

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 16 FÉVRIER 2011

WOENSDAG 16 FEBRUARI 2011

Après-midi

Namiddag

La discussion des questions est ouverte à 15 h 35 par M. Hans Bonte, président.

01 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "le moratoire de cinq ans sur les clones proposé par la Commission européenne" (n° 2026)

01.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): En octobre, la Commission européenne a proposé de suspendre pour cinq ans le clonage animal destiné à la production de denrées alimentaires en Europe et d'interdire l'importation d'animaux clonés et d'aliments issus de ces animaux. Ces mesures devraient être réexaminées après cinq ans.

Un système de traçabilité des importations de matériaux de reproduction pour les clones serait également envisagé. Ces mesures sont plus axées sur le bien-être des animaux que sur la sécurité des denrées alimentaires. Le taux de réussite du clonage est faible et provoque de nombreuses morts prématurées.

Pour les États membres et le Parlement européen, la proposition de la Commission ne va pas assez loin. Les États membres exigent l'interdiction de tous les produits issus de la descendance des clones et le Parlement demande l'interdiction de toute commercialisation de produits alimentaires issus d'animaux clonés ou de leur descendance.

Disposez-vous du rapport promis par le commissaire J. Dalli au Parlement européen début 2010? La Belgique a-t-elle pu avancer vers un consensus à ce sujet?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Le rapport de la Commission européenne qui concerne "le clonage à des fins de production alimentaire" a été adressé au Parlement et au Conseil. Il est disponible sur le site web de la Commission. Je vous ferai parvenir la déclaration que nous avons élaborée lors de la présidence belge sur base de ce rapport.

Des discussions sont toujours en cours. Dès qu'un accord sera obtenu, la déclaration deviendra un document commun du Parlement européen, du Conseil européen et de la Commission européenne. La Commission s'est aussi engagée à élaborer une législation spécifique qui couvrirait tous les aspects du clonage animal.

Au sein du Conseil, la plupart des États membres soutiennent les mesures présentées. Un groupe d'États membres souhaite des mesures additionnelles concernant les denrées alimentaires produites à partir des descendants d'animaux clonés. Au cours de la présidence belge, aucun accord du Conseil n'a pu être atteint, mais c'est une des priorités de la présidence hongroise.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la vente libre de la pilule du lendemain" (n° 2477)

02.01 Katrin Jadin (MR): Une étude de l'Université de Nottingham conclut que, dans les régions où la pilule du lendemain est en vente libre, le nombre de grossesses ne diminue pas mais que le nombre de MST, lui, augmente (12 % en dix ans chez les moins de 16 ans).

Existe-t-il des études comparables en Belgique? Arrivent-elles aux mêmes conclusions?

Ne conviendrait-il pas de renforcer les conditions d'accès à la pilule du lendemain, en vente libre en Belgique? Y a-t-il eu récemment une concertation avec les Communautés? Quelles ont été les mesures prises?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Je n'ai pas connaissance d'études de ce type en Belgique. Je ne pense pas qu'il soit opportun de limiter l'accessibilité des adolescentes à la contraception d'urgence.

Cependant, deux messages capitaux doivent accompagner la délivrance de cette contraception, qui doit rester occasionnelle: recommander à l'adolescente d'initier une méthode régulière de contraception (le remboursement pour les jeunes filles de moins de 21 ans s'inscrit dans cette logique) et insister sur le fait que la contraception ne dispense pas de prendre les précautions nécessaires, notamment contre les MST. Le pharmacien peut d'ailleurs jouer un rôle plus actif en la matière.

La politique de prévention relève des Communautés, avec lesquelles il n'y a pas eu de concertation ces derniers temps, mais cette question pourrait être examinée à la demande d'une d'entre elles. La Conférence interministérielle est présidée par la Communauté flamande.

02.03 Katrin Jadin (MR): On constate également une augmentation des IVG chez les moins de 16 ans. Des politiques de prévention devraient être menées de manière plus renforcée et plus cohérente.

L'incident est clos.

Le **président**: Mme Almaci demande le report de sa question n° 2480. Mme Fonck demande la transposition de sa question n° 2622 en question écrite.

03 Question de Mme Marie-Claire Lambert à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mention obligatoire de l'indication thérapeutique sur l'ordonnance" (n° 2624)

03.01 Marie-Claire Lambert (PS): L'Assemblée nationale néerlandaise se prononcera cette semaine sur l'obligation pour les médecins de mentionner, sur leur prescription, l'indication thérapeutique des médicaments – ceci pour 44 médicaments courants, dont le dosage varie sensiblement selon l'indication.

Il s'agit de mieux contrôler le dosage délivré, de permettre au pharmacien de mieux accompagner le patient, de mieux informer ce dernier et d'optimiser la gestion de la médication par les prestataires de soins à domicile.

Toutefois, des voix s'élèvent contre ce projet de loi, au regard d'une possible violation de la vie privée du patient.

Cette mesure a-t-elle déjà fait l'objet d'un débat en Belgique?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): En Belgique, nous avons privilégié la communication triangulaire entre le patient, le médecin et le pharmacien. Ce dernier a vu son rôle s'élargir, puisqu'il est

amené à préciser les modalités de prise en charge des médicaments et qu'il peut attirer l'attention du médecin sur certaines contre-indications ou incompatibilités médicamenteuses.

L'arrêté du 21 janvier 2009 prévoit la mise en place progressive d'un dossier pharmaceutique et d'un dossier de suivi des soins pharmaceutiques. Un consentement écrit du patient sera nécessaire pour l'ouverture de tels dossiers.

En Belgique, de nombreux médecins précisent sur les ordonnances le dosage souhaité et le nombre de prises quotidiennes. Il serait intéressant de consulter l'ensemble des acteurs de terrain sur la généralisation et les modalités de telles mesures.

La proposition néerlandaise est tout autre, puisqu'elle implique la transmission d'un diagnostic via l'ordonnance.

Une telle mesure devrait faire l'objet d'une étude approfondie, notamment sur le respect du secret médical et la protection de la vie privée. À ma connaissance, elle n'a pas encore été discutée par les acteurs de terrain belges.

Un médicament n'est pas toujours prescrit à un patient dans le cadre d'une seule indication et la posologie souhaitée par le médecin peut varier d'un patient à l'autre dans le cadre d'une même indication.

La triangulaire donne, pour le moment, de bons résultats. Une réforme profonde du mode de rémunération du pharmacien est intervenue, de même que ses obligations de conseil. Il serait intéressant d'en évaluer la concrétisation sur le terrain.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- **Mme Annick Ponthier à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les problèmes linguistiques dans les hôpitaux bruxellois" (n° 2645)**

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les médecins et les dentistes étrangers prestant en Belgique" (n° 2677)**

04.01 Annick Ponthier (VB): Récemment, une maman s'est présentée à l'hôpital universitaire Reine Fabiola à Bruxelles avec son nourrisson parce que celui-ci souffrait depuis plusieurs jours de fortes fièvres qu'aucune médication n'était parvenue à faire baisser. Elle s'est retrouvée en présence d'un médecin étranger capable de s'exprimer ni en néerlandais, ni en français, qui l'a envoyée sur les roses, contraignant la maman à s'adresser à un autre hôpital. Cette information, relayée par les médias, est-elle exacte?

La ministre a déjà réagi à cet incident dans la médias en précisant qu'en vertu d'une directive européenne, même les médecins étrangers sont tenus de maîtriser une langue nationale au moins, sans que cette obligation ne fasse toutefois l'objet d'un contrôle.

Confirmez-vous cette information? Quelles initiatives la ministre compte-t-elle prendre pour éviter que ce type de situation ne se reproduise?

04.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Des médecins viennent d'autres pays pour remplacer nos médecins à nous pendant les week-ends et les périodes de garde. Ce n'est pas la même chose que de dire qu'un hôpital engage un médecin étranger pour venir travailler tant de mois sur notre territoire. Ces médecins prestant sous le nom du médecin officiel de garde qu'ils remplacent.

Une telle pratique est-elle légale? A-t-on un nombre précis des médecins qui effectuent ces remplacements?

Connaît-on les hôpitaux et les spécialités concernés? A-t-on des garanties d'équivalence de diplômes? Qu'en est-il des responsabilités en cas d'erreurs commises dans ces conditions? Existe-t-il des différences à ce sujet entre médecins et dentistes, par exemple? Ont-ils les mêmes obligations? Sont-ils sous la même législation?

04.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): J'ai également pris connaissance des faits par le biais de la presse. J'ai également lu la réaction publiée par la direction de l'hôpital, dans laquelle cette dernière conteste les plaintes émises à l'encontre de l'établissement et du médecin.

Tant la directive européenne que la loi de 2008 et l'arrêté royal n° 78 obligent les prestataires de soins dont le diplôme est reconnu à maîtriser les langues nécessaires à l'exercice de leur profession. En Belgique, ces dispositions signifient que les prestataires concernés doivent connaître le néerlandais, le français ou l'allemand. Ni la directive, ni la loi ne prévoient une obligation de se soumettre à des tests linguistiques ou à une procédure d'évaluation spécifique. Il s'agit par ailleurs d'une exigence indépendante de la reconnaissance des aptitudes professionnelles. Selon les institutions européennes, les compétences linguistiques doivent pouvoir être contrôlées par tous les moyens et sans restriction. Il convient également de respecter le principe de proportionnalité. Même si les épreuves linguistiques ne sont pas exclues, elles ne peuvent être utilisées systématiquement et sont subordonnées à tout autre moyen de preuve.

Nous sommes occupés à étudier la question de savoir comment ces épreuves pourraient être intégrées à d'autres examens et contrôles pouvant ou devant être organisés dans le cadre de l'application de cette directive. Cette matière est complexe étant donné que la directive dispose que chaque dossier doit faire l'objet d'un examen au cas par cas et que certains dossiers doivent entraîner une reconnaissance automatique.

Cette question s'inscrit dans le cadre d'une réflexion plus large sur la transposition de cette directive. La Commission européenne a en effet adressé à la Belgique une mise en demeure à ce sujet car elle estime que notre pays soumet les prestataires de soins de l'UE à un système de reconnaissance trop strict.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients précise que la communication avec le patient doit s'effectuer dans un langage clair. Le prestataire de soins doit donc veiller à ce que le patient le comprenne.

En ce qui concerne les différentes procédures de reconnaissance des diplômes étrangers, je me réfère à l'arrêté royal n° 78 ainsi qu'à la loi du 12 février 2008.

(*En français*) Votre question concernait le fait que certains prestataires de soins encodent des prestations au nom d'autres prestataires.

Je signale que les médecins en formation utilisent des attestations de soins de leurs maîtres de stage et doivent noter: "Sur ordre de". Ces actes sont donc administrativement comptabilisés comme des actes de leurs maîtres de stage, qui en assument la supervision et la responsabilité. Or, ces médecins en formation, belges ou étrangers, sont souvent les premiers contacts avec les patients en médecine d'urgence.

En dehors de ces hypothèses, il s'agirait de faux et usage de faux, infractions pénales et contraires à la déontologie de ces prestataires de soins.

Enfin, je rappelle qu'en vertu de la loi sur les hôpitaux, la responsabilité générale pour l'activité hospitalière incombe au gestionnaire.

04.04 Annick Ponthier (VB): En ce qui concerne les faits, les personnes concernées confirment donc apparemment leurs versions respectives. L'incident démontre toutefois qu'il n'existe encore aucun régime linguistique satisfaisant dans les hôpitaux bruxellois. Le Vlaams Belang dénonce depuis des années déjà les infractions inadmissibles à la législation linguistique et le manque absolu de courtoisie linguistique à Bruxelles. Des millions d'euros sont dégagés chaque année pour les hôpitaux publics dans une Région constitutionnellement bilingue. Le Vlaams Belang a déposé deux propositions de loi pour mettre fin aux infractions aux lois linguistiques. Ces propositions pourraient peut-être inspirer l'administration dans sa

recherche de solutions.

04.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Cela signifie-t-il que ceux qui viennent prester les week-ends ont une équivalence de diplôme et qu'il est possible de répertorier leurs prestations?

La compétence de ces médecins doit être garantie. De plus, on constate qu'il y a des pénuries, compensées par des extérieurs, alors que l'exercice de la médecine est refusé à des étudiants qui ont terminé leur cycle ici.

04.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je rencontre cette problématique dans ma réponse à la question n° 2805 de Mme Rita De Bont, qui concerne le nombre élevé de médecins roumains exerçant leur profession en Belgique.

04.07 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): C'est autre chose: des médecins viennent prester en Belgique cinq ou six mois mais il y a équivalence et reconnaissance des diplômes. Ce qui veut dire qu'on peut répertorier toutes ces prestations exercées par des médecins étrangers. Indiquent-ils aussi "en charge de..."? Cela, c'est uniquement pour les médecins en formation, pas pour les autres ... En principe, ils doivent le faire en leur nom.

04.08 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Ces médecins ne peuvent réaliser que certains actes. Réalisent-ils les actes prescrits? Je n'en sais rien. C'est interdit par la loi et je n'ai pas de statistiques en la matière. Par contre, les médecins qui font leur spécialisation – belges ou étrangers – peuvent réaliser une série d'actes sous la responsabilité de leur maître de stage.

04.09 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): J'ai quand même l'impression qu'il y a des prestations qu'on ne peut pas vérifier. Y a-t-il une différence dans l'équivalence de diplôme ou dans les autorisations pour recourir à des médecins ou dentistes étrangers?

04.10 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je ne sais pas.

L'incident est clos.

05 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le suicide des personnes âgées" (n° 2676)
- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le titre professionnel d'infirmier(ère) gériatrique" (n° 2759)

05.01 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): À Namur, a eu lieu une journée intéressante, associant la Région wallonne, la COCOF et la Communauté française, consacrée au suicide et à la tendance suicidaire des personnes âgées. Il n'y avait pas de représentant du fédéral. Les aspects sociaux et de santé publique n'y étaient pas abordés.

Existe-t-il des programmes fédéraux avec les Régions et Communautés pour lutter contre la tendance suicidaire assez fréquente chez les personnes âgées? Quelles politiques menez-vous pour améliorer le goût de vivre des aînés?

05.02 Nathalie Muylle (CD&V): Ma question concerne la reconnaissance du titre professionnel et de la qualification professionnelle d'infirmier(ère) gériatrique. Le délai dans lequel la commission d'agrément doit rendre un avis à ce sujet aurait été dépassé dans plusieurs centaines de dossiers.

La ministre est-elle informée de ces difficultés? Pourquoi la commission met-elle tant de temps à rendre son avis? Est-ce dû à des problèmes de personnel? Ce titre est-il aujourd'hui attribué automatiquement? Les primes auxquelles il donne droit sont-elles octroyées avec effet rétroactif?

05.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je vais répondre brièvement à votre question, qui est similaire à celle que posera demain M. Beuselinck en séance plénière.

Le risque de suicide est significativement plus élevé chez les personnes âgées que dans tous les autres groupes d'âge; c'est pourquoi j'applaudis l'initiative de la Communauté française et de la Région wallonne. La collaboration entre tous les acteurs des soins de santé aux personnes âgées et des soins de santé mentale est effectivement importante.

Un groupe de travail "suicide" avait été mis en place au sein de la CIM afin d'harmoniser les pratiques. J'espère que nous pourrions prochainement aborder le sujet, mais l'initiative en revient à la Communauté flamande, qui en assume actuellement la présidence.

La détection précoce des patients à risques, dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins, constituerait une première étape.

Depuis 2006, un outil d'évaluation, le BelRAI, est actuellement testé dans le cadre des différents projets expérimentaux menés dans notre pays. Cet instrument détecte entre autres la dépression, la perte d'autonomie ainsi que la qualité de vie. Le rapport final est attendu pour le dernier trimestre 2011.

Une attention est particulièrement accordée à l'emploi du temps des résidents afin d'être bien sûr que chacun participe aux activités.

Les mesures visant à l'attractivité de la profession de gériatre et d'infirmiers gériatriques sont récentes. La formation pour obtenir une spécialisation en gériatrie demande plusieurs années pour les médecins et un an pour les infirmiers désireux d'acquérir le titre professionnel particulier en gériatrie. La qualification particulière n'exige que 150 heures de formation complémentaire.

Concernant les infirmiers, j'ai préparé un arrêté ministériel qui prolongera les mesures transitoires permettant aux infirmiers qui peuvent attester d'une expérience professionnelle acquise et définie d'acquérir le titre ou la qualification moyennant moins d'heures de formation. Cet arrêté prendra également en compte l'expérience professionnelle dans les maisons de repos et de soins d'au moins 25 lits.

La gestion en affaires courantes pose le problème de la publication d'un tel arrêté. L'octroi d'une prime annuelle depuis 2010 pour les infirmiers spécialisés travaillant en gériatrie ou en maison de repos et de soins vise également à attirer des candidats. Un accroissement du nombre de prestataires ne pourra être observé que dans deux à trois ans pour les infirmiers et six ans pour les gérâtres.

En termes épidémiologiques, il y a lieu de distinguer le besoin, la demande et la consommation. Il n'existe actuellement aucun outil scientifique permettant d'évaluer correctement les besoins. Par contre, la consommation de soins peut être mesurée, mais pour avoir des données fiables dans le cadre des nouveaux programmes de soins en gériatrie, il faudra également patienter. La loi prévoit que le cadastre des professions ne soit qu'un enregistrement de l'offre de soins de travailleurs de la santé individuels.

Pour les médecins, cette offre est parfaitement connue; pour les infirmiers, ce n'est qu'en 2010 que les chiffres d'infirmiers ont été publiés pour la première fois en Belgique (174 titres et 164 qualifications en gériatrie délivrés en 2009). L'enregistrement des *licenses to practice* est une première étape pour enrichir le cadastre.

Sur base de cette liste, la tâche est poursuivie par couplage avec d'autres sources d'informations. Les premiers résultats du travail sont attendus dans le courant de cette année. Il s'agira tout d'abord d'une description de la situation en termes d'offre. Une confrontation de l'offre et de la consommation au niveau

macro sera réalisée dans le modèle de calcul de la Commission de planification. L'importance de la pénurie pourra alors être estimée plus clairement.

(En néerlandais) Le délai accordé à l'administration pour préparer les dossiers relatifs à l'attribution du titre professionnel et aux compétences professionnelles particulières en gériatrie est de deux mois. La commission d'agrément dispose, quant à elle, de trois mois. Il reste ensuite à suivre l'avis rendu.

Les dossiers traités dans le cadre des mesures transitoires sont complexes. Les mêmes administration et commission d'agrément doivent traiter les dossiers des aides-soignant(e)s et les autres titres et compétences professionnelles particulières du personnel infirmier. Mon administration fait tout ce qui est en son pouvoir pour respecter les délais, mais elle privilégie la qualité. Le personnel de la cellule chargée des médecins va lui prêter main forte pour réduire l'arriéré.

En 2010, j'ai demandé de renforcer l'administration qui gère cette matière. Le comité de direction a pu apporter une amélioration provisoire mais pas structurelle. Les limites budgétaires ne permettent pas d'en faire davantage. Je rappelle que cette procédure est gratuite.

Les membres de la commission d'agrément du CNAI assument leur mission contre une rémunération modeste en plus de leurs activités professionnelles d'infirmier ou d'infirmière.

Lors de chaque séance, outre la question des aides-soignant(e)s et quelques avis sur la mobilité internationale, la commission traite un nombre considérable de dossiers relatifs à la gériatrie, à l'oncologie, aux soins intensifs et aux soins d'urgence. La commission est saturée, même si le nombre de réunions a été augmenté. La priorité va aux aides-soignant(e)s.

J'ai proposé d'organiser la nouvelle commission d'agrément et ce dossier progresse.

Il n'y a pas d'octroi automatique d'un titre professionnel ou d'une qualification professionnelle.

Fin 2010, en gériatrie, 408 titres professionnels particuliers et 353 qualifications professionnelles particulières avaient été agréés. Le 31 janvier, dans le secteur de la gériatrie, il restait 367 demandes de titres professionnels particuliers et 481 demandes de qualifications professionnelles particulières à traiter.

05.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): La réforme "Santé mentale" et l'évaluation du test de détection sont des pistes.

N'est-il pas possible d'inclure dans le projet de loi portant des dispositions diverses une qualification facilitée pour les infirmiers gériatriques? Y a-t-il une date prévue pour les résultats du travail actuel de la Commission de planification au sujet du modèle d'évaluation de l'offre en infirmiers gériatriques?

Lors des journées de Namur, on a mis en évidence l'intérêt de travailler sur ce qui fait que les personnes âgées se sentent bien dans leur peau plutôt que d'attaquer directement la dépression et la dévaluation.

05.05 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)*: Ce n'est pas tellement une initiative légale mais une initiative réglementaire.

05.06 Nathalie Muylle (CD&V): Les chiffres de la ministre correspondent plus ou moins à ceux que j'avais. Quelque 900 personnes attendent depuis huit ou neuf mois déjà. Mme Gerkens a clairement montré que leur présence sur le terrain était nécessaire, particulièrement en gériatrie, un secteur apparemment moins attrayant pour le personnel infirmier.

Espérons que le renforcement prévu de l'administration permette de combler rapidement le retard accumulé.

05.07 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)*: Cela renforce mon sentiment qu'entre les slogans et les

nécessités de terrain, il y a un grand écart.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'évaluation d'eHealth" (n° 2681)

06.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Une étude sur l'état d'avancement d'eHealth dans douze États membres européens montre que la Belgique n'occupe que la septième place du classement. Les standards de notre système de santé sont élevés mais nous n'accordons que trop peu la priorité à l'innovation. Pourtant, le traitement électronique des données permet d'améliorer l'efficacité tout en réduisant les coûts. La ministre en est manifestement consciente puisque sa politique est notamment axée sur l'implémentation de la plateforme eHealth.

Était-elle au courant de cette étude? Que pense-t-elle de l'évaluation moyenne du système de traitement électronique des données dans le système belge des soins de santé? Reconnaît-elle aussi l'urgence d'une collaboration et d'une interaction plus importantes entre les personnes qui doivent gérer la plate-forme?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): L'étude, baptisée TEMPEST, a pour objectif premier d'évaluer la transition effective des systèmes de santé vers un système où la technologie joue un rôle de simplification essentiel. Actuellement, les résultats ne sont pas totalement représentatifs parce que les données de référence pour les différents pays ne couvrent pas la même période. Pour la Belgique, l'observation a porté sur la situation de 2008 et 2009. Si l'on devait recommencer l'étude aujourd'hui, le classement serait totalement différent. Les importants efforts consentis, comme le déploiement des réseaux de santé et l'introduction de la prescription électronique, commencent seulement à porter leurs fruits.

De plus, le score a été attribué sur la base de données publiques ce qui, en Belgique, mène inévitablement à une évaluation différente des avancées. Ajoutons que certains indicateurs négatifs comme la proportion de la population utilisant l'internet, la gestion électronique des données des patients, le développement des e-services etc., sont malaisés à interpréter dans le contexte belge.

Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

L'étude analyse également l'intégration d'une politique eHealth dans un cadre européen et international. Il est question d'une évolution rapide. La Belgique a pris part au projet epSOS et dirigera l'une des composantes de la nouvelle initiative européenne relative à la gestion en matière d'e-santé. Dès lors, nous devons nuancer fortement les résultats de l'étude, d'autant plus que d'autres enquêtes récentes indiquent une progression rapide au cours des dernières années. Les principales recommandations de l'étude sont déjà appliquées en Belgique, surtout en ce qui concerne le soutien aux initiatives locales et régionales. L'équipe de recherche sera bientôt contactée pour faire évoluer les choses.

06.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Je me réjouis que les chercheurs seront contactés pour examiner la situation actuelle. Ce sont eux, d'ailleurs, qui ont fait état de la bonne organisation des soins de santé. L'analyse a porté sur 84 indicateurs différents. La ministre pourrait peut-être aussi indiquer clairement aux chercheurs que la situation en Belgique n'est assurément pas simple.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Karin Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le centre de psychiatrie légale à Gand" (n° 2697)

07.01 Karin Temmerman (sp.a): En octobre 2010, j'ai demandé à M. De Clerck où en était le dossier d'appel d'offres pour l'exploitant du centre de psychiatrie légale de Gand. Il a déclaré à l'époque que la décision avait déjà été prise mais devait encore être inscrite formellement à l'ordre du jour. La construction du centre commencerait en mai 2011.

A-t-on déjà une idée de l'exploitant potentiel?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Il faut rapidement désigner un exploitant pour le CPL de Gand et j'ai insisté sur ce point à plusieurs reprises auprès de mon collègue M. De Clerck. Je n'ai pas encore connaissance de candidats-exploitants, mais j'ai transmis mes observations en la matière au cabinet de la Justice le 19 novembre 2010. Une réunion est programmée le 18 février et je pourrai donc vous en dire plus lors d'une prochaine réunion.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la médiation dans le secteur des soins de santé" (n° 2314)

08.01 Colette Burgeon (PS): Le directeur de programme au sein de l'OMS, le professeur Yvo Nuyens, a récemment plaidé pour un nouveau système de traitement des plaintes dans le secteur des soins de santé. La Fondation Roi Baudouin mène également, dans ce domaine, d'importants travaux. Depuis 2002, notre législation s'est étayée de dispositions remarquables en termes de droits du patient et diverses mesures ont été prises pour les garantir.

Connaissez-vous les remarques du professeur Nuyens et pouvez-vous nous en livrer un bref aperçu? Vous semblent-elles pertinentes?

Quelles sont les suites à donner aux recommandations et à la suggestion de refonte du système actuel de médiation, développées par la Fondation Roi Baudouin dans l'étude intitulée *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé – Vers un nouveau système en Belgique*?

Ces recommandations sont-elles évaluées et intégrées par la Commission fédérale "Droits du patient"?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): J'ai pris connaissance de l'article du professeur Nuyens qui se base sur les rapports de la Commission fédérale "Droits du patient", de la Fondation Roi Baudouin et sur les recommandations du Vlaams Patiëntenplatform. Il souligne une augmentation du nombre de plaintes et présente les difficultés rencontrées par la médiation. Il conclut en résumant succinctement la proposition de la Fondation Roi Baudouin.

La Fondation propose une refonte complète de la fonction de médiation; ce qui semble impossible à intégrer actuellement, avec un gouvernement en affaires courantes. J'ai chargé la Commission fédérale "Droits du patient" de rendre un avis sur le rapport de la Fondation et d'en relever les propositions les plus pertinentes. Ensuite, je demanderai à mon administration de proposer une réforme. Nous verrons alors s'il est possible d'agir.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les bébés-médicaments" (n° 2699)

09.01 Colette Burgeon (PS): La France vient d'annoncer la naissance de son premier bébé-médicament, dont la compatibilité permettra une greffe de sang de cordon ombilical prélevé à la naissance pour soigner un de ses aînés atteint d'une maladie génétique grave.

Comment les parents auraient-ils réagi si aucun des embryons sains n'avait été compatible avec l'aîné à sauver? Comment ce bébé réagira-t-il en apprenant l'histoire de sa conception? Le coût exorbitant de ce processus pose la question de son accessibilité et de la limite acceptable pour éviter une dérive eugénique.

Quelle est la pratique en Belgique? Que prévoit la loi? Combien de bébés-médicaments sont-ils nés en Belgique? Un suivi psychologique est-il proposé aux parents?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je déteste ce nom de "bébé-médicament".

En Belgique, la loi du 6 juillet 2007, relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes, autorise exceptionnellement le diagnostic génétique préimplantatoire dans l'intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né ou des auteurs du projet parental. Le centre de fécondation doit s'assurer que le seul objectif du projet n'est pas thérapeutique, estimation qui doit être confirmée par le centre de génétique humaine consulté. C'est aux différents centres de fertilité d'examiner chaque dossier et d'autoriser ou non ce type de fécondation et d'en assurer le suivi médical et psychologique.

D'après le seul centre de fertilité actif dans ce domaine en Belgique, celui de l'AZ-VUB, trente bébés seraient nés sur notre territoire; la proportion de couples belges et étrangers ne nous est pas connue.

09.03 Colette Burgeon (PS): S'il y a deux ou trois enfants malades, il est difficile de savoir si les parents souhaitent réellement avoir un nouvel enfant. On peut difficilement aller plus loin au niveau de la loi.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): On parle également de "bébés-espoir". C'est bien plus beau!

L'incident est clos.

10 Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les réseaux de soutien psychosocial" (n° 2700)

10.01 Manu Beuselinck (N-VA): L'arrêté royal de 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention oblige les communes à se doter d'une structure capable d'assurer une aide psychosociale en cas d'urgence. Une telle aide peut être apportée par un réseau de services locaux capables d'intervenir lorsque les services psychosociaux existants ne peuvent apporter une aide suffisante en raison du caractère urgent, massif ou inattendu de l'aide nécessaire.

Les personnes qui travaillent au sein d'un tel réseau sont presque toutes des bénévoles. Les villes et communes sont obligées de souscrire une assurance en responsabilité civile à leur intention, mais l'assurance "accidents de travail" n'est pas obligatoire.

Le 22 avril 2010, une concertation a eu lieu à ce sujet entre Ethias et le SPF Santé publique. La société Ethias s'est alors engagée à produire un document qui pourrait servir de base à l'élaboration d'une réglementation générale. Mais, à ce jour, ce document n'a toujours pas été finalisé.

Quelle initiative la ministre envisage-t-elle en la matière?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): La loi prévoit effectivement que les volontaires d'un réseau de soutien psychosocial doivent également être assurés. Le service Gestion de crise de mon administration s'est mis en rapport avec Ethias pour examiner ce problème et Ethias nous a remis une note à la fin du mois de novembre. Sitôt que mon administration m'aura adressé cette note et l'analyse juridique qu'elle en aura faite, je serai en mesure de diffuser cette note, ce à quoi je m'attellerai à brève échéance.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les sapiteurs psychiatres de l'Office médico-légal" (n° 2739)

11.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): L'Office médico-légal (OML) est chargé d'évaluer pour l'État l'invalidité des victimes de guerre.

De quel budget dispose-t-il pour effectuer les expertises psychiatriques? Comment sont choisis les psychiatres sappeurs de l'OML? Quelles sont les missions qui leur sont confiées? De combien de temps disposent-ils pour leurs investigations? Quel est le montant de leurs honoraires? Pourquoi une victime civile de la guerre habitant Bruxelles doit-elle se rendre à Montignies-sur-Sambre pour un examen de son invalidité alors que 306 psychiatres francophones exercent à Bruxelles?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Le budget global 2011 de l'Office médico-légal est de 598 000 euros. Il n'a pas de subdivisions liées aux examens psychiatriques.

Les sappeurs psychiatres de l'OML sont, comme médecins experts, agréés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Le président de l'OML présente au ministre la liste des candidats après avis du collège de jurisprudence médico-légale.

L'OML demande aux sappeurs psychiatres d'émettre un avis médical circonstancié sur mission des administrations demandereses. Ils disposent d'un délai de deux mois.

En ce qui concerne leurs honoraires, l'OML applique les dispositions de l'arrêté royal du 23 décembre 1975, à savoir: "les prestations médicales accomplies par les médecins non fonctionnaires (...) sont honorées suivant le tarif des prix applicables en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité", soit 61,32 euros au 1^{er} janvier 2011.

Trois spécialistes en psychiatrie sont actuellement agréés, mais ils refusent aujourd'hui de travailler au tarif prescrit. Un seul psychiatre francophone est disposé à travailler à ces tarifs. Il pratique à Montignies-sur-Sambre. C'est évidemment un problème. Il conviendra de voir ce qu'on peut faire en tenant compte évidemment du budget.

11.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Le seul psychiatre qui accepte de travailler n'est pas agréé. Cela pose un problème légal. Ne faudrait-il pas lancer un appel à candidats? Cela ne signifie-t-il pas qu'il est impossible d'accomplir ce travail pour ce montant-là? Les victimes de guerre sont maintenant très âgées. Se rendre à Montignies-sur-Sambre n'est pas très facile pour elles. Il faut rapidement trouver une solution plus pratique.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Mon administration a rencontré un maximum de psychiatres. Mais ils ne veulent pas travailler à ce tarif-là.

11.05 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Il est très bas!

11.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Oui, mais c'est comme ça. Ces tarifs ont toujours posé un problème quand il s'agit de trouver des candidats qui gagnent beaucoup plus dans le privé. Je le sais bien, mais on ne peut pas demander de faire des économies partout pour ensuite augmenter chaque fois les dépenses. Il faut faire des choix.

L'incident est clos.

12 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mise en œuvre d'une enquête épidémiologique autour des sites nucléaires belges" (n° 2746)

12.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): C'est durant l'été 2008, après un incident à l'Institut des radio-éléments, que votre collègue M. Magnette nous informait qu'une étude épidémiologique serait entreprise.

En 2010, vous m'affirmiez que l'ISP (Institut scientifique de Santé publique) avait été chargé de réaliser une étude épidémiologique à l'échelle nationale sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site

nucléaire (Tihange, Fleurus, Mol, Doel mais aussi Chooz, à la frontière française, et Borssele, à la frontière hollandaise). L'étude serait réalisée avec les données du Registre national du cancer.

Pouvez-vous m'indiquer le calendrier de travail de l'ISP par rapport à cette enquête? Dispose-t-on de premiers résultats? Quels moyens financiers et humains sont-ils mis à disposition de l'ISP pour réaliser cette enquête? Un comité d'accompagnement a-t-il été mis en place? Des scientifiques indépendants et des représentants des communautés locales y sont-ils associés? Quelle publicité l'ISP compte-t-il donner aux résultats de cette enquête? Pour ce qui concerne les centrales de Chooz et de Borssele, une collaboration est-elle envisagée avec les autorités françaises ou néerlandaises?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): À l'automne 2008, j'ai chargé l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) de réaliser une étude épidémiologique à l'échelle nationale sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire. Le cadre de cette étude a été défini en concertation avec différents partenaires (Agence fédérale de contrôle nucléaire, Registre national du cancer et SPF Santé publique). La Fondation Registre du cancer a réalisé un premier recensement statistique basé sur les données nationales des années 2004 à 2006.

L'ISP a démarré son étude début 2010. À la demande de nombreux médias, j'ai communiqué, le 25 mars 2010, les premiers chiffres d'incidence. Les premières données montraient une importante disparité Nord-Sud ainsi que d'énormes disparités au sein d'une même zone. J'ai alors chargé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) d'examiner le processus de diagnostic de ces maladies.

Une nouvelle mise à jour des données du Registre national du cancer est disponible depuis le 10 février dernier. L'Institut scientifique de santé publique analyse pour l'instant ces nouvelles données. Vu la rareté des maladies concernées, il est important de disposer d'une base de données la plus complète possible afin de tendre vers des conclusions statistiquement valables.

Un premier rapport partiel est attendu pour fin juin 2011. Le rapport final de l'ISP intégrera les résultats de l'étude réalisée par le KCE concernant les pratiques pour le diagnostic et la thérapeutique liés aux troubles thyroïdiens en Belgique. Le résultat final de ces travaux menés par l'ISP, la Fondation Registre du cancer et le KCE sera validé par un comité d'accompagnement composé d'experts nationaux et internationaux. Le rapport définitif de l'étude épidémiologique est donc attendu pour la fin de cette année ou le début 2012.

Quant aux moyens financiers et humains mis à la disposition de l'ISP pour réaliser cette enquête, il s'agit d'un médecin (un mois équivalent temps plein); en 2006, un médecin (deux mois) et un statisticien (un mois équivalent temps plein). En 2011, un médecin et un biologiste vont prêter ensemble six mois d'équivalent temps plein et un statisticien trois mois. Aucun moyen financier n'a été spécifiquement mis en œuvre pour la réalisation de cette étude.

Les données du Registre du cancer ont été fournies sans frais à l'ISP, dans le cadre d'une collaboration. S'agissant de la centrale de Chooz, le besoin d'une collaboration ne s'est pas fait sentir, l'ISP détenant toutes les données nécessaires.

12.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Pour la collaboration avec les autorités françaises ou néerlandaises, au-delà des informations qu'elles pourraient nous fournir, c'est peut-être la Belgique qui pourrait les renseigner utilement afin qu'elles revoient, le cas échéant, leur politique nucléaire.

L'incident est clos.

13 Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "une prime informatique pour le personnel infirmier" (n° 2758)

13.01 Manu Beuselinck (N-VA): Conformément à l'arrêté royal du 21 avril 2007, les infirmiers et infirmières perçoivent, moyennant le respect de certaines conditions, une intervention financière d'environ 800 euros par

an pour l'utilisation d'un logiciel homologué permettant notamment la gestion des dossiers des patients. Cette indemnité doit être redemandée chaque année et le fournisseur du logiciel doit confirmer que l'infirmier ou infirmière possède effectivement le logiciel.

Le contrôle de l'exactitude des demandes d'intervention est-il systématique ou aléatoire? L'exigence de posséder le logiciel signifie-t-elle qu'il convient de détenir une licence d'utilisation du logiciel et d'utiliser ce dernier dans le respect strict des dispositions de la licence? Combien d'interventions ont été accordées en 2006 et les années suivantes dans les trois Régions? Pourriez-vous me fournir des chiffres distincts pour les interventions octroyées à des ASBL?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Il est vérifié systématiquement si les demandes ont été complétées exhaustivement et si elles ont été signées par l'infirmier et par le fournisseur de logiciels. Les services de contrôle de l'INAMI peuvent procéder à des contrôles ciblés, mais cela n'a pas encore été le cas jusqu'ici. Les infirmiers doivent effectivement posséder et utiliser un ensemble homologué de logiciels, qu'ils gèrent directement ou indirectement. Le fournisseur de logiciel confirme la possession de la licence sur le formulaire de demande mais celle-ci ne doit pas forcément être liée à une licence d'utilisateur. Je vous fournirai par écrit les données concernant le nombre de remboursements pour les années 2006-2009, mais les chiffres relatifs à 2010 ne sont pas encore disponibles. Je communiquerai la répartition par Région dans les meilleurs délais. Il n'existe pas de données sur le nombre d'allocations qui ont été versées à des ASBL.

L'incident est clos.

14 Questions jointes de

- **Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'enregistrement en tant qu'aide-soignant(e)" (n° 2760)**
- **M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la confusion régnant à propos de l'enregistrement des aides-soignant(e)s" (n° 2776)**

14.01 Nathalie Muylle (CD&V): En application de différents arrêtés royaux de 2006, une circulaire arrête les opérations que le personnel infirmier peut déléguer aux aides-soignant(e)s et les conditions pour devenir aide-soignant(e).

La réglementation de 2006 est très complexe. Il existe deux grands groupes. Le premier groupe est déjà actif aujourd'hui sur le terrain en tant qu'aide-soignant(e), surtout sur la base de ses qualifications. Ces personnes disposent déjà de leur enregistrement. Un autre groupe travaille avec un enregistrement provisoire parce qu'il disposait de qualifications insuffisantes en 2006 et qu'il n'avait pas travaillé assez longtemps dans un établissement de soins. Pour le 13 février 2011, ce groupe devait être en mesure d'apporter la preuve qu'une formation de 120 heures a été suivie pour devenir aide-soignant(e) à part entière.

Des centaines voire des milliers de dossiers seraient dans l'attente d'un enregistrement définitif. Pendant ce temps, les hôpitaux mais aussi et surtout les infirmiers à domicile, les maisons de repos, les MRS et les MSP réclament à cor et à cri du personnel supplémentaire.

Nous venons d'entendre que la ministre est informée de la problématique. Comment la gère-t-elle?

Je comprends que l'enquête est une mission difficile pour l'administration. À cause d'un manque de personnel, quasiment aucune demande de personnel soignant ne serait transmise par l'administration vers la commission d'enregistrement. Quelles mesures la ministre prendra-t-elle? Comment instaurera-t-elle un changement à court terme, de manière à ce que cet enregistrement puisse se dérouler plus sagement?

Bon nombre de personnes concernées n'ont pas encore reçu leur enregistrement à ce jour. La date limite reste-t-elle fixée au 13 février? Une période de transition est-elle prévue?

J'ai entendu le ministre flamand Vandeurzen déclarer que, d'ici quelques années, le nombre d'aides-soignant(e)s devra augmenter de 58 % pour répondre aux besoins. Combien des personnes effectivement présentes sur le terrain ont-elles été enregistrées, à titre provisoire ou définitif? Un cadastre est-il mis à jour à cet égard?

Actuellement, est automatiquement considérée comme aide-soignant(e) toute personne ayant achevé la première année de formation de bachelier-infirmier ou d'infirmier breveté. De nombreux étudiants accomplissant une formation de bachelier demandent automatiquement cet enregistrement pendant leurs études parce qu'ils travaillent dans des établissements de soins pendant leurs vacances.

Il a été demandé au Conseil national de l'Art infirmier de rendre un avis sur l'enregistrement automatique. Où en est ce dossier? Qu'en est-il de l'arrêté royal modifiant la commission d'agrément?

Les commissions médicales provinciales ignorent que l'arrêté royal de 2006 leur impose de délivrer le visa pour un enregistrement définitif. La procédure actuelle, dans le cadre de laquelle le visa est délivré par le SPF Santé publique, allonge encore davantage le délai d'enregistrement.

La **présidente**: Je suis d'accord qu'on aborde pareils sujets, mais à condition de prévenir. Ce n'est pas l'objet d'une question de cinq minutes.

14.02 Nathalie Muylle (CD&V): Tout à l'heure, nous avons convenu avec M. Bonte de poser une partie des questions lors de la séance plénière de demain. La ministre a demandé qu'elles soient jointes aujourd'hui en commission. Il en a été convenu ainsi en accord avec MM. Beuselinck et Bonte.

14.03 Manu Beuselinck (N-VA): Je me rallie aux propos de ma collègue, Mme Muylle. La ministre peut-elle donner une idée des futurs besoins en infirmiers et en aides-soignant(e)s? N'y a-t-il pas lieu de confectionner d'urgence un cadastre?

14.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Bien sûr, je suis au courant des remous provoqués par la législation sur les compétences des aides-soignant(e)s. L'arrêté royal du 12 janvier 2006 précise les critères auxquels est soumis l'exercice de la profession et avait fait l'objet d'une large communication de la part de mon prédécesseur. Toutefois, les intéressés n'ont pas évalué tous les éléments de ces nouvelles conditions. De plus, il n'a pas été possible de s'adresser individuellement à chacun d'entre eux.

J'ai reçu un grand nombre de questions sur ces nouvelles réglementations. J'ai eu l'occasion de rencontrer à maintes reprises les différentes parties et de répondre à toutes leurs questions. Ces données sont consultables sur le site internet du SPF Santé publique ou sont disponibles en appelant le call center. Les Communautés peuvent également fournir certains renseignements. Les syndicats et les organisations d'employeurs sont régulièrement tenus au courant de la préparation des arrêtés royaux.

Les mesures transitoires ont été prolongées, une première fois, d'un an jusqu'au 31 décembre 2009, mais ce délai s'est révélé insuffisant pour organiser les formations complémentaires pour tous. Un nouvel arrêté royal était prêt dès avril 2010. Les affaires courantes en ont cependant considérablement retardé la publication. Le 11 février, j'ai reçu l'avis du Conseil d'État. L'arrêté royal sera publié dans les prochains jours. Celui-ci prolonge le délai d'introduction des dossiers jusqu'au 30 juin 2012 et rend l'inscription provisoire valable jusqu'au 30 juin 2016.

Mon administration et celle des Communautés coopéreront avec la commission d'agrément du CNAI, afin de pouvoir informer de la formation complémentaire qu'elles devront suivre les personnes qui ont reçu une réponse négative. La Communauté flamande a déjà terminé ses travaux, ce qui n'est pas encore le cas pour l'autre Communauté.

La situation est particulière depuis 2008, parce que les nouvelles mesures, les mesures de transition et les mesures définitives s'accumulent. Cette situation exceptionnelle touche à sa fin. Le CNAI a formulé des propositions relatives à l'inscription des étudiants en art infirmier à la fin de la première année. J'examine la possibilité d'assouplir et d'accélérer la procédure, en préservant la sécurité juridique. Nous pensons à une solution électronique mais nous ne disposons pas des moyens nécessaires à l'heure actuelle.

Au 1^{er} février 2011, 69 389 aides-soignant(e)s étaient inscrits, parmi lesquels 8 265 à titre provisoire et 61 124 à titre définitif. Parmi ceux-ci, 3 038 avaient commencé une formation de bachelier, 379 une formation de gradué et 4 352 une formation pour les brevets.

Il est impossible de connaître le nombre d'aides-soignant(e)s actuellement nécessaires. Le SPF Santé publique compte le nombre d'aides-soignant(e)s inscrit(e)s dans la base de données fédérale des professions médicales mais il n'existe pas de cadastre de leurs activités.

En 2010, mon administration a lancé un projet tendant à obtenir annuellement toutes les données qui relèvent de l'article 35^{quaterdecies} de l'arrêté royal 78 sur l'exercice des professions de la santé par le biais de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. La base de données comporte aussi les coordonnées d'aides-soignant(e)s agréé(e)s qui n'exercent pas la profession. Les statistiques des hôpitaux et de l'INAMI nous apprennent combien d'équivalents temps plein ont été actifs au cours de telle ou telle année.

Nous avons le projet de relier entre elles les bases de données relatives à toutes les professions médicales. Un accroissement des besoins peut être pronostiqué sur la base de la croissance de la population, mais nous ne disposons pas de critères pour définir précisément ces besoins.

La nouvelle commission d'agrément respectera bien évidemment les prescriptions légales. Ses compétences sont définies par la loi et l'arrêté royal fixant sa composition et son organisation est en cours d'élaboration. La circulaire ministérielle du 8 novembre 2006 stipule effectivement que les aides-soignant(e)s doivent demander un visa auprès de la commission médicale de la province où ils travailleront. Mais les dispositions de l'arrêté royal du 8 février 2007 impliquent que la direction générale Soins de santé de base et Gestion de crise appose un visa sur les diplômes de sorte que la circulaire ne s'applique plus sur ce point, les aides-soignant(e)s recevant en même temps leur attestation d'inscription et le visa.

14.05 Nathalie Muylle (CD&V): La ministre est en train de modifier toute la structure. Ainsi, le Conseil national de l'art infirmier devient le Conseil fédéral de l'art infirmier, la commission technique reste en place et il convient également de citer la commission d'agrément. Il ressort clairement de sa réponse que nous avons affaire à une matière complexe. Compte tenu des frais élevés générés par les nombreuses heures de formation, les employeurs ne seront guère enclins à emprunter cette voie. Peut-être la ministre pourrait-elle réexaminer l'ensemble de la législation relative aux aides-soignant(e)s à la faveur des tâches nouvellement confiées au Conseil fédéral de l'art infirmier.

Je me réjouis des mesures de transition, de la clarté du visa et des commissions médicales provinciales ainsi que des chiffres, plus élevés que prévus. Les délais d'attente restent un problème en raison de la pénurie de personnel, mais selon ses dires, la ministre se consacre actuellement pleinement à cet aspect. Quand la nouvelle structure de la commission d'agrément sera-t-elle mise en place?

14.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): J'examine la question, mais chaque fois qu'il s'agit de nomination, nous sommes bloqués!

14.07 Manu Beuselinck (N-VA): Je suis heureux d'apprendre que la ministre va s'occuper de la masse d'informations et veut les relier entre elles. Une politique appropriée est absolument indispensable.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 2771 de Mme Becq est reportée.

15 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nombre élevé de médecins roumains exerçant leur profession en Belgique" (n° 2805)

15.01 Rita De Bont (VB): En 2009, 184 médecins roumains auraient commencé à exercer dans notre pays, essentiellement comme urgentistes. Nous ne pouvons leur opposer un refus et il est même probable qu'ils sont les bienvenus chez nous étant donné que la profession d'urgentiste est un métier en pénurie. La plupart de ces médecins n'ayant pas de numéro INAMI, ils peuvent pratiquer grâce à la couverture que leur offre un praticien belge. De ce fait, il est difficile de les localiser et d'évaluer avec précision le nombre de leurs prestations.

Comment et dans quelle mesure est-il tenu compte de ces médecins étrangers dans le cadastre des médecins généralistes et des spécialistes? Est-il admissible que le nombre de médecins belges autorisés à

exercer en Belgique soit limité alors que des médecins originaires d'un autre État membre de l'Union européenne peuvent venir dans notre pays pour pratiquer en toute liberté? Comment les prestations de ces médecins peuvent-elles être contrôlées d'un point de vue qualitatif et comment peut-on vérifier si les honoraires qu'ils facturent sont en conformité avec les prestations qu'ils ont accomplies? Combien de médecins Union européenne ont-ils été employés en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie de 2006 à 2010? Combien de ces médecins sont-ils réellement retournés dans leur pays d'origine, le cas échéant après avoir fait une spécialisation en Belgique?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Conformément à la directive européenne relative à la reconnaissance de la qualification professionnelle, tout médecin de l'Union européenne peut librement venir travailler en Belgique. Un médecin peut demander à exercer sa spécialisation en Belgique en introduisant un plan de stage auprès d'une commission d'agrément. Il bénéficie des mêmes droits que tous les autres médecins en formation mais n'est pas soumis au système du *numerus clausus*. Ces dispositions protègent en réalité les médecins belges car le nombre limité de places ne peut être occupé par des médecins étrangers. Les dispositions européennes ne permettent pas de refuser des candidats s'il y a suffisamment de places de stage et si leurs plans de stage sont acceptés. L'offre médicale doit donc être entièrement réexaminée dans un contexte européen.

Les médecins de l'Union européenne peuvent également décider de ne pas se spécialiser ici et de demander un numéro de l'INAMI se terminant par 000, qui signifie qu'ils ont un accès limité à la nomenclature INAMI.

Les Roumains apprécient de travailler chez nous parce que les salaires sont plus élevés, parce que la Roumanie forme 4 000 médecins par an et parce qu'ils connaissent généralement bien le français.

En France, la situation est comparable. Il est impossible de prévoir si ce phénomène persistera et si ces médecins s'installeront de manière durable en Belgique.

En Belgique, il n'est pas nécessaire de posséder un numéro INAMI pour exercer légalement la médecine, mais bien pour que les prestations donnent droit au remboursement de l'assurance maladie-invalidité. Dans le cadastre des professions médicales figurent tous les médecins qui vivent et travaillent en Belgique, quel que soit leur numéro INAMI, leur nationalité ou leur pays d'origine. Le régime de travail de ces médecins dépend de leur statut. Le SPF Emploi et Travail est compétent pour exercer le contrôle sur les heures de prestation des médecins salariés et en formation. Les médecins indépendants ne relèvent pas du champ d'application de la loi sur le temps de travail.

En ce qui concerne les tests linguistiques, j'ai déjà répondu dans le cadre de la question de Mme Gerken. Je vous communiquerai volontiers les données statistiques demandées dans le cadre d'une question écrite.

15.03 Rita De Bont (VB): Je me réjouis d'apprendre que les pouvoirs publics savent où ces médecins travaillent et qu'ils figurent dans le cadastre. Tant qu'un médecin pratiquant en Flandre ou à Bruxelles parle le néerlandais, sa nationalité n'a pas d'importance. Ce qui me pose par contre quelque peu problème c'est que parfois certains de nos médecins ne peuvent se mettre au travail alors que de nombreux médecins étrangers le peuvent.

L'incident est clos.

16 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation dite 'off-label' de médicaments" (n° 2807)

16.01 Damien Thiéry (MR): L'utilisation "off-label" de médicaments signifie qu'un médicament est utilisé en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché, soit pour une autre indication, soit par un autre dosage, soit par une autre fréquence d'administration. On sait que des médicaments, notamment des antidépresseurs, sont utilisés comme aide au sevrage du tabac alors que cela ne figure pas dans leurs indications. L'industrie peut trouver un intérêt à ces usages, mais cela peut également être intéressant pour le patient.

Quelle est votre opinion sur l'utilisation "off-label"? Des mesures réglementaires sont-elles envisagées?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): L'arrêté 78 prévoit que les médecins ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre.

Dans un avis émis en 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a estimé que le médecin est juridiquement responsable de sa prescription "off-label". La prescription "off-label" d'un médicament peut se justifier si l'intérêt du patient prime. Néanmoins, cette prescription doit reposer sur des fondements scientifiques et conformes à la loi. Le patient doit être informé des effets indésirables, des avantages et des inconvénients du médicament.

Le patient doit donner son accord. En cas d'effets indésirables lors d'une utilisation "off-label", leur notification est demandée par l'Agence des médicaments dans le cadre de son projet "Pharmacovigilance active".

La publicité pour un médicament est strictement interdite si elle promeut l'usage de celui-ci pour des indications, une posologie, un schéma thérapeutique ou un groupe d'âge non conformes aux données approuvées dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament.

Concernant l'utilisation des médicaments hors autorisation de mise sur le marché, il existe aussi le programme médical d'urgence. Ce programme consiste à permettre aux firmes de mettre à disposition des patients un médicament qui possède une autorisation mais en vue de l'utiliser pour une indication qui n'est pas approuvée dans le cadre de cette autorisation.

Dans le cadre de la présidence belge, cette problématique des médicaments *off-label use* a été mise en avant. Cette utilisation est particulièrement présente chez les enfants. Grâce au règlement (CE) 1901/2006, les modalités de l'usage des médicaments chez les enfants sont de mieux en mieux définies. L'utilisation "off-label" pédiatrique devrait ainsi diminuer dans les années à venir et la santé des enfants sera mieux protégée.

Cette question fait également l'objet d'une réflexion dans le cadre du Plan national pour les maladies rares, domaine où la prescription "off-label" est souvent l'unique possibilité d'avoir un traitement.

16.03 Damien Thiéry (MR): S'il fallait rediscuter de cette matière, il serait intéressant de parler des remboursements.

L'incident est clos.

17 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le refus parental de vaccination" (n° 2808)

17.01 Damien Thiéry (MR): Dans le cadre de vos compétences, avez-vous connaissance d'une étude belge montrant la fréquence des refus parentaux de vaccination de leurs enfants? Dans l'affirmative, quelque chose a-t-il été entrepris pour y remédier?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Notre administration est informée par les communes des carences de notification de conformité avec la législation relative au statut vaccinal de l'enfant.

Les inspecteurs fédéraux de l'hygiène envoient trois rappels aux parents ou tuteurs de l'enfant concerné, avant de dresser procès-verbal. Durant cette procédure de rappel, il arrive que ces personnes refusent de faire vacciner l'enfant. L'inspecteur de l'hygiène leur rappelle alors les arguments scientifiques justifiant la décision sanitaire adoptée. En cas de maintien du refus, un entretien individuel avec une infirmière experte est organisé.

Les dossiers non régularisés au terme de la procédure sont transmis au parquet. Le ministre de la Justice pourrait vous informer sur le nombre de dossiers traités.

17.03 Damien Thiéry (MR): Je pense que cela se passe particulièrement dans certaines communautés?

17.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français): C'est surtout une affaire de croyances.

L'incident est clos.

18 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la spirométrie dans la pratique" (n° 2809)

18.01 Damien Thiéry (MR): Actuellement, seuls les généralistes ayant suivi dix heures de formation peuvent bénéficier d'une indemnité de 11,90 euros pour réaliser une spirométrie. La Société belge de Pneumologie plaide pour la généralisation de cette technique. Elle considère aussi la spirométrie comme un instrument de suivi d'une maladie et de l'effet de son traitement.

Disposez-vous de statistiques sur les résultats de cette technique? Que pensez-vous du plaidoyer de la Société belge de Pneumologie?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): La littérature internationale confirme l'intérêt de la spirométrie dans le diagnostic et le suivi de certaines pathologies pulmonaires. L'INAMI a publié, voici deux ans, des *guidelines* en matière de traitement de l'asthme et de la BPCO. Une étude a également été publiée en 2008 dans le *British Medical Journal*. Elle montrait que le fait de communiquer au patient fumeur son âge pulmonaire grâce à une spirométrie pouvait être efficace en termes d'arrêt. Ces constatations ont amené en juin 2007 à étendre aux généralistes le remboursement des spirométries avec ou sans détermination de la réversibilité.

Le remboursement de l'acte est réservé aux généralistes agréés ayant suivi une formation minimum de dix heures assurée par les universités ou les sociétés scientifiques. Cette exigence de formation existe pour d'autres actes techniques comme, par exemple, l'électrocardiographie.

Il n'existe pas encore d'étude belge déterminant l'impact de cette mesure en matière de santé.

18.03 Damien Thiéry (MR): Il faudrait peut-être envisager de généraliser cette formation pendant le dernier cycle.

L'incident est clos.

19 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'appel à la vigilance lancé par la Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SRBCP) en matière de prothèses mammaires" (n° 2810)

19.01 Damien Thiéry (MR): La Food and Drug Administration américaine (FDA) a mené une étude qui révèle que les femmes porteuses d'un implant mammaire présenteraient un risque plus élevé de développer une forme rare de cancer des ganglions lymphatiques. La Société Royale Belge de Chirurgie Plastique (SRBCP) a donc appelé les médecins à être attentifs aux symptômes et à signaler tout cas éventuel bien qu'apparemment, il n'existe en Belgique aucun cas connu. La situation n'est donc pas alarmante, mais justifie l'attention.

Avez-vous connaissance de cette étude? Si le type de prothèse est identifié, ne doit-on pas préventivement le retirer du marché?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): L'Agence belge des médicaments a été informée de cette

étude. Soixante cas auraient été répertoriés à travers le monde durant ces treize dernières années. Cinq à dix millions de femmes portent un implant mammaire. Pour le moment, il n'est pas possible de confirmer avec certitude qu'il existe un lien entre l'implant et cette forme de lymphome. Des données complémentaires seront nécessaires. De plus, la FDA considère que les implants sont sûrs lorsqu'ils sont implantés d'une manière correcte. Elle n'a pu conclure qu'un type d'implant présentait un risque plus élevé que les autres.

Il n'y a donc pas d'éléments suffisants pour interdire des implants mammaires sur notre territoire. Il me paraît néanmoins opportun que les médecins soient attentifs aux symptômes et qu'ils signalent tout cas éventuel au service de matériovigilance de l'Agence des médicaments.

19.03 Damien Thiéry (MR): Une information des chirurgiens plasticiens ne devrait-elle pas être donnée à ce sujet?

19.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Nous allons attirer l'attention des médecins à ce sujet.

La **présidente**: Le Sénat travaille sur des propositions de loi concernant la chirurgie esthétique. On pourrait y intégrer l'avertissement du patient par rapport à l'existence de certains risques.

L'incident est clos.

20 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la plate-forme d'informations sur les cancers" (n° 2811)

20.01 Damien Thiéry (MR): À l'occasion de la Journée mondiale du cancer du 4 février, l'Institut national français du cancer et le ministère français de la Santé ont lancé, avec la Ligue contre le cancer, une plate-forme d'information médicale: "Cancer info". L'objectif est de donner, via des guides, un service internet et une ligne téléphonique, des informations sur la maladie aux patients et à leurs proches.

Êtes-vous informée de ce type d'initiative? L'instauration d'une pareille plate-forme en Belgique est-elle envisageable? Des démarches ont-elles été entreprises en ce sens?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Nous entretenons des liens étroits avec la France concernant les centres du cancer. Le centre du cancer planifie l'installation en Belgique d'un portail web qui assurera aux patients et à leurs proches un accès aux informations en ce domaine. Un premier portail-pilote est prêt. Il orientera, entre autres, les utilisateurs vers des sites web susceptibles de les intéresser.

Ces associations jouent un rôle extraordinaire dans le cadre de la lutte contre le cancer. D'autres réflexions sont en cours dans le cadre du programme "maladies chroniques" et des initiatives à prendre pour les maladies rares pour favoriser l'accès à l'information, en partenariat entre autres avec les mutualités. Une proposition du collège intermutualiste concernant l'amélioration et la centralisation de l'information m'a été transmise.

20.03 Damien Thiéry (MR): Quand le portail web sera-t-il mis en ligne?

20.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français): C'est un projet pilote! Il n'est pas encore en ligne. La diffusion en sera restreinte. Je leur ai demandé d'accélérer en la matière.

20.05 Damien Thiéry (MR): Si un projet-pilote s'étend sur six mois, le système définitif pourra être mis en place par la suite.

L'incident est clos.

La discussion des questions se termine à 18 h 02.

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.35 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

01 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "het door de Europese Commissie voorgestelde moratorium van vijf jaar op klonen" (nr. 2026)

01.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): De Europese Commissie stelde in oktober voor om het klonen van dieren voor voedselproductie in Europa voor vijf jaar op te schorten en om de invoer van gekloonde dieren en van voedsel afkomstig van die dieren te verbieden. Die maatregelen zouden na vijf jaar moeten worden herbekeken.

Er is ook voorgesteld om een traceerbaarheidssysteem voor de invoer van voortplantingsmateriaal voor klonen te ontwikkelen. De maatregelen zijn veeleer op het dierenwelzijn dan op de voedselveiligheid gericht. Het slaagpercentage bij klonen ligt vrij laag en veel dieren sterven vroegtijdig.

Het voorstel van de Commissie gaat volgens de lidstaten en het Europees Parlement niet ver genoeg. De lidstaten eisen een verbod op alle producten afkomstig van nakomelingen van gekloonde dieren. Het Parlement vraagt een verbod op het in de handel brengen van voedingsproducten die afkomstig zijn van gekloonde dieren of hun nakomelingen.

Beschikt u over het verslag dat eurocommissaris J. Dalli begin 2010 in het Europees Parlement heeft aangekondigd? Is België met betrekking tot dit onderwerp al wat dichterbij een consensus geraakt?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het verslag van de Europese Commissie inzake het klonen van dieren ten behoeve van de voedselvoorziening werd aan het Parlement en de Raad overgezonden. Het is beschikbaar op de website van de Commissie. Ik zal u de verklaring bezorgen die wij op basis van dit verslag tijdens het Belgische voorzitterschap hebben opgesteld.

Er zijn nog altijd besprekingen aan de gang. Zodra er een akkoord is, wordt deze verklaring een gezamenlijke tekst van het Europees Parlement, de Europese Raad en de Europese Commissie. De Commissie heeft zich ertoe verbonden specifieke wetgeving te ontwikkelen die alle aspecten van het klonen van dieren zou bestrijken.

In de Raad worden de voorgestelde maatregelen door de meeste lidstaten gesteund. Een deel van de lidstaten wil bijkomende maatregelen met betrekking tot voedingsmiddelen van de nakomelingen van klonen. Tijdens het Belgische voorzitterschap werd er in de Raad geen akkoord bereikt, maar dit is nu een van de prioriteiten van het Hongaarse voorzitterschap.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de vrije verkoop van de morning-afterpil" (nr. 2477)

02.01 Kattrin Jadin (MR): In een studie van de universiteit van Nottingham is men tot de bevinding gekomen dat het aantal zwangerschappen in de regio's waar de morning-afterpil vrij verkrijgbaar is, niet daalt, terwijl het aantal soa's toeneemt (12 procent in tien jaar tijd bij de jongeren van minder dan 16 jaar).

Bestaan er vergelijkbare studies in België? Komt men daarin tot dezelfde conclusies?

Zou de verkoop van de morning-afterpil, die in België vrij verkrijgbaar is, niet aan strengere voorwaarden moeten worden onderworpen? Werd er hierover onlangs overleg gepleegd met de Gemeenschappen? Welke maatregelen werden er genomen?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Bij mijn weten werden er in ons land nog geen studies gewijd aan deze aangelegenheid. Het lijkt me geen goed idee om de toegang tot noodcontraceptie voor jonge vrouwen te beperken.

Wanneer dit soort anticonceptie – die de uitzondering moet blijven – wordt afgeleverd, moeten er echter twee

belangrijke boodschappen worden meegegeven: men moet het meisje aanraden met een geregelde anticonceptiemethode te starten (de vergoeding van die middelen voor meisjes jonger dan 21 kadert in die logica) en men moet erop wijzen dat het gebruik van contraceptiva niet betekent dat men niet de nodige voorzorgsmaatregelen moet nemen, met name tegen soa's. De apotheker kan op dit vlak een actievere rol spelen.

Het preventiebeleid is een Gemeenschapsbevoegdheid. De jongste tijd vond hierover geen overleg meer plaats, maar dit vraagstuk zou op verzoek van een van de Gemeenschappen kunnen worden onderzocht. De Interministeriële Conferentie wordt voorgezeten door de Vlaamse Gemeenschap.

02.03 Kattrin Jadin (MR): Men ziet ook een stijging van het aantal zwangerschapsonderbrekingen bij meisjes jonger dan zestien. Er zouden meer en betere preventiemaatregelen moeten worden genomen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Mevrouw Almaci wenst haar vraag nr. 2480 uit te stellen. Mevrouw Fonck wil haar vraag nr. 2622 omzetten in een schriftelijke vraag.

03 Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verplichte vermelding van de therapeutische indicatie op het voorschrift" (nr. 2624)

03.01 Marie-Claire Lambert (PS): De Nederlandse nationale Assemblee spreekt zich deze week uit over de verplichting voor artsen om op hun voorschrift de therapeutische indicatie van de geneesmiddelen te vermelden. De verplichting zou gelden voor 44 courante geneesmiddelen waarvan de dosering naargelang de indicatie erg verschillend kan zijn.

Het is de bedoeling dat de afgeleverde dosering beter kan worden gecontroleerd, dat de apotheker de patiënt beter kan begeleiden, dat de patiënt beter wordt geïnformeerd en dat de medicatie in de thuiszorg beter kan worden opgevolgd.

Er is tegen dit wetsontwerp echter verzet gerezen, omdat het de persoonlijke levenssfeer van de patiënt zou kunnen schenden.

Is er over deze maatregel in België al een debat gevoerd?

03.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In België staat de driehoekscommunicatie tussen de patiënt, de arts en de apotheker centraal. De rol van laatstgenoemde is uitgebreider geworden. Er wordt van hem verlangd dat hij informatie geeft over de modaliteiten inzake de terugbetaling van de geneesmiddelen. Hij kan de arts ook attent maken op bepaalde contra-indicaties of farmacologische onverenigbaarheden.

Het koninklijk besluit van 21 januari 2009 voorziet in de geleidelijke invoering van een farmaceutisch dossier en een dossier voor voortgezette farmaceutische zorg. Het aanleggen van dergelijke dossiers zal onderworpen zijn aan de schriftelijke toestemming van de patiënt.

In België vermelden heel wat artsen op hun voorschriften de gewenste dosering en het aantal innamen per dag. Het zou raadzaam zijn om aan alle practitioners te vragen of dergelijke maatregelen algemeen kunnen worden ingevoerd en op welke wijze dat zou moeten gebeuren.

Het Nederlandse voorstel is van een heel andere orde, omdat daar via het voorschrift een diagnose zou worden doorgegeven.

Aan een dergelijke maatregel zou een grondige studie ten grondslag moeten liggen, meer bepaald over de inachtneming van het medisch geheim en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Voor zover ik weet, hebben de Belgische practitioners hierover nog niet overlegd.

Een geneesmiddel wordt niet altijd aan een patiënt voorgeschreven voor een enkele indicatie en de door de arts voorgeschreven dosis kan voor dezelfde indicatie verschillen van patiënt tot patiënt.

De trilaterale communicatie levert vooralsnog goede resultaten op. Het vergoedingsstelsel voor apothekers werd grondig hervormd en zijn verplichtingen als raadgever werden herzien. Het zou raadzaam zijn dat wordt onderzocht hoe een en ander concreet wordt ingevuld.

Het incident is gesloten.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Annick Ponthier aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de taalproblematiek in Brusselse ziekenhuizen" (nr. 2645)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "buitenlandse geneesheren en tandartsen die in België praktiseren" (nr. 2677)

04.01 Annick Ponthier (VB): Onlangs ging een Brusselse moeder met haar baby naar het Brusselse universitair ziekenhuis Koningin Fabiola omdat het kind al dagen hoge koorts had en geen medicatie hielp. Zij kwam er terecht bij een buitenlandse arts die noch Nederlands, noch Frans sprak en die haar wandelen stuurde. De moeder moest noodgedwongen met het zieke kind naar een ander ziekenhuis. Is deze informatie uit de media juist?

De minister reageerde in de pers en verduidelijkte dat de Europese richtlijn bepaalt dat zelfs buitenlandse artsen minstens één landstaal machtig moeten zijn, maar dat dit niet gecontroleerd mag worden.

Klopt dat? Wat zal de minister doen om dit soort toestanden in de toekomst te vermijden?

04.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Belgische artsen laten zich tijdens het weekend en hun wachtdiensten door buitenlandse geneesheren vervangen. Dit is niet vergelijkbaar met de praktijk waarbij buitenlandse artsen maandenlang in Belgische ziekenhuizen werken. Deze artsen presteren onder de naam van de officiële dokter van wacht die ze vervangen.

Is een dergelijke praktijk legaal? Hoeveel artsen zijn er bij die vervangingen betrokken? Weet men om welke ziekenhuizen en specialisaties het gaat? Is de gelijkwaardigheid van de diploma's gewaarborgd? Hoe staat het met de aansprakelijkheid, indien er in die omstandigheden medische fouten gebeuren? Worden bijvoorbeeld artsen ter zake anders behandeld dan tandartsen? Hebben zij dezelfde verplichtingen? Vallen ze onder dezelfde wetgeving?

04.03 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ook ik vernam de aangehaalde feiten via de pers en ik las de reactie van de ziekenhuisdirectie, die de klachten ten aanzien van de instelling en van de arts betwist.

Zowel de Europese richtlijn als de wet van 2008 en het KB nr. 78 verplichten de zorgverleners van wie het diploma wordt erkend om de talen te beheersen die nodig zijn voor de uitoefening van hun beroep. Voor België betekent dat Nederlands, Frans of Duits. Noch de richtlijn, noch de wet verplichten taaltesten of een specifieke evaluatieprocedure. Het gaat bovendien om een verplichting die buiten de erkenning zelf van de beroepsbekwaamheden valt. In dat verband moet volgens de Europese instellingen de talenkennis op elke manier en zonder beperking kunnen worden aangetoond. Men moet ook het evenredigheidsbeginsel naleven. Zijn de taalproeven niet uitgesloten, dan kunnen ze niet systematisch of standaard worden gebruikt en zijn ze ongeschikt aan elk ander bewijsmiddel.

We onderzoeken hoe deze proeven in andere proeven en controles kunnen worden geïntegreerd, die in het

kader van de toepassing van deze richtlijn kunnen of moeten worden uitgevoerd. Het is geen eenvoudige zaak aangezien deze richtlijn bepaalt dat elk dossier het voorwerp van een onderzoek op maat moet uitmaken en dat sommige dossiers ook een automatische erkenning moeten krijgen.

Deze kwestie kadert in een breder beraad over de omzetting van de richtlijn. De Europese Commissie heeft België immers onlangs in gebreke gesteld omdat zij meent dat België de zorgverleners uit de EU aan een te strikt erkenningsstelsel onderwerpt.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de patiëntenrechten preciseert dat de communicatie met de patiënt in een duidelijke taal moet verlopen. De zorgverlener moet er dus voor zorgen dat de patiënt hem begrijpt.

Wat de verschillende erkenningsprocedures van buitenlandse diploma's betreft, verwijs ik naar het KB nr. 78 en de wet van 12 februari 2008.

(Frans) Uw vraag betrof het feit dat sommige zorgverstrekkers verstrekkingen inbrengen onder de naam van anderen.

Ik wil erop wijzen dat artsen in opleiding getuigschriften voor verstrekte hulp van hun stagemeesters gebruiken waarop ze 'in opdracht van' moeten noteren. Die verstrekkingen worden dus administratief geregistreerd als verstrekkingen van hun stagemeesters, die erop toezien en er de verantwoordelijkheid voor dragen. In de urgentiegeneeskunde treden vaak precies die artsen in opleiding, zij het Belgen dan wel buitenlanders, als eersten in contact met de patiënt.

Buiten die hypothesen zou er sprake zijn van valsheid in geschrifte en het gebruik van valse stukken. Dat zijn strafbare feiten die indruisen tegen de deontologie van die zorgverstrekkers.

Tot slot wil ik eraan herinneren dat in de ziekenhuiswet is vastgelegd dat de algemene aansprakelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit bij de beheerder berust.

04.04 Annick Ponthier (VB): Wat de feiten zelf betreft, blijven de betrokkenen blijkbaar elk bij hun versie. Het incident toont wel aan dat er nog steeds geen deugdelijke taalregeling is in de Brusselse ziekenhuizen. Het Vlaams Belang klaagt al jaren de ontoelaatbare schendingen van de taalwetgeving en het absolute gemis aan taalhoffelijkheid in Brussel aan. De openbare ziekenhuizen krijgen jaarlijks vele miljoenen euro publieke middelen in een Gewest dat grondwettelijk tweetalig is. Het Vlaams Belang diende twee wetsvoorstellen in om de schendingen van de taalwetten een halt toe te roepen. Misschien kunnen deze de administratie inspireren bij het zoeken naar oplossingen.

04.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Wil dat zeggen dat artsen die tijdens het weekend komen werken over een diploma beschikken dat gelijkwaardig werd verklaard met een in België behaald diploma en dat het mogelijk is om hun prestaties te registreren?

De vakbekwaamheid van die artsen moet worden gewaarborgd. Bovendien stelt men vast dat er tekorten zijn die door middel van buitenlandse werkkrachten worden opgevuld, terwijl sommige studenten die hun studies hier hebben afgerond de geneeskunde niet mogen uitoefenen.

04.06 Minister Laurette Onkelinx *(Frans)*: Het probleem komt aan bod in mijn antwoord op vraag nr. 2805 van mevrouw Rita De Bont over het grote aantal Roemeense geneesheren die hun beroep in België uitoefenen.

04.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Dat is iets anders. Het gaat dan om artsen die vijf of zes maanden in België komen werken, maar met een gelijkwaardig en erkend diploma. Alle prestaties die de buitenlandse artsen leveren, kunnen worden geregistreerd. Vermelden zij ook 'in opdracht van...'? Deze vermelding geldt wel alleen voor de artsen in opleiding en niet voor de anderen, die dat in principe in eigen naam moeten doen.

04.08 Minister Laurette Onkelinx *(Frans)*: Deze artsen mogen slechts bepaalde handelingen uitvoeren.

Voeren zij enkel de voorgeschreven handelingen uit? Dat weet ik niet. Ik heb daarover geen statistische gegevens, omdat zulks bij wet verboden is. Artsen die zich specialiseren – zowel Belgen als buitenlanders – mogen onder de verantwoordelijkheid van hun stagebegeleider echter wel een aantal handelingen uitvoeren.

04.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Toch heb ik de indruk dat een aantal verstrekkingen niet kan worden gecontroleerd. Zijn er verschillen tussen de regels voor buitenlandse geneesheren en tandartsen wat de gelijkwaardigheid van diploma's of de toegekende vergunningen betreft?

04.10 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ik weet het niet.

Het incident is gesloten.

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "zelfmoord bij bejaarden" (nr. 2676)
- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de beroepstitel van geriatrisch verpleegkundige" (nr. 2759)

05.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): In Namen organiseerden het Waals Gewest, de COCOF en de Franse Gemeenschap een interessante infodag over zelfmoord en zelfmoordneigingen bij ouderen. Er was geen vertegenwoordiger van het federale niveau aanwezig. Het maatschappelijke en het volksgezondheidsaspect kwamen niet aan bod.

Werden er in overleg met de Gewesten en de Gemeenschappen federale programma's uitgewerkt om de vaak voorkomende zelfmoordneigingen bij ouderen tegen te gaan? Welk beleid voert u om ouderen weer zin te doen krijgen in het leven?

05.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mijn vraag gaat over de erkenning van de beroepstitel en de beroepsbekwaamheid geriatricie. In honderden dossiers zou de termijn waarbinnen de erkenningscommissie een advies moet uitspreken, overschreden zijn.

Is de minister op de hoogte van de problemen? Waarom duurt het zo lang? Heeft dat te maken met personeelsproblemen? Wordt de titel nu automatisch toegekend? Worden de premies retroactief uitgekeerd?

05.03 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ik zal uw vraag, die ook de heer Beuselinck morgen tijdens de plenumvergadering zal stellen, kort beantwoorden.

Het gevaar voor zelfdoding is significant groter bij bejaarden dan bij alle andere leeftijdsgroepen; daarom juich ik het initiatief van de Franse Gemeenschap en het Waals Gewest toe. De samenwerking tussen alle actoren in de geriatricie en de geestelijke gezondheidszorg is inderdaad belangrijk.

Er werd al een werkgroep Zelfdoding opgericht tijdens de interministeriële conferentie om de praktijken op elkaar af te stemmen. Ik hoop dat we het onderwerp binnenkort zullen kunnen bespreken, maar het Vlaams Gewest, dat momenteel het voorzitterschap van de interministeriële conferentie waarneemt, moet het initiatief daartoe nemen.

De vroegtijdige opsporing van risicopatiënten in de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen zou een eerste stap kunnen zijn.

Sinds 2006 wordt BelRAI, pilootproject voor de registratie van beoordelingsinstrumenten, getest in het kader van diverse experimentele projecten in ons land. Met dat instrument kunnen onder meer depressie, het verlies van zelfredzaamheid en de levenskwaliteit gemeten worden. Het eindrapport wordt verwacht tegen het laatste kwartaal van 2011.

Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de tijdsbesteding van de bewoners om zeker te zijn dat ze allemaal aan de activiteiten deelnemen.

De maatregelen om het beroep van geriater en geriatisch verpleegkundige aantrekkelijker te maken, zijn recent. Voor een specialisatie in de geriatrie moeten artsen een meerjarige opleiding volgen; verpleegkundigen die de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie willen verkrijgen, moeten een opleiding van één jaar volgen. Voor de bijzondere kwalificatie zijn er slechts 150 aanvullende opleidingsuren vereist.

Wat de verpleegkundigen betreft, heb ik een ministerieel besluit uitgewerkt met betrekking tot de verlenging van de overgangsmatregelen, zodat de verpleegkundigen die kunnen aantonen dat ze de vereiste relevante beroepservaring hebben, de beroepstitel of de kwalificatie kunnen verkrijgen met minder opleidingsuren. In dat MB zal er ook rekening gehouden worden met de beroepservaring in de rust- en verzorgingstehuizen met ten minste 25 bedden.

De publicatie van dit besluit wordt bemoeilijkt door de situatie van lopende zaken. Sinds 2010 wordt er een jaarlijkse premie toegekend aan gespecialiseerde verpleegkundigen die op een geriatische afdeling of in een rust- en verzorgingstehuis werken. Deze heeft eveneens de bedoeling kandidaten aan te trekken. Een toename van het aantal zorgverleners zal echter pas binnen twee à drie jaar merkbaar worden voor de verpleegkundigen en binnen zes jaar voor de geriaters.

Uit het oogpunt van de epidemiologie moet een onderscheid worden gemaakt tussen de behoefte, de vraag en de consumptie. Er bestaat vandaag geen enkel wetenschappelijk instrument om de behoeften correct na te gaan. De consumptie van de zorg daarentegen kan wel worden gemeten, maar het is wel nog wachten op betrouwbare gegevens in het kader van de nieuwe geriatische programma's. De wet bepaalt dat het kadaster van de gezondheidszorgberoepen enkel de registratie behelst van het zorgaanbod van individuele zorgverleners.

Voor de artsen zijn we perfect op de hoogte van dit aanbod; voor de verpleegkundigen werden in ons land echter pas in 2010 voor het eerst cijfers gepubliceerd (in 2009 werden 174 titels en 164 kwalificaties in de geriatische verpleegkunde uitgereikt). De registratie van de *licences to practice* is een eerste stap om het kadaster aan te vullen.

Het werk wordt voortgezet door deze lijst aan andere informatiebronnen te koppelen. De eerste resultaten worden in de loop van dit jaar verwacht. Eerst komt er een beschrijving van het aanbod. Het aanbod en de consumptie zullen op macroniveau worden vergeleken in het berekeningsmodel van de Planningscommissie. Dan zal duidelijker worden hoe groot het tekort precies is.

(Nederlands) De termijn voor de administratie om dossiers met betrekking tot de toekenning van de beroepstitel en de bijzondere beroepsbekwaamheden geriatrie voor te bereiden, bedraagt twee maanden. De erkenningscommissie beschikt dan over drie maanden. Daarna moet het advies gevolgd worden.

De behandelde dossiers in het kader van de overgangsmatregelen zijn complex. Dezelfde administratie en erkenningscommissie moeten de dossiers van de zorgkundigen en andere beroepstitels en -bekwaamheden van verpleegkundigen behandelen. Mijn administratie doet alles om de termijnen te respecteren, maar ze geeft voorrang aan de kwaliteit. Het personeel van de cel belast met de geneesheren, zal nu worden ingezet om de achterstand weg te werken.

Ik heb in 2010 gevraagd om de administratie die deze materie beheert, te versterken. Het directiecomité heeft dat tijdelijk, maar niet structureel kunnen doen. Meer staan de budgettaire beperkingen niet toe. Ik herinner eraan dat de procedure gratis is.

De leden van de erkenningscommissie van de NRV oefenen hun taak uit tegen een bescheiden loon, bovenop hun beroepsactiviteit als verpleegkundige.

Op elke zitting behandelen ze een zeer groot aantal dossiers met betrekking tot geriatrie, oncologie, intensieve zorgen en spoedgevallenzorg, naast de zorgkundigen en enkele adviezen betreffende de internationale mobiliteit. De commissie is verzadigd, al werd het aantal zittingen vermeerderd. Zorgkundigen krijgen voorrang.

Ik stelde voor om de nieuwe erkenningscommissie te organiseren. Dat dossier boekt momenteel vooruitgang.

Er is geen automatische toekenning van een beroepstitel of van een bekwaamheid.

Eind 2010 werden 408 bijzondere beroepstitels geriatrie en 353 bijzondere beroepsbekwaamheden erkend. Op 31 januari bedroeg het aantal te behandelen dossiers met betrekking tot geriatrie 367 aanvragen voor bijzondere beroepstitels en 481 voor bijzondere beroepsbekwaamheden.

05.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en de evaluatie van de test om risicopatiënten op te sporen, vormen mogelijke pistes.

Is het niet mogelijk om in het wetsontwerp houdende diverse bepalingen een bepaling op te nemen teneinde het beroep van geriatrisch verpleegkundige toegankelijker te maken? Tegen wanneer moet de Planningscommissie haar werkzaamheden met betrekking tot het model voor de evaluatie van het aanbod van geriatrische verpleegkundigen afronden?

Tijdens de bijeenkomst te Namen heeft men erop gewezen dat het belangrijker is ervoor te zorgen dat bejaarden zich goed in hun vel voelen dan depressie en het verlies van eigenwaarde rechtstreeks aan te pakken.

05.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het gaat veeleer om een regelgevend dan om een wetgevend initiatief.

05.06 Nathalie Muylle (CD&V): De cijfers van de minister komen ongeveer overeen met de cijfers die ik had. Ongeveer 900 mensen wachten dus al acht tot negen maanden. Mevrouw Gerkens heeft duidelijk aangetoond dat die mensen nodig zijn op het terrein, zeker in de weinig aantrekkelijke ouderenzorg.

Laten we hopen dat de geplande versterking van de administratie de achterstand snel wegwerkt.

05.07 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Dat versterkt mijn gevoel dat er een diepe kloof gaapt tussen de slogans en de reële noden.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de beoordeling van eHealth" (nr. 2681)

06.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Een onderzoek naar de stand van zaken van eHealth in twaalf Europese lidstaten wees uit dat België in de rangschikking slechts op de zevende plaats staat. De standaard van onze gezondheidszorg ligt hoog, maar er wordt onvoldoende prioriteit gegeven aan vernieuwing. Nochtans zorgt elektronische gegevensverwerking voor meer efficiëntie en minder kosten, iets waar de minister zich van bewust is, vermits ze in haar beleid mikt op de implementering van het eHealthplatform.

Was zij op de hoogte van dit onderzoek? Wat vindt ze van de matige beoordeling van de installatie van elektronische gegevensverwerking in de Belgische gezondheidszorg? Erkent ze ook de nood aan meer samenwerking en wisselwerking tussen diegenen die het platform moeten beheren?

06.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Het onderzoek, TEMPEST genaamd, wil vooral een inschatting geven van de effectieve overgang van de gezondheidssystemen naar een systeem waarbij de technologie essentieel is voor het vereenvoudigen van zaken. Momenteel lijken de resultaten niet helemaal representatief, vermits de referentiegegevens voor de verschillende landen niet dezelfde periode dekken. Voor België werd de situatie in 2008 en 2009 bekeken. Mocht men het onderzoek vandaag overdoen, dan zou de rangschikking helemaal anders zijn. Er werden immers enorme inspanningen gedaan, die pas nu

zichtbaar worden, zoals de ontplooiing van gezondheidsnetwerken en de komst van het elektronisch voorschrift.

Ook werd de score enkel toegekend op basis van publiek beschikbare gegevens, wat in België onvermijdelijk leidt tot een andere inschatting van de vooruitgang. En sommige slechte indicatoren, zoals het bevolkingsaandeel dat internet gebruikt, het elektronische beheer van de patiëntengegevens, de ontplooiing van de e-diensten en dergelijke meer, zijn moeilijk te begrijpen in de Belgische context.

Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.

Het onderzoek bekijkt de integratie van een eHealthbeleid ook in een Europees en internationaal kader. Daar is sprake van een snelle evolutie. België is in het epSOS-project gestapt en zal een van de componenten van het nieuwe Europese initiatief rond beheer inzake e-gezondheid leiden. Dit alles maakt dat we de resultaten van het onderzoek sterk moeten nuanceren, zeker omdat andere recente onderzoeken een snelle vooruitgang in de afgelopen jaren laten zien. De belangrijkste aanbevelingen van het onderzoek worden in België al toegepast, zeker wat de steun betreft aan de lokale en regionale initiatieven. Binnenkort wordt het onderzoeksteam gecontacteerd om een en ander te laten evolueren.

06.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Het is goed dat de onderzoekers zullen worden gecontacteerd om de situatie nu te bekijken. Zij hebben overigens zelf aangegeven dat onze gezondheidszorg zeer goed georganiseerd is. Men heeft 84 verschillende indicatoren onderzocht. De minister kan de onderzoekers misschien ook duidelijk maken dat de situatie in België zeker niet eenvoudig is.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Karin Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent" (nr. 2697)

07.01 Karin Temmerman (sp.a): In oktober 2010 heb ik minister De Clerck gevraagd hoe het zat met het aanbestedingsdossier voor de uitbater van het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent. Hij zei toen dat de beslissing al was genomen, maar dat het nog definitief moest worden geagendeerd. In mei 2011 zou gestart worden met de bouw van het centrum.

Is er al zicht op de mogelijke exploitant?

07.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Er moet zo snel mogelijk een uitbater worden aangeduid voor het FPC te Gent en daarop heb ik ook meermaals aangedrongen bij mijn collega De Clerck. Ik heb nog geen kennis van kandidaat-exploitanten, maar ik heb op 19 november 2010 mijn bemerkingen ter zake bezorgd aan het kabinet van Justitie. Op 18 februari is er een vergadering gepland. Bij een volgende ontmoeting zal ik dus meer weten.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de ombudsfunctie in de gezondheidszorg" (nr. 2314)

08.01 Colette Burgeon (PS): De directeur van het WHO-programma, professor Yvo Nuyens, pleitte onlangs voor een nieuw systeem voor de behandeling van klachten in de gezondheidszorg. De Koning Boudewijnstichting is ook bijzonder actief op dat gebied. Sinds 2002 werden er een aantal opmerkelijke bepalingen met betrekking tot patiëntenrechten in de wetgeving opgenomen en werden er diverse maatregelen getroffen om de inachtneming van die rechten te waarborgen.

Hebt u kennisgenomen van de opmerkingen van professor Nuyens, en kunt u deze even kort voor ons uiteenzetten? Lijken die opmerkingen u relevant?

Op welke manier moet er gevolg worden gegeven aan de aanbevelingen en aan de suggestie om het huidige

bemiddelingssysteem te herzien, zoals geformuleerd door de Koning Boudewijnstichting in de studie *Klachtenbehandeling en ombudsfunctie in de gezondheidszorg – Naar een nieuw systeem in België?*

Worden die aanbevelingen geëvalueerd en overgenomen door de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt'?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik heb kennisgenomen van het artikel van professor Nuyens, dat gebaseerd is op de verslagen van de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt' en van de Koning Boudewijnstichting, evenals op de aanbevelingen van het Vlaams Patiëntenplatform. Daarin wordt gewezen op een toename van het aantal klachten en worden de moeilijkheden geschetst die zich in het kader van de bemiddeling voordoen. Tot besluit van het artikel geeft de professor een korte samenvatting van het voorstel van de Koning Boudewijnstichting.

De KBS stelt voor de bemiddelingsfunctie volledig te herzien, wat momenteel in het kader van de lopende zaken onmogelijk lijkt. Ik heb de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt' gevraagd een advies uit te brengen over het verslag van de KBS en de meest interessante voorstellen naar voren te brengen. Ik zal vervolgens mijn administratie vragen een hervorming voor te stellen. Wij zullen dan zien of wij actie kunnen ondernemen.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw **Colette Burgeon** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "*saviour babies*" (nr. 2699)

09.01 **Colette Burgeon** (PS): In Frankrijk werd de eerste *saviour baby* geboren, die compatibel is met een van zijn oudere broertjes die aan een ernstige genetische ziekte lijdt. Na de geboorte kan navelstrengbloed van de baby worden gebruikt voor de verzorging van het zieke kind.

Hoe zouden de ouders hebben gereageerd indien geen enkele van de gezonde embryo's compatibel was geweest met het zieke oudere kind? Hoe zal de baby reageren wanneer hij later zijn conceptieverhaal te horen krijgt? Dit procédé kost handenvol geld en er rijzen dan ook vragen bij de toegankelijkheid ervan. Bovendien moeten we ons afvragen waar men de grens legt om eugenetische ontsporingen te voorkomen.

Wat is de situatie in ons land? Wat bepaalt de wet in dit verband? Hoeveel *saviour babies* werden er al in België geboren? Krijgen de ouders psychologische begeleiding?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik gruw van de Franse term *bébé-médicament* voor een donorbaby.

Krachtens de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten is genetische pre-implantatiediagnostiek in België uitzonderlijk toegestaan in het therapeutisch belang van een reeds geboren kind van de wensouder(s). Het fertiliteitscentrum moet beoordelen of de kinderwens niet uitsluitend ten dienste staat van dat therapeutisch belang, en die beoordeling moet worden bevestigd door het geraadpleegde centrum voor menselijke erfelijkheid. Het staat dus aan de onderscheiden fertiliteitscentra om elk dossier te onderzoeken, de bevruchting al dan niet toe te staan, en te zorgen voor de nodige medische en psychologische follow-up.

Volgens het fertiliteitscentrum van het AZ-VUB, het enige in België dat op dat vlak actief is, zouden er in ons land dertig *saviour babies* zijn geboren; de verhouding tussen Belgische en buitenlandse paren kennen we niet.

09.03 **Colette Burgeon** (PS): Als er al twee of drie zieke kinderen zijn, is het niet eenvoudig om uit te maken of er nog een echte kinderwens is. Op het gebied van de wetgeving kunnen we moeilijk nog verder gaan.

09.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Men noemt ze ook reddingsbaby's, wat veel beter klinkt!

Het incident is gesloten.

10 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "PSH-netwerken" (nr. 2700)

10.01 Manu Beuselinck (N-VA): Volgens het KB van 2006 betreffende de nood- en interventieplannen zijn gemeenten verplicht om een structuur te realiseren die kan instaan voor psychosociale hulp bij noodsituaties. Zo'n PSH is een netwerkorganisatie van lokale diensten die kunnen inspringen wanneer de bestaande psychosociale diensten onvoldoende hulp kunnen bieden vanwege het dringende, massale of onverwachte karakter van de situatie.

De mensen die in zo'n PSH werken zijn bijna allemaal vrijwilligers. De steden en gemeenten zijn verplicht om een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid af te sluiten, maar een verzekering arbeidsongevallen is niet verplicht.

Op 22 april 2010 werd er overlegd tussen Ethias en de FOD Volksgezondheid over deze materie. Ethias heeft zich toen geëngageerd een document uit te werken op basis waarvan een algemene regeling kan worden gerealiseerd, maar dat is tot nu toe nog niet gebeurd.

Wat zal de minister ondernemen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De wet bepaalt inderdaad dat ook de vrijwilligers van een psychosociaal hulpverleningsnetwerk verzekerd moeten zijn. De dienst Crisisbeheer van mijn administratie heeft Ethias gecontacteerd om deze problematiek te onderzoeken en Ethias heeft ons eind november een nota bezorgd. Mijn administratie moet mij de nota en de juridische analyse ervan nog bezorgen, vooraleer ik ze kan verspreiden, wat op korte termijn zal gebeuren.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de psychiaters-deskundigen van de Gerechtelijk-Geneeskundige Dienst" (nr. 2739)

11.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): De Gerechtelijk-Geneeskundige Dienst (GGD) moet ten behoeve van de overheid de invaliditeitsgraad van oorlogsslachtoffers bepalen.

Over welk budget beschikt die dienst om de psychiatrische deskundigenonderzoeken uit te voeren? Hoe worden de psychiaters-deskundigen van de GGD geselecteerd? Welke opdrachten moeten ze uitvoeren? Hoeveel tijd hebben ze voor hun onderzoek? Hoeveel bedraagt hun ereloon? Waarom moet een burgerlijk oorlogsslachtoffer dat in Brussel woont, zich naar Montignies-sur-Sambre begeven om zijn invaliditeitsgraad te laten vaststellen, terwijl er in Brussel 306 Franstalige psychiaters praktiseren?

11.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De begroting 2011 van de Gerechtelijk-Geneeskundige Dienst bedraagt in totaal 598.000 euro. Die begroting bevat geen aparte rubrieken met betrekking tot de psychiatrische onderzoeken.

De psychiaters-deskundigen van de GGD worden als geneesheer-deskundige erkend door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort. De voorzitter van de GGD bezorgt de minister een lijst van kandidaten, na advies van het college van gerechtelijk-geneeskundige rechtspraak.

De GGD vraagt dat de psychiaters-deskundigen een omstandig advies uitbrengen in opdracht van de administraties die daarom verzoeken. Ze beschikken over een termijn van twee maanden.

Wat hun ereloon betreft, past de GGD de bepalingen toe van het koninklijk besluit van 23 december 1975, waarin gesteld wordt dat de medische prestaties uitgevoerd door artsen niet-ambtenaren (...) vergoed worden overeenkomstig de tarieven die worden toegepast inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Op 1 januari 2011 was dat 61,32 euro.

Momenteel zijn er drie psychiatrische specialisten erkend, maar ze weigeren thans te werken tegen het voorgeschreven tarief. Eén Franstalige psychiater is bereid tegen dit tarief te werken. Hij oefent zijn praktijk uit in Montignies-sur-Sambre. Er is duidelijk een probleem. We zullen moeten bekijken wat er kan worden gedaan, uiteraard binnen de grenzen van de begroting.

11.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): De enige psychiater die bereid is om dit te doen is niet erkend. Dit vormt wettelijk gezien een probleem. Zou het niet aangewezen zijn om een oproep tot kandidaatstelling te lanceren? Betekent dit niet dat het onmogelijk is om dat werk tegen die prijs te doen? Gezien hun gevorderde leeftijd is het voor de oorlogsslachtoffers niet echt eenvoudig om zich naar Montignies-sur-Sambre te begeven. Er moet snel een meer praktische oplossing worden gevonden.

11.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Mijn administratie heeft zoveel mogelijk psychiaters gecontacteerd. Zij zijn echter niet bereid om tegen dat tarief te werken.

11.05 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Dat tarief ligt dan ook zeer laag!

11.06 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ja, maar het is nu eenmaal zo. Die tarieven hebben altijd voor problemen gezorgd bij het vinden van gegadigden, want in de privésector verdienen ze veel meer. Ik ben mij daar zeer goed van bewust, maar men kan niet eisen dat er overal wordt bespaard en daarna telkens de uitgaven verhogen. Men moet keuzes maken.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het uitvoeren van een epidemiologisch onderzoek in de buurt van de Belgische nucleaire sites" (nr. 2746)

12.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Naar aanleiding van een incident bij het Nationaal Instituut voor Radio-elementen in de zomer van 2008 deelde uw collega Magnette ons mede dat er een epidemiologisch onderzoek zou worden uitgevoerd.

In 2010 zei u mij dat het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) belast werd met een landelijk epidemiologisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van de mensen die vlak bij een nucleaire site wonen (Tihange, Fleurus, Mol, Doel, maar ook Chooz, aan de Franse grens, en Borssele aan de Nederlandse grens). Dat onderzoek zou op basis van de gegevens van het Nationaal Kankerregister worden verricht.

Kunt u mij het tijdpad voor de werkzaamheden van het WIV meedelen? Zijn er al eerste resultaten bekend? Welke financiële en personele middelen worden het WIV ter beschikking gesteld om dat onderzoek uit te voeren? Werd er een begeleidingscomité opgericht? Worden er onafhankelijke wetenschappers en vertegenwoordigers van plaatselijke gemeenschappen bij betrokken? In hoeverre zal het WIV de resultaten van dat onderzoek bekendmaken? Wordt er voor Chooz en Borssele een samenwerking met de Franse of Nederlandse overheid in het vooruitzicht gesteld?

12.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In het najaar van 2008 heb ik het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) opgedragen een nationale epidemiologische studie uit te voeren naar de gezondheidstoestand van personen die in de nabijheid van een nucleaire site wonen. Het kader van die studie werd bepaald in overleg met verschillende partners (Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, Stichting Kankerregister en FOD Volksgezondheid). De Stichting Kankerregister heeft een eerste statistische telling uitgevoerd op grond van de nationale gegevens voor de periode 2004 tot 2006.

Het WIV is begin 2010 met de studie van start gegaan. Op vraag van vele media heb ik op 25 maart 2010 de eerste incidentiecijfers meegedeeld. Uit de eerste gegevens bleek dat er opmerkelijke verschillen bestaan tussen het noorden en het zuiden van het land, maar ook binnen dezelfde zone. Ik heb het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vervolgens opgedragen te onderzoeken hoe die ziekten worden gediagnosticeerd.

Sinds 10 februari jongstleden is er een nieuwe update van het nationale Kankerregister beschikbaar. Het

WIV is bezig met de analyse van de nieuwe gegevens. Aangezien het om zeldzame ziekten gaat, is het belangrijk dat we over een zo volledig mogelijke databank beschikken om uit een statistisch oogpunt geldige conclusies te kunnen trekken.

Tegen eind juni 2011 wordt een eerste partieel rapport ingewacht. In het eindrapport van het WIV zullen de resultaten van de studie van het KCE betreffende de diagnose en de behandeling van schildklierstoornissen in België worden opgenomen. Het eindresultaat van de werkzaamheden van het WIV, de Stichting Kankerregister en het KCE zal worden bevestigd door een begeleidingscomité bestaande uit nationale en internationale deskundigen. Het definitieve rapport van de epidemiologische studie zou dus eind dit jaar of begin volgend jaar beschikbaar moeten zijn.

Ik kom tot de financiële en de personele middelen die voor dit onderzoek ter beschikking van het WIV worden gesteld. Het gaat om een arts (een maand als vte); in 2006 ging het om een arts (twee maanden) en een statisticus (een maand als vte). In 2011 zullen een arts en een bioloog samen zes maanden als vte werken, en een statisticus drie maanden. Er werden geen specifieke financiële middelen uitgetrokken voor deze studie.

De gegevens van het Kankerregister werden gratis ter beschikking gesteld van het WIV, in het kader van een samenwerkingsverband. Met betrekking tot de centrale van Chooz was zo een samenwerkingsverband overbodig, aangezien het WIV over alle nodige gegevens beschikte.

12.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Wat de samenwerking met Frankrijk en Nederland betreft, kunnen die landen ons wellicht informatie bezorgen, maar ik denk dat ons land ook zou kunnen aansturen op een herziening van het nucleaire beleid aldaar.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een informaticapremie voor verpleegkundigen" (nr. 2758)

13.01 Manu Beuselinck (N-VA): Op basis van het KB van 21 april 2007 wordt onder bepaalde voorwaarden aan verpleegkundigen een financiële tegemoetkoming uitbetaald van ongeveer 800 euro per jaar voor het gebruik van gehomologeerde software om onder andere patiëntendossiers te beheren. Deze tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw worden aangevraagd en de softwareleverancier moet bevestigen dat de verpleegkundige het pakket effectief bezit.

Wordt er systematisch of door middel van steekproeven gecontroleerd of de aanvragen voor een tegemoetkoming correct zijn? Kan het bezit van software hier worden beschouwd als het hebben van een licentie om de software te gebruiken en dan enkel zoals bepaald in de licentie? Hoeveel tegemoetkomingen werden toegekend in 2006 en in de daaropvolgende jaren in de drie Gewesten? Hoeveel tegemoetkomingen werden er vanaf 2006 toegekend aan vzw's in de drie Gewesten?

13.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Systematisch wordt nagegaan of de aanvragen volledig zijn ingevuld en ondertekend door de verpleegkundige en de softwareleverancier. Gerichte controles door de controlediensten van het RIZIV zijn mogelijk, maar werden voorlopig nog niet systematisch uitgevoerd. Verpleegkundigen moeten inderdaad een gehomologeerd softwarepakket bezitten en gebruiken, onder rechtstreeks of onrechtstreeks beheer. De softwareleverancier bevestigt het bezit van de licentie op het aanvraagformulier, hoewel dit niet gekoppeld hoeft te zijn aan een gebruikerslicentie. De gegevens over het aantal terugbetalingen voor de jaren 2006-2009 zal ik schriftelijk bezorgen, maar voor 2010 zijn ze nog niet beschikbaar. De opsplitsing per Gewest probeer ik zo snel mogelijk te bezorgen. Er zijn geen gegevens over het aantal tegemoetkomingen dat werd uitbetaald aan vzw's.

Het incident is gesloten.

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de registratie van zorgkundige"

(nr. 2760)

- de heer **Manu Beuselinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verwarring met betrekking tot de registratie van zorgkundigen" (nr. 2776)

14.01 Nathalie Muylle (CD&V): Een circulaire regelt, in uitvoering van verschillende KB's uit 2006, de handelingen die verpleegkundigen kunnen delegeren aan zorgkundigen en de voorwaarden om zorgkundige te worden.

De regelgeving van 2006 is zeer complex. Er zijn twee grote groepen. De eerste groep is vandaag al op het terrein actief als zorgkundige, vooral op basis van kwalificaties. Die mensen hebben hun registratie al. Een andere groep werkt met een voorlopige registratie, omdat ze in 2006 onvoldoende kwalificaties hadden en niet lang genoeg in een verzorgingsinstelling hadden gewerkt. Tegen 13 februari 2011 moesten ze het bewijs kunnen leveren 120 uren opleiding gevolgd te hebben, om volwaardige zorgkundige te worden.

Er zouden honderden, misschien zelfs duizenden, dossiers wachten op definitieve registratie. Ondertussen schreeuwen ziekenhuizen, maar vooral ook thuisverpleging, rusthuizen, RVT's en PVT's om meer handen.

We hebben daarnet gehoord dat de minister hiervan op de hoogte is. Wat is de aanpak?

Ik heb er begrip voor dat het onderzoek een moeilijke taak is voor de administratie. Er zouden door personeelsgebrek bijna geen aanvragen van zorgkundigen meer vanuit de administratie naar de erkenningscommissie gaan. Wat zal de minister doen? Hoe zal ze op korte termijn een verandering doorvoeren zodat die registratie vlotter kan verlopen?

Heel wat mensen hebben hun registratie vandaag nog niet ontvangen. Blijft de deadline 13 februari? Is er een overgangperiode?

Ik heb Vlaams minister Vandeuren horen zeggen dat er over enkele jaren 58 procent meer zorgkundigen nodig zullen zijn. Hoeveel van die mensen zijn effectief aanwezig op het terrein, definitief of voorlopig geregistreerd? Wordt daarvan een kadaster bijgehouden?

Momenteel is iemand automatisch zorgkundige wanneer hij zijn eerste jaar als bachelor in de verpleegkunde of gebrevetteerde heeft voltooid. Heel wat bachelorstudenten vragen om tijdens hun studies automatisch die registratie te krijgen, omdat zij tijdens de vakantie in instellingen werken.

Aan de Nationale Raad voor Verpleegkunde is een advies over de automatische registratie gevraagd. Wat is de stand van zaken? Hoe staat het met het KB om de erkenningscommissie te wijzigen?

Het KB van 2006 bepaalt ook dat bij een definitieve registratie de Provinciale Geneeskundige Commissies het visum moeten verstrekken, maar die hebben geen weet van deze bepaling. Nu wordt het visum door de FOD Volksgezondheid verstrekt. Hierdoor moet nog langer worden gewacht op de registratie.

De **voorzitter**: Ik ben het ermee eens dat dergelijke onderwerpen aan bod komen, maar dat moet wel vooraf worden gemeld. Het bestek van vijf minuten voor een vraag is daarvoor te kort.

14.02 Nathalie Muylle (CD&V): Wij hebben daarstraks met de heer Bonte afgesproken om een deel van de vragen morgen in plenaire zitting te stellen. De minister heeft gevraagd om die vandaag in de commissie samen te voegen. Dat was in overleg met de heren Beuselinck en Bonte.

14.03 Manu Beuselinck (N-VA): Ik sluit mij aan bij collega Muylle. Kan de minister een idee geven over de toekomstige nood aan zorgkundigen en verpleegkundigen? Moet er niet dringend werk worden gemaakt van

een kadaster?

14.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Uiteraard ben ik op de hoogte van de onrust die de wetgeving over de bekwaamheid van de zorgkundigen veroorzaakt. Het KB van 12 januari 2006 preciseert de criteria om het beroep te mogen uitoefenen. Mijn voorganger heeft daarover uitvoerig gecommuniceerd, maar de betrokkenen hebben niet alle elementen van die nieuwe voorwaarden ingeschat. Het was ook niet mogelijk om alle betrokkenen individueel te benaderen.

Ik heb al veel vragen gekregen over deze nieuwe regelgeving. Ik heb onophoudelijk overlegd met de verschillende partijen en op alle vragen geantwoord. De gegevens staan op de website van de FOD Volksgezondheid en zijn beschikbaar via het callcenter. Ook de Gemeenschappen kunnen inlichtingen geven. De vakbonden en werkgeversorganisaties werden regelmatig op de hoogte gebracht van de voorbereiding van de KB's.

De overgangsmaatregelen werden een eerste keer met een jaar verlengd tot 31 december 2009, maar dat bleek onvoldoende om de bijkomende opleiding voor iedereen te kunnen organiseren. Een nieuw KB was klaar in april 2010. De lopende zaken hebben de publicatie ervan aanzienlijk vertraagd. Op 11 februari ontving ik het advies van de Raad van State. In de loop van de volgende dagen zal het KB verschijnen. Dit KB verlengt de termijn om de dossiers in te dienen tot 30 juni 2012 en maakt de voorlopige inschrijving geldig tot 30 juni 2016.

Mijn administratie en die van de Gemeenschappen zal met de erkenningscommissie van de NRV samenwerken, om mensen met een negatief antwoord mee te kunnen delen welke bijkomende opleiding ze moeten volgen. De Vlaamse Gemeenschap heeft haar werk al afgerond. In de andere Gemeenschap is dat werk nog aan de gang.

De situatie sinds 2008 is bijzonder omdat nieuwe maatregelen, overgangsmaatregelen en definitieve maatregelen zich opstapelden. Deze uitzonderlijke toestand is bijna ten einde. De NRV heeft voorstellen gedaan met betrekking tot de inschrijving van studenten verpleegkunde op het einde van het eerste jaar. Ik onderzoek hoe we de procedure kunnen verlichten en versnellen, met behoud van hun juridische zekerheid. We denken aan een elektronische oplossing, maar daarvoor hebben we momenteel niet de middelen.

Op 1 februari 2011 waren er 69.389 zorgkundigen ingeschreven, van wie 8.265 voorlopig en 61.124 definitief. Onder hen waren er 3.038 met de bacheloropleiding begonnen, 379 met de opleiding van gegradueerde en 4.352 met een opleiding voor de brevetten.

We kunnen onmogelijk weten hoeveel zorgkundigen we vandaag nodig hebben. De FOD Volksgezondheid telt het aantal zorgkundigen dat is ingeschreven in de federale gegevensbank van de gezondheidsberoepen, maar er bestaat geen kadaster van hun activiteiten.

In 2010 heeft mijn administratie een project opgestart om jaarlijks alle gegevens die vallen onder artikel 35^{quaterdecies} van KB 78 over de uitoefening van de gezondheidsberoepen te verkrijgen via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. De gegevensbank bevat ook gegevens van geregistreerde zorgkundigen die de job niet uitoefenen. Uit de statistieken van de ziekenhuizen en van het RIZIV blijkt hoeveel fulltime equivalenten er in een bepaald jaar actief zijn.

Het is ons plan om de gegevensbanken voor alle gezondheidsberoepen aan elkaar te koppelen. Op basis van de bevolkingsgroei kan een toename van de behoeften worden voorspeld, maar er bestaan geen criteria om die behoeften nauwkeurig te bepalen.

De nieuwe erkenningscommissie zal de wettelijke voorschriften uiteraard naleven. Haar bevoegdheden zijn wettelijk gedefinieerd en het KB over de samenstelling en de organisatie wordt voorbereid. De ministeriële rondzendbrief van 8 november 2006 bepaalt inderdaad dat de zorgkundigen een visum moeten vragen bij de

geneeskundige commissie van de provincie waar zij zullen werken. Maar het KB van 8 februari 2007 impliceert dat het directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer de diploma's van een visum voorziet, zodat de circulaire op dat punt niet meer geldt en dat de zorgkundigen hun inschrijvingsattest en visum gelijktijdig krijgen.

14.05 Nathalie Muylle (CD&V): De minister is momenteel de hele structuur aan het wijzigen: de Nationale Raad voor Verpleegkunde wordt de Federale Raad voor Verpleegkunde, de technische commissie blijft en er is ook de erkenningscommissie. Uit haar antwoord blijkt duidelijk de complexiteit van de materie. Door de hoge kosten ten gevolge van de vele opleidingsuren zullen werkgevers daarin niet zo makkelijk investeren. Misschien zou de minister in de nieuwe taakverdeling van de Federale Raad voor Verpleegkunde de hele wetgeving opnieuw kunnen bekijken.

Ik ben zeer blij met de overgangsmaatregelen, de duidelijkheid over het visum en de Provinciale Geneeskundige Commissies en ook met de hoger dan verwachte cijfers. De wachttijden blijven een pijnpunt door het tekort aan personeel, maar daar is de minister naar eigen zeggen volop mee bezig. Wanneer kunnen we de nieuwe structuur van de erkenningscommissie verwachten?

14.06 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ik onderzoek de kwestie, maar in een periode van lopende zaken kunnen we niemand benoemen!

14.07 Manu Beuselinck (N-VA): Het is zeer goed dat de minister werk zal maken van de grote hoeveelheid informatie en die ook wil koppelen. Een goed beleid is hier absoluut noodzakelijk.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 2771 van mevrouw Becq wordt uitgesteld.

15 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het hoge aantal Roemeense artsen dat in België werkzaam is" (nr. 2805)

15.01 Rita De Bont (VB): In 2009 zouden 184 Roemeense artsen in ons land aan de slag zijn gegaan, vooral als spoedarts. Men kan ze niet weigeren en wellicht zijn ze ook welkom omdat spoedarts een knelpuntberoep is. De meeste van die artsen hebben geen RIZIV-nummer en werken onder de paraplu van een Belgische arts. Daardoor kunnen ze niet gemakkelijk worden gelokaliseerd en weet men ook niet hoeveel prestaties ze verrichten.

Hoe en in welke mate houdt men rekening met deze buitenlandse artsen in het kadaster voor geneesheren en specialisten? Is het te verantwoorden dat het aantal Belgische artsen dat in ons land mag beginnen wordt beperkt, terwijl artsen uit de EU vrij in ons land aan de slag kunnen? Hoe kan men de prestaties van deze artsen controleren op kwaliteit en hoe kan men nagaan of de vergoedingen kloppen? Hoeveel EU-artsen zijn er van 2006 tot 2010 in Vlaanderen, Brussel en Wallonië tewerkgesteld? Hoeveel van deze artsen zijn eventueel na specialisatie naar hun land van herkomst teruggekeerd?

15.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): In overeenstemming met de Europese richtlijn betreffende de erkenning van de beroepskwalificatie, kan elke arts uit de EU vrij in België komen werken. Een arts kan vragen om zijn specialisatie in België te mogen doen door een stageplan bij een erkenningscommissie in te dienen. Hij geniet dan dezelfde rechten als alle andere artsen in opleiding, maar wordt niet onderworpen aan het numerus clausussysteem. Eigenlijk beschermt dat de Belgische artsen, want de beperkte plaatsen kunnen niet door buitenlandse artsen worden ingenomen. De Europese regels staan niet toe om kandidaten te weigeren op voorwaarde dat er genoeg stageplaatsen zijn en dat hun stageplannen aanvaard worden. We moeten het medische aanbod dus grondig in Europese context herbekijken.

EU-artsen kunnen ook beslissen hier niet te specialiseren en om een RIZIV-nummer vragen dat eindigt op

000, wat voor een beperkte toegang tot de RIZIV-nomenclatuur staat.

Dat Roemenen graag naar hier komen heeft te maken met de betere lonen, met het feit dat Roemenië 4.000 artsen per jaar opleidt en met hun doorgaans goede kennis van het Frans.

In Frankrijk doet zich een vergelijkbare situatie voor. Het is onmogelijk om te voorspellen of dit fenomeen zal aanhouden en of deze artsen zich duurzaam in België zullen vestigen.

In België is geen RIZIV-nummer nodig om op een wettelijke manier geneeskunde uit te oefenen, maar wel om de verrichtingen bij de ziekte- en Invaliditeitsverzekering in rekening te kunnen brengen. In het kadaster van de geneeskundige beroepen staan alle artsen die in België wonen en werken, ongeacht hun RIZIV-nummer, nationaliteit of land van herkomst. Het arbeidsstelsel van deze artsen hangt af van hun statuut. De FOD Werk en Arbeid is bevoegd voor de controle op de werkuren van de artsen in loondienst en in opleiding. Zelfstandige artsen zijn niet gebonden aan de wet op de arbeidstijd.

Over de taaltests heb ik al geantwoord bij de vraag van mevrouw Gerkens. Ik bezorg de gevraagde statistische gegevens graag in het kader van een schriftelijke vraag.

15.03 Rita De Bont (VB): Ik ben blij dat de overheid weet waar deze artsen werken en dat zij in het kadaster zijn opgenomen. Zolang een arts die in Vlaanderen of Brussel werkt, Nederlands spreekt, maakt de nationaliteit niet uit. Ik heb het er wel moeilijk mee dat onze artsen soms niet kunnen beginnen, terwijl er wel tal van buitenlandse artsen aan de slag gaan.

Het incident is gesloten.

16 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het offlabelgebruik van geneesmiddelen" (nr. 2807)

16.01 Damien Thiéry (MR): Bij offlabelgebruik wordt een geneesmiddel gebruikt voor een andere indicatie, in een andere dosering of met een andere toedieningsfrequentie dan die welke in de vergunning voor het in de handel brengen zijn opgegeven. Het is bekend dat bepaalde geneesmiddelen, meer bepaald antidepressiva, worden gebruikt om rokers te helpen stoppen met roken, hoewel dat geen therapeutische indicatie voor die middelen is. De farmaceutische industrie kan belang hebben bij offlabelgebruik, maar ook voor de patiënt kan het een goede zaak zijn.

Wat is uw mening over offlabelgebruik? Overweegt u regelgevend op te treden?

16.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het koninklijk besluit nr. 78 bepaalt dat er aan artsen geen reglementaire beperkingen mogen worden opgelegd bij de keuze van de middelen die aangewend moeten worden.

In een in 2010 uitgebracht advies oordeelde de Nationale Raad van de Orde van geneesheren dat de arts uit een juridisch oogpunt verantwoordelijk is voor het *off-label* voorschrijven van geneesmiddelen. Een dergelijk voorschrift kan worden verantwoord indien het belang van de patiënt primeert, maar moet steunen op wetenschappelijke gronden en in overeenstemming zijn met de wet. De patiënt moet op de hoogte worden gebracht van de bijwerkingen en van de voor- en nadelen van het geneesmiddel.

De patiënt moet zijn toestemming verlenen. In het kader van het project 'Actieve geneesmiddelenbewaking' dringt het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten aan op het melden van bijwerkingen bij offlabelgebruik.

Reclame voor een geneesmiddel is strikt verboden als daarin het gebruik van dat geneesmiddel gepromoot wordt voor indicaties, een dosering, een therapeutisch schema of een leeftijdsgroep die niet conform zijn met de gegevens die werden goedgekeurd in het kader van de vergunning om dit geneesmiddel in de handel te brengen.

Wat het offlabelgebruik van geneesmiddelen betreft, bestaat er ook een medisch noodprogramma. Dit programma bestaat erin bedrijven toe te laten een geneesmiddel dat over een vergunning beschikt, ter beschikking van de patiënten te stellen en het te gebruiken voor een indicatie die niet in het kader van deze vergunning is toegestaan.

Deze problematiek van het offlabelgebruik van geneesmiddelen werd naar voren gebracht tijdens het Belgische EU-voorzitterschap. Dit probleem doet zich vaak voor met geneesmiddelen die aan kinderen worden toegediend. Dankzij verordening (EG) nr. 1901/2006 wordt het gebruik van geneesmiddelen bij kinderen steeds nauwkeuriger bepaald. Het pediatrisch offlabelgebruik van geneesmiddelen zou de komende jaren dan ook moeten afnemen, waardoor de gezondheid van kinderen beter beschermd zal worden.

Over dit probleem wordt er tevens nagedacht in het kader van het nationaal plan voor zeldzame ziekten, aangezien het *off-label* voorschrijven van geneesmiddelen hier vaak de enige mogelijkheid is voor een behandeling.

16.03 Damien Thiéry (MR): Als we deze materie opnieuw zouden moeten bekijken, zou het interessant zijn dat ook de terugbetalingen aan bod zouden komen.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "ouders die weigeren hun kinderen te laten inenten" (nr. 2808)

17.01 Damien Thiéry (MR): Bestaat er naar uw weten, in het kader van uw bevoegdheden, een Belgisch onderzoek over het aantal gevallen waarin ouders weigeren hun kind te laten inenten? Zo ja, werd er actie ondernomen om die kwestie aan te pakken?

17.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Onze administratie wordt door de gemeenten ingelicht indien het bewijs van naleving van de wetgeving betreffende het vaccinatiestatuuut van het kind niet werd ontvangen.

De federale gezondheidsinspecteurs sturen drie rappels naar de ouders of voogden van het betrokken kind voor ze proces-verbaal opmaken. Tijdens deze rappelprocedure gebeurt het dat de betrokkenen weigeren het kind te laten inenten. De federale gezondheidsinspecteur herinnert hen dan aan de wetenschappelijke argumenten die de goedgekeurde gezondheidsbeslissing rechtvaardigen. Als de ouders of voogden blijven weigeren, wordt er een individueel gesprek met een gespecialiseerde verpleegkundige georganiseerd.

De dossiers die na afloop van de procedure nog niet in orde zijn, worden naar het parket gestuurd. De minister van Justitie zou u kunnen inlichten over het aantal behandelde dossiers.

17.03 Damien Thiéry (MR): Komt het probleem niet vaker in bepaalde gemeenschappen voor?

17.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het is vooral een kwestie van religie.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "spirometrie in de praktijk" (nr. 2809)

18.01 Damien Thiéry (MR): Nu kunnen alleen huisartsen die een opleiding van tien uur gevolgd hebben, een vergoeding van 11,90 euro krijgen voor het uitvoeren van een spirometrie. De Belgische Vereniging voor Pneumologie pleit voor de algemene invoering van die techniek, en beschouwt de spirometrie als een instrument voor de opvolging van een ziekte en van de uitwerking van de behandeling.

Beschikt u over statistieken met betrekking tot de resultaten die met die techniek behaald worden? Wat denkt u over het pleidooi van de Belgische Vereniging voor Pneumologie voor de spirometrie?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): In de internationale literatuur wordt het belang van de spirometrie bij de diagnose en de opvolging van bepaalde longaandoeningen bevestigd. Twee jaar geleden heeft het RIZIV richtlijnen gepubliceerd voor de behandeling van astma en COPD. In 2008 is er ook een studie verschenen in het *British Medical Journal*. Daarin werd aangetoond dat het meedelen aan rokers van de spirometrisch bepaalde longleeftijd de kans op rookstop significant verhoogt. Op grond van deze bevindingen werd er in juni 2007 besloten de terugbetaling voor spirometrie met of zonder bepaling van de reversibiliteit uit te breiden tot de huisartsen.

De handeling wordt terugbetaald indien ze wordt uitgevoerd door erkende huisartsen die een door een universiteit of wetenschappelijke vereniging verstrekte opleiding van minimum tien uur hebben gevolgd. Deze opleiding is ook vereist voor andere technische handelingen, zoals bijvoorbeeld electrocardiografie.

Er bestaat nog geen Belgische studie over de impact van die maatregel op de gezondheid.

18.03 **Damien Thiéry** (MR): Deze opleiding zou misschien verplicht gegeven moeten worden tijdens de laatste cyclus.

Het incident is gesloten.

19 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de oproep tot waakzaamheid van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Plastische, Reconstructieve en Esthetische Chirurgie (RBSPS) inzake borstprothesen" (nr. 2810)**

19.01 **Damien Thiéry** (MR): Uit een onderzoek van de Amerikaanse Food and Drug Administration blijkt dat vrouwen met borstimplantaten een verhoogd risico zouden hebben op een zeldzame vorm van lymfeklierkanker. De Koninklijke Belgische Vereniging voor Plastische, Reconstructieve en Esthetische Chirurgie (RBSPS) heeft de geneesheren gevraagd om aandacht te hebben voor de symptomen en om elk mogelijk geval te melden, hoewel er in België blijkbaar geen enkel geval bekend is. De situatie is dus zeker niet onrustwekkend, maar oplettendheid is geboden.

Bent u op de hoogte van deze studie? Indien men weet over welk type prothese het gaat, moet men het dan niet preventief verbieden?

19.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het Belgisch Geneesmiddelenagentschap werd over deze studie ingelicht. De afgelopen dertien jaar zouden er wereldwijd zestig gevallen geregistreerd zijn. Er zijn vijf à tien miljoen vrouwen met een borstimplantaat. Vooralsnog kan er niet met zekerheid worden bevestigd dat er een verband is tussen dergelijke implantaten en die bepaalde soort lymfomen. Daarvoor zullen bijkomende gegevens nodig zijn. De FDA is van oordeel dat de implantaten veilig zijn indien zij op een correcte manier worden geïmplant. Zij heeft niet kunnen aantonen dat bepaalde implantaten een hoger risico zouden inhouden dan andere.

Er zijn dus onvoldoende gronden om borstimplantaten op ons grondgebied te verbieden. Het lijkt me echter aangewezen dat artsen aandacht hebben voor de betrokken symptomen en dat zij ieder mogelijk geval melden aan de Dienst Medische Hulpmiddelen (materiovigilantie) van het FAGG.

19.03 **Damien Thiéry** (MR): Is het niet wenselijk dat plastisch chirurgen hierover voorgelicht worden?

19.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Wij zullen de artsen daarop attent maken.

De **voorzitter**: De Senaat werkt momenteel aan wetsvoorstellen over esthetische chirurgie. Misschien zou de waarschuwing van de patiënt voor bepaalde risico's in die discussie kunnen worden meegenomen.

Het incident is gesloten.

20 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het informatieplatform over kanker" (nr. 2811)**

20.01 Damien Thiéry (MR): Naar aanleiding van de Werelddag tegen kanker op 4 februari hebben het Franse *Institut National du Cancer* (Nationaal Kankerinstituut) en het Franse ministerie van Volksgezondheid, in samenwerking met de *Ligue contre le cancer*, een medisch informatieplatform opgericht onder de naam 'Cancer info'. De bedoeling is om patiënten en hun naasten informatie over de ziekte te verstrekken door middel van gidsen, een online-infodesk en een telefoonlijn.

Bent u op de hoogte van dit initiatief? Zou een dergelijk platform ook in België opgericht kunnen worden? Werden er daartoe stappen ondernomen?

20.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Wat kankercentra betreft, onderhouden we nauwe contacten met Frankrijk. Het Kankercentrum plant de oprichting van een portaalsite die patiënten en hun naasten toegang zal geven tot informatie op dit gebied. Een eerste pilotsite is klaar. Die zal, onder andere, gebruikers doorverwijzen naar websites die hen zouden kunnen interesseren.

Die organisaties vervullen een buitengewoon positieve rol in de strijd tegen kanker. Daarnaast wordt er momenteel in het kader van het programma 'Prioriteit aan chronisch zieken' en van de initiatieven met betrekking tot de zeldzame ziekten gereflecteerd over een laagdrempeligere voorlichting, in samenwerking met onder meer de ziekenfondsen. Ik heb van het Nationaal Intermutualistisch College een voorstel gekregen met betrekking tot een betere en centraal aangeboden voorlichting.

20.03 Damien Thiéry (MR): Wanneer zal de portal online zijn?

20.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het gaat om een proefproject! De portal staat nog niet online. Hij zal voor een beperkt publiek worden opengesteld. Ik heb het Kankercentrum gevraagd een en ander te bespoedigen.

20.05 Damien Thiéry (MR): Indien een pilotproject zich over een periode van zes maanden zou uitstrekken, zal er nadien een definitief systeem kunnen worden ingevoerd.

Het incident is gesloten.

De behandeling van de vragen en interpellaties eindigt om 18.02 uur.