécessaires en néerlandais.

09.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Ces ambulanciers dispensent une aide médicale urgente. Ce ne sont donc pas les premiers venus. Ne serait-il pas normal qu'ils possèdent une connaissance élémentaire de nos langues nationales ? Est-ce que je me trompe si je dis que dans un pays développé, chaque patient a le droit de recevoir une aide médicale dans sa langue maternelle ? Les ambulanciers ont laissé entendre que ce n'était pas vraiment leur souci. Pourtant, les connaissances linguistiques des secouristes constituent bien un problème qu'il faut impérativement résoudre.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Véronique Salvi à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconduction de la convention 'Soins Continus Enfants, équipe d'infirmières de liaison'" (n° 1173)

10.01 Véronique Salvi (cdH) : La convention signée avec les Cliniques universitaires Saint-Luc, le Centre hospitalier régional de la Citadelle et l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola pour organiser le retour et le maintien à domicile de jeunes patients atteints d'une maladie à pronostic réservé n'a pas été reconduite pour 2008. Les services offerts dans le cadre de cette convention sont pourtant indispensables, tant pour le

petit patient et son entourage que pour les soignants de première ligne. Sa reconduction nécessite 63 000 euros par centre, une somme qui ne semble pas disproportionnée, en particulier au regard des coûts d'hospitalisation évités. Quelles dispositions comptez-vous prendre dans ce dossier ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La convention « Soins continus enfants » qui lie le SPF Santé publique et les trois hôpitaux mentionnés avait été conclue pour deux ans et prolongée à titre exceptionnel jusqu'au 31 décembre 2007. En Flandre, les conventions mettant en œuvre des initiatives similaires ont été conclues un an plus tard et se terminent donc le 31 décembre 2008.

Ces projets ont été financés, à titre transitoire, via la sous-partie B4 du budget des moyens financiers. Un financement dans le cadre d'une convention INAMI est à l'étude. Dans l'intervalle, les conventions seront prolongées jusqu'au 31 décembre 2008 et mon équipe analyse des pistes de pérennisation au-delà de cette date.

10.03 Véronique Salvi (cdH) : Cette convention est indispensable et je me réjouis qu'elle soit reconduite.

L'incident est clos.

Présidente: Mme Tinne Van der Straeten

11 Questions jointes de

- **Mme Katia della Faille de Leverghem à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de pédopsychiatres" (n° 1190)**
- **M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de psychiatres infanto-juvéniles" (n° 1324)**

11.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : Les médias dénoncent l'existence de listes d'attente dans le secteur de la pédopsychiatrie ainsi qu'une prise en charge insuffisante des patients et un manque de psychiatres. D'après certaines sources, il manquerait pas moins de 260 pédopsychiatres en Flandre à l'heure où les candidats en formation sont déjà peu nombreux. Un accord médico-mutualiste récent a prévu entre-temps davantage de moyens pour la pédopsychiatrie ainsi que le financement d'une recherche portant sur des trajets de soins envisageables pour les patients psychiatriques.

Comment la ministre compte-t-elle lutter contre cette pénurie aiguë de pédopsychiatres ? Existe-t-il des données chiffrées précises à l'échelle fédérale ? Cette carence est-elle prise en considération au moment de fixer le *numerus clausus* des étudiants en médecine ? La prise en charge des patients est-elle l'objet d'une concertation avec les Communautés ? Où en est la concertation avec le secteur s'agissant de la mise au point des trajets de soins ?

11.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : On s'est récemment beaucoup intéressé à la pénurie de psychiatres infanto-juvéniles. La Flandre ne compte actuellement que 160 psychiatres infantiles au lieu des 320 nécessaires.

Quelle est la position de la ministre en la matière ? Comment pense-t-elle résoudre ce problème de pénurie ? Une concertation est-elle en cours à ce sujet avec les Communautés ? Dans quel délai les travailleurs de la santé peuvent-ils être agréés en soins de santé mentale ?

11.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Les pronostics sur le marché de l'emploi indiquent une tendance à la pénurie en candidats jouissant d'une formation supérieure non seulement dans les soins de santé mais également dans d'autres secteurs. En ce qui concerne le métier de médecin, en termes absolus, le nombre des candidats est en baisse. Diverses instances des soins de santé étudient donc la possibilité d'utiliser des candidats jouissant d'une formation inférieure pour remplacer des candidats jouissant d'une formation supérieure. Des adaptations de l'ensemble des tâches sont également envisagées pour créer de la marge.

La question est encore à l'étude en médecine générale tandis que dans la profession infirmière, le mouvement s'est déjà amorcé. Peut-être conviendrait-il de réinscrire à l'ordre du jour la reconnaissance d'autres catégories professionnelles dans le secteur des soins de santé mentale.

Des moyens supplémentaires seront dégagés en 2008 pour les pédopsychiatres et les psychiatres juvéniles. Ils seront affectés à la revalorisation des honoraires de surveillance dans les services K, à l'augmentation du nombre de réunions d'évaluation et au financement d'une concertation multidisciplinaire dans le département.

Pour déterminer s'il est véritablement question d'un déficit, nous devons évaluer la situation sur la base de valeurs de référence, que nous pouvons retrouver dans la normalisation hospitalière ou dans le cadre de la planification de l'offre médicale. L'arrêté royal du 30 mai 2002 prévoit que 180 candidats qui souhaitent se spécialiser en psychiatrie infanto juvénile seront exemptés de contingentement jusqu'en 2012. Cela représente donc 12 personnes par an pour la Communauté flamande et six pour la Communauté française. Ces personnes s'ajoutent à celles qui peuvent se spécialiser dans le cadre du contingentement. Au cours de la période 2004-2006, 34 candidats flamands ont démarré leur formation.

Une série d'honoraires ont été revalorisés afin de rendre plus attrayante la spécialisation en psychiatrie. À cet égard, mon prédécesseur a procédé à l'élaboration de circuits de soins et de réseaux pour patients psychiatriques. Les projets lancés dans ce cadre doivent aboutir à une meilleure organisation et à une extension de l'offre de soins dans ce secteur. À cet effet, 15 millions d'euros ont été dégagés pour une période de trois ans. Depuis le 1^{er} avril 2007, des projets thérapeutiques sont en cours au niveau de l'INAMI, en concertation avec le secteur.

Plusieurs conventions ont été établies par le SPF Santé publique. Le Centre fédéral d'expertise s'occupera de la méthodologie, du développement, de l'évaluation des processus et de la rédaction des conclusions utiles à la mise en place d'une politique. Un module d'enregistrement a également été mis au point pour les prestataires de soins et des contrats ont été conclus avec les plateformes de concertation pour les soins de santé mentale ainsi qu'avec les organisations représentatives des patients et des familles. Toutes ces missions ont été lancées l'année dernière et courent jusque fin mars 2010. Les travaux font l'objet d'un suivi par un groupe de travail mixte, qui les réoriente le cas échéant.

11.04 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld) : J'espère que d'autres incitants encore seront mis au point afin qu'un plus grand nombre de jeunes choisissent cette spécialisation.

11.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La ministre pourrait-elle encore préciser quand la question de la reconnaissance des professionnels de la santé dans le cadre des soins de santé mentale sera inscrite à l'ordre du jour ?

11.06 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Je me représenterai devant la commission à cet effet.

L'incident est clos.

Présidente : Mme Murielle Gerkens.

12 Question de Mme Josée Lejeune à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets indésirables des nouveaux médicaments" (n° 1193)

12.01 Josée Lejeune (MR) : Le centre belge de pharmacovigilance (CBPH) signale la prématurité des autorisations de mise sur le marché de nouveaux médicaments. Au moment de l'enregistrement, la connaissance des effets secondaires serait limitée et le nombre de patients testés trop faible.

La revue française *Prescrire*, dans son numéro de décembre 2007, dénonce le manque de transparence quant au suivi des médicaments après leur commercialisation.

Comment réagissez-vous à ces constatations et comment remédier à cette situation ?

Quel est le suivi des signalements des effets secondaires ?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les nouveaux médicaments sont enregistrés sur base d'études cliniques portant sur un nombre restreint de patients. Les conclusions tirées sont analysées par la Commission d'enregistrement des médicaments à usage humain et, au niveau de l'Europe, par le Comité des médicaments à usage humain.

Lors de la mise sur le marché, le nombre d'utilisateurs augmente fortement. Il est donc important de suivre la « vie réelle » du médicament.

Au niveau européen, une banque de données (Eudragilance) est accessible à tous les Etats membres, un système d'échange d'informations fonctionne, des évaluations régulières sont faites et des mesures sont prises en cas de rapport défavorable.

Attendre que des millions de patients soient inclus dans des études cliniques causerait un retard énorme à l'accès à l'innovation et serait préjudiciable aux patients.

L'Agence fédérale des médicaments et produits de santé (AFMPS) demande aux professionnels de la santé d'assurer, à partir de janvier, un suivi particulier des médicaments commercialisés récemment et contenant un nouveau principe actif.

Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique va, dans son Répertoire commenté des médicaments, systématiquement attirer l'attention des prescripteurs sur le fait qu'il s'agit d'un nouveau médicament. La version papier, prévue pour avril, fera de même.

Dans les Folia Pharmaco Therapeutica, envoyées chaque mois à tous les médecins, sont incluses des fiches permettant de signaler des effets indésirables rencontrés. Le suivi des effets indésirables intègre également les données collectées dans les autres pays de l'UE ainsi que la communication obligatoire par les firmes pharmaceutiques de tout effet indésirable dont elles auraient eu connaissance. Le Centre belge de pharmacovigilance suit de près tout effet indésirable communiqué, dans les plus brefs délais.

Je ne suis donc pas inquiète de la qualité du suivi des spécialités pharmaceutiques dans notre pays.

12.03 Josée Lejeune (MR) : Je ne suis pas inquiète non plus, mais je pense que la vigilance est nécessaire pour les nouveaux médicaments.

L'incident est clos.

13 Question de M. Flor Van Noppen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la capacité d'accueil des hôpitaux en cas de pandémie" (n° 1221)

13.01 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA) : Début janvier, plusieurs hôpitaux ont tiré la sonnette d'alarme en raison d'une pénurie de lits hospitaliers. Le SPF Santé publique a déjà fait savoir que ce manque de capacité d'accueil ne constituait pas un problème structurel et était uniquement dû à la concomitance d'une épidémie des voies respiratoires et de l'afflux habituel en fin d'année.

Qu'advierait-il si une véritable pandémie venait à se déclarer ? Il y a quelques jours, l'OMS a mis en garde contre une pandémie de grippe aviaire, après la survenance de nouveaux cas en Égypte, en Israël et en Inde orientale. De combien de lits les hôpitaux belges disposent-ils en tout ? Quel en est le taux d'occupation moyen ? L'excédent de lit suffit-il à l'accueil de victimes d'une pandémie ? De quels plans d'urgence la ministre dispose-t-elle pour créer une capacité hospitalière suffisante en cas de pandémie ?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Madame la présidente, il s'agit d'une question très importante et vous m'excuserez pour la longueur de la réponse.

(En néerlandais) Il convient d'opérer une distinction entre l'augmentation inopinée du nombre d'admissions dans les hôpitaux pour des affections aiguës - une situation que nous avons connue la semaine dernière - et l'augmentation considérable du nombre d'admissions à la suite d'une pandémie.

Dans le premier cas de figure, chaque hôpital doit disposer, dans le cadre des normes d'agrément, d'un plan d'urgence approuvé par le gouverneur et visant à augmenter le nombre de lits. Les Régions doivent contrôler le respect des normes d'agrément.

Conformément aux recommandations formulées au niveau international, notre pays dispose d'un plan énumérant les mesures à prendre en cas de pandémie de grippe. Avant tout, les cas de maladie doivent être détectés rapidement et il convient d'éviter toute dispersion de la maladie.

En cas de pandémie mondiale, aucun pays ne dispose d'une capacité hospitalière suffisante. Seuls les patients gravement atteints, qui nécessitent par exemple une respiration artificielle, seront admis, tandis que les autres seront traités à domicile dans un maximum de cas.

Et même alors, le fonctionnement normal des hôpitaux peut se trouver perturbé, en cas, par exemple de maladie chez les prestataires de soins. C'est pourquoi les autorités publiques encourageront les hôpitaux à établir un *business continuity plan* visant à assurer un maximum de soins avec un minimum de possibilités.

Nous tâchons de trouver une explication au nombre d'hospitalisations. Les inspecteurs d'hygiène du SPF Santé publique ont constaté un taux d'occupation des lits trop élevé. Cela s'explique, d'une part, par une augmentation des infections des voies respiratoires, ce qui est normal en cette période de l'année. Et d'autre part, par le fait que les jours fériés ont engendré un report des hospitalisations prévues, phénomène encore une fois très temporaire. On n'observe toutefois pas de pénurie structurelle au niveau des lits d'hôpitaux. Notre pays compte actuellement 55.000 lits dans les hôpitaux généraux contre 56.500 lits au début de l'année 2000.

On note aussi une deuxième tendance favorable : la durée moyenne des hospitalisations continue à baisser et n'est plus que de 8,5 jours à peine. Cette tendance va cependant de pair avec une baisse du taux d'occupation à 80 pour cent.

Les inspecteurs provinciaux assurent un suivi continu et formulent des recommandations sur les admissions urgentes et moins urgentes. Ils devront aussi procéder à un inventaire des cas urgents difficilement prévisibles. A l'avenir, la réforme prévue au niveau de l'enregistrement des cas urgents permettra de réagir plus rapidement et de garder un aperçu de l'évolution des hospitalisations.

En cas de sur-occupation, pour augmenter la capacité d'admission, les hospitalisations programmées seront reportées. Le projet pilote Mobil Team permettra également d'augmenter le personnel de manière ciblée.

13.03 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA) : Il ne nous reste plus qu'à espérer que nous ne serons jamais confrontés à une pandémie.

L'incident est clos.

14 Questions jointes de

- **Mme Josée Lejeune à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis de l'Ordre des médecins sur l'hôpital militaire Reine Astrid" (n° 1222)**

- **M. Georges Gilkinet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élargissement de la loi sur les hôpitaux à l'hôpital militaire Reine Astrid et l'opportunité d'un transfert des soins de santé dans les prisons du SPF Justice au SPF Santé publique" (n° 1363)**

14.01 Josée Lejeune (MR): Les hôpitaux gérés par le ministère de la Défense ne tombent pas dans le champ d'application de la loi coordonnée sur les hôpitaux de 1987. Le médecin militaire, au contraire des médecins non militaires en activité, n'est pas légalement tenu de s'inscrire à l'Ordre des médecins, sauf s'il pratique l'art médical en dehors de son emploi militaire. Le Conseil national de l'ordre des médecins est

d'avis que cette distinction n'est plus justifiée et peut nuire à l'intérêt des patients. Il fait observer que la notion d'«emploi militaire » prête notamment à confusion.

Par ailleurs, le Conseil national constate aussi que l'hôpital militaire ne comprend pas que des médecins militaires. Certains médecins sont des médecins civils sans statut militaire et comme tels inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins. Il n'y a donc pas lieu, selon l'Ordre, de soumettre les médecins militaires et civils travaillant dans une même institution à des règles de déontologie et à une discipline différentes. Quelle sera la suite réservée à cette affaire ?

14.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : L'élargissement du domaine d'application de la loi sur les hôpitaux à l'hôpital militaire serait à mes yeux positifs pour les patients.

Une collaboration a été scellée entre l'hôpital militaire et l'hôpital Brugmann par convention qui pourrait peut-être répondre en partie aux questions que pose le Conseil de l'Ordre sur les obligations déontologiques des médecins et le respect par l'hôpital militaire de la loi sur les hôpitaux.

Par ailleurs, cette question en fait penser à une autre, à savoir la situation des détenus qui relèvent plutôt du SPF Justice que celui de la Santé publique. Cela pose question car les détenus perdent leurs droits en sécurité sociale et en soins de santé. Ils ne peuvent bénéficier du recours à leur médecin habituel et au suivi de leur dossier médical individuel. Dans les prisons, est-ce le SPF Justice ou le SPF Santé publique qui est compétent ?

Pouvez-vous me donner quelques explications sur la convention entre l'hôpital militaire et l'hôpital Brugmann ? Ne faudrait-il pas sortir le service des grands brûlés de la structure de l'hôpital militaire pour le rattacher à Brugmann ? Des concertations ont-elles eu lieu ou sont-elles programmées à ce sujet avec le ministre de la Défense ? Ne pourrait-on pas modifier la loi sur l'ordre pour faire en sorte que les médecins militaires soient tenus aux mêmes règles de déontologie que leurs collègues civils ? De même, ne serait-il pas utile et positif de transférer la gestion des soins dans le cadre des institutions justice vers la Santé publique comme on l'a fait précédemment pour les institutions de défense sociale ?

14.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je n'ai pas de tabou en la matière, mais il faudrait démontrer qu'un changement s'avère nécessaire pour des raisons de santé publique.

Tous les praticiens sont tenus de respecter la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients.

Par ailleurs, si les médecins militaires ne relèvent pas de l'ordre des médecins, il n'en reste pas moins qu'ils sont tenus de respecter des règles déontologiques strictes définies par l'hôpital militaire en concertation avec le ministère de la Défense. Ces règles sont précisément basées sur le code de déontologie médicale de l'ordre des médecins. Il n'y a actuellement pas de difficultés.

Un avis récent du Conseil national de l'ordre des médecins met en cause la distinction entre médecins militaires et non militaires. On peut envisager de mettre fin à cette exception pour veiller à un principe d'égalité, mais cela demande une réflexion avancée avec M. De Crem pour évaluer si les spécificités des forces armées sont rencontrées au cas où une telle modification serait réalisée.

Une convention a été établie entre l'hôpital militaire et l'hôpital Brugmann. Elle a pour but d'organiser une collaboration entre les deux établissements pour soutenir le Centre des grands brûlés. Elle ne lie toutefois pas la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. La collaboration lie seulement l'hôpital avec les autorités militaires.

Par ailleurs, le financement des centres des grands brûlés est réglé par un arrêté royal pris dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie invalidité. Par arrêté ministériel, le financement du centre des grands brûlés est subordonné au respect des normes des centres des grands brûlés. Cet arrêté permet également la possibilité de conclure une collaboration entre l'hôpital militaire et un hôpital civil.

Pour ce qui des détenus, des avancées ont déjà été faites. Des institutions particulières sont prévues pour les internés. Certaines structures vont être agrandies en Wallonie et d'autres vont être créées en Flandre en coordination avec les Communautés. Par ailleurs, la plupart des factures ont été transférées vers la Santé publique qui les prend en charge.

14.04 Josée Lejeune (MR) : J'interrogerai M. De Crem pour connaître son avis. Nous nous trouvons donc bien dans un régime dérogatoire à la loi de 1987 sur les hôpitaux. Sur quelle base cette dérogation a-t-elle été octroyée ?

14.05 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Je ne dispose pas du texte de loi ici mais l'exception doit certainement y être prévue.

14.06 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : J'entends que vous n'avez pas de tabous. M. De Crem dit à peu près la même chose mais il demande un peu de temps pour pouvoir analyser sérieusement la question. Applique-t-on à la Santé publique des logiques propres à la Défense ou suit-on des logiques propres à la Santé publique au département de la Défense ? Il est certes utile d'avoir une médecine militaire, un centre des grands brûlés, ainsi qu'une collaboration entre cet hôpital et un hôpital civil mais j'estime qu'on ne peut pas accepter l'idée de dérogations en matière de déontologie. En ce qui concerne la Justice, j'y reviendrai dans un cadre plus propice.

L'incident est clos.

15 Question de Mme Carine Lecomte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prescriptions en matière de bien-être animal dans les parcs zoologiques" (n° 1262)

15.01 Carine Lecomte (MR) : Dix-sept contrôles menés en 2007 ont révélé que tous les parcs zoologiques ne sont pas en ordre sur le plan des prescriptions en matière de bien-être animal. Quel était le degré des infractions constatées ? Étaient-elles délibérées ou dues à une méconnaissance de la loi ? Dans ce dernier cas, ne pensez-vous pas qu'une campagne d'information destinée aux exploitants de parcs zoologiques serait nécessaire ? De combien de temps disposent les exploitants pour se mettre en conformité avec la loi ? Enfin, quelles seront les sanctions prises contre les parcs en question ?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Le service « Bien-être animal » suit de très près la situation dans les parcs zoologiques. En 2007, huit avertissements et un procès-verbal ont été dressés. Il s'agissait essentiellement d'un non-respect des normes de détention des animaux ou de procédures légales non suivies.

En 2005, les responsables des parcs zoologiques ont tous reçu un compendium de la législation en vigueur. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, le service a conclu des accords précis et a défini des plannings d'aménagement. Depuis lors, il veille au respect de ces accords.

Deux collaborateurs sont affectés à la gestion des dossiers d'agrément et exercent les contrôles nécessaires. Des contrôles sont également réalisés en cas de plainte.

Les mesures à prendre et les délais sont imposés au cas par cas. En cas de non-respect, un procès-verbal est dressé, assorti d'amendes administratives ou de poursuites pénales.

D'autres mesures peuvent être prises telles que la fermeture totale ou partielle du parc ou des mesures immédiates si le bien-être animal est en danger.

15.03 Carine Lecomte (MR) : Je suis rassurée d'apprendre que les infractions constatées n'étaient pas de nature à mettre en péril les animaux. Les contrôles doivent être renforcés car ils constituent une garantie réelle pour les animaux.

L'incident est clos.

16 Question de M. Wouter De Vriendt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la découverte, en Israël, d'une variante de la grippe aviaire potentiellement dangereuse pour l'homme" (n° 1266)

16.01 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen!) : Le 3 janvier dernier, une variante du virus de la grippe aviaire dangereuse pour l'homme a été détectée en Israël, à proximité d'une école gardienne et près de la frontière avec le Liban et les territoires palestiniens. Une zone de surveillance d'à peine 3.000 mètres a été mise en place.

Ces informations sont-elles exactes ? Une concertation au niveau belge ou européen avec les autorités israéliennes a-t-elle eu lieu à ce sujet ? Quelles mesures ont été prises en Belgique ou en Europe contre l'apparition du virus ?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Des cas de grippe aviaire ont bien été signalés chez des animaux de compagnie dans un jardin d'enfants de la région d'Haïfa. Israël a pris des mesures pour créer une zone de protection de trois kilomètres et une zone de surveillance de dix kilomètres.

Il n'y a pas lieu de prendre contact directement avec les autorités israéliennes : ce sont les organisations internationales, tant l'OIE que l'OMS, qui sont en charge de ces contacts et de la transmission des informations.

La Belgique n'a pris aucune mesure spécifique puisqu'il n'existe pas d'importation de volaille vivante en Belgique à partir de cette région. En outre, les mesures belges sont activées en permanence.

L'incident est clos.

17 Question de M. Georges Gilkinet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des constatations d'effets secondaires d'un médicament anti-tabac, les mesures prises par le ministère de la Santé et l'information donnée aux patients" (n° 1267)

17.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : L'Agence européenne du médicament (Emea) a donné l'alerte à la mi-décembre concernant un médicament des laboratoires Pfizer destiné à arrêter de fumer et mis sur le marché en décembre 2006 : le Champix, dont l'usage augmente les risques de tentatives de suicides. L'Emea a demandé à Pfizer d'adapter les informations qu'il met à disposition pour le 19 décembre. La Belgique doit également prendre les mesures d'information et de précautions utiles. De même, il est important d'évaluer les nouvelles spécialités mises sur le marché.

Avez-vous été mise au courant de cette suspicion d'effets secondaires du médicament Champix ? Quelle a été l'attitude de l'Agence belge dans ce dossier ? Quelles mesures ont-elles été prises suite au communiqué de l'Emea ? L'Agence belge est-elle compétente pour vérifier la véracité des changements demandés au niveau européen ? Quelle procédure a-t-elle été mise en place pour vérifier que la firme a bien répondu à la demande de l'Emea pour les produits mis en vente sur le territoire belge ? Une attention particulière a-t-elle été accordée aux médecins de manière à solliciter leurs commentaires ? De quelle manière ? Quelle est la procédure mise en œuvre pour s'assurer que toutes les observations sont bien récoltées ? La mise sur le marché de ce produit a-t-elle été accompagnée d'un plan de gestion des risques en Belgique ?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La problématique des effets indésirables du Champix est bien connue de l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé. En novembre 2007, le groupe de travail de pharmacovigilance de l'Agence européenne des médicaments a été alerté par le Danemark suite à la communication d'effets indésirables de tendances suicidaires impliquant le Champix.

Lors de leur réunion du 19 décembre 2007, les experts européens de la pharmacovigilance ont estimé que les données n'étaient pas suffisantes pour établir un lien de causalité incontestable.

Suite au rapport des experts, le comité a décidé de la mise en place par Pfizer d'une étude clinique spécifique et de la modification par la firme du résumé des caractéristiques du produit et de la notice du

Champix. La procédure rendra probablement ses effets en mars prochain.

Les suspicions d'effets indésirables du Champix sont bien connues de mon administration, qui suit activement les travaux à ce sujet.

Un communiqué belge a été rendu public le 17 décembre 2007 via le site de notre Agence.

Le Champix a été autorisé en Europe via une procédure dite centralisée. La vérification de la mise en œuvre des modifications relève donc de l'Emea.

La récolte des notifications d'effets secondaires fait l'objet de nombreux travaux. L'Agence met actuellement en place un programme ambitieux de pharmacovigilance. Une action concrète a démarré le 1^{er} janvier 2008, qui encourage les professionnels à notifier les effets indésirables survenant avec des médicaments contenant un principe actif récemment commercialisé, dont fait partie le Champix.

Enfin, le plan de gestion du risque du Champix prévoit de collecter les données concernant des populations à risques non étudiées antérieurement. Les observations liées au risque de suicide n'étant apparues que récemment, l'Emea a donc décidé de demander à la firme concernée de réaliser une étude.

17.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : On peut s'interroger sur les études a priori des conséquences négatives des médicaments.

Il faut travailler avec des professionnels en les informant correctement des conséquences potentielles mais aussi en termes de recueil d'informations.

Pour le Champix, donnons-nous le temps d'étudier ses conséquences.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Tinne Van der Straeten à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque accru de leucémie auquel sont exposés les enfants habitant à proximité de centrales nucléaires" (n° 1302)

18.01 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!) : Fin 2007, une étude allemande a montré que les enfants qui vivent dans un rayon de cinq kilomètres d'une centrale nucléaire sont exposés à un risque de cancer majoré de 60 pour cent en général et de 117 pour cent en ce qui concerne la leucémie. Une autre étude, publiée à l'été 2007 dans le *European Journal of Cancer*, est arrivée à la même conclusion. Je n'ai pas connaissance d'études similaires menées en Belgique.

La ministre est-elle au courant de ces études ? Qu'en pense-t-elle ? De telles études ont-elles aussi été réalisées ou sont-elles prévues en Belgique ? Estime-t-elle ce type d'étude nécessaire ? Le cas échéant, quelle serait l'institution la mieux placée pour l'effectuer ? Notre pays dispose-t-il de données épidémiologiques confirmant ou infirmant les résultats d'études étrangères sur ce sujet ? Les données du registre du cancer peuvent-elles éventuellement servir de base à une telle étude ? La ministre tiendra-t-elle compte des résultats de la recherche nationale ou internationale dans son plan de lutte contre le cancer ?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'enquête menée par l'université de Mainz a montré que le risque de leucémie est plus élevé chez les enfants qui habitent à proximité d'une centrale nucléaire. Cependant, le dépassement mesuré de la limite prescrite pour la radioactivité n'était que de 0,3 millisievert (mSv) par an, alors que la valeur normale est de 2,0 mSv. De plus, l'étude n'a pas suffisamment tenu compte des facteurs confondants. J'ajouterai que, dans le passé, des études similaires n'ont pas donné de tels résultats.

En Belgique, nous ne disposons d'aucune indication épidémiologique confirmant ou infirmant ces résultats. L'Institut scientifique de la Santé publique pourrait toutefois mener une étude à ce sujet en collaboration avec le Registre du cancer. Il serait également intéressant de demander au Centre international de recherche sur le cancer de réaliser une étude prospective.

18.03 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!) : Compte tenu des effets pour l'environnement et le problème du cancer, il serait tout de même souhaitable de mener une telle étude. Selon moi, ces effets sont souvent sous-estimés. J'interrogerai le ministre Dewael sur l'opportunité éventuelle d'une collaboration avec l'AFCN dans ce domaine.

L'incident est clos.

19 Question de Mme Carine Lecomte à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maltraitance animale" (n° 1322)

19.01 Carine Lecomte (MR) : Une vache a dû être euthanasiée après qu'un individu s'est introduit dans son étable et l'a maltraitée à l'aide d'un bâton utilisé en guise de spéculum. Il semble que la police ne procèdera pas à une analyse génétique au motif qu'il ne s'agit que d'un animal.

Ne trouvez-vous pas que, dans des cas de cruauté extrême à l'encontre d'animaux, ce type d'analyse est capital ? Je précise également qu'une personne est fortement suspectée d'avoir commis ces faits.

19.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il s'agit d'une infraction très grave à la loi sur la protection et le bien-être des animaux. Comme vous, j'estime que tout doit être mis en œuvre pour que les responsables soient punis et pour éviter que de telles cruautés ne se répètent. Puisque vous évoquez un classement sans suite, je ferai parvenir l'information aux ministres de l'Intérieur et de la Justice.

19.03 Carine Lecomte (MR) : Je vous remercie. Je conclurai en citant Gandhi: « La grandeur et le progrès d'une nation se mesurent à la manière dont elle traite ses animaux. »

L'incident est clos.

20 Question de Mme Tinne Van der Straeten à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre croissant de cancers du poumon chez les femmes non-fumeuses" (n° 1356)

20.01 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!) : Des pneumologues néerlandais et belges ont constaté que le nombre de non-fumeurs qui contractent un cancer du poumon est en augmentation. Il s'agit de 10 à 15% des patients. Cette tumeur pulmonaire serait moins agressive que la tumeur des fumeurs et plus facile à traiter. Quelques professeurs de l'université de Louvain expliquent le phénomène essentiellement par la qualité de l'environnement : tabagisme passif, substances nuisibles sur le lieu de travail et qualité générale de l'air. Selon eux, une enquête plus approfondie est nécessaire pour pouvoir agir contre ce nouveau type de cancer du poumon.

Que pense la ministre de cette évolution du cancer du poumon ? Des recherches ont-elles déjà été réalisées sur les effets de la qualité de l'air ? Quels en furent les résultats ? La ministre se concertera-t-elle avec le ministre de l'Environnement et les Régions ? Où en est l'exécution du plan national Santé et Environnement ? Comment la ministre intégrera-t-elle ces informations au Plan cancer ?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je partage vos constats. La relation entre le cancer du poumon et les particules fines issues principalement des moteurs diesel est aujourd'hui confirmée. Les facteurs de risque et les causes de ce cancer sont connus : tabac, pollution, hérédité et génétique. Et, grâce au travail remarquable de la fondation Registre du cancer, nous disposerons bientôt d'une cartographie des cancers et d'un profil type des victimes.

Je viens d'entamer mon mandat et je mène actuellement des consultations afin de mieux connaître l'épidémiologie du cancer et les moyens mis en œuvre pour le prévenir, le dépister et le soigner. Prochainement, j'aurai une consultation avec mes collègues des entités fédérées responsables de la politique de santé en vue d'envisager leur participation au Plan national Cancer. Agir sur l'environnement est effectivement un des axes de travail pertinents et je n'exclus nullement une concertation avec tous les ministres compétents en la matière. Bien sûr, toutes les décisions ne pourront être prises avant la mi-mars.

A propos de l'état d'avancement du Plan national d'action environnement santé, je vous invite à consulter le site : portal.health.fgov.be.

Pour ce qui est du Plan national cancer, nous étudions actuellement la place des facteurs environnementaux.

20.03 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!) : Au dernier point, la réponse est peut-être un rien trop peu contraignante. Rares sont les pays qui sont à ce point exposés à des risques environnementaux. La pollution causée par un pays distributeur dont l'industrie est une grande consommatrice d'énergie est énorme. Dès lors, j'attends de la part du gouvernement qu'il prenne d'autres initiatives. Je propose de réexaminer l'avantage fiscal sur le diesel et sur les voitures de société. Ces mesures peuvent être très utiles si l'on veut intervenir sur les facteurs environnementaux. Mon groupe déposera les propositions nécessaires.

L'incident est clos.

Le **président**: Les questions n^{os} 1292 et 1293 de Mme Avontroodt sont reportées.

La réunion publique de commission est levée à 13 h 17.