

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 13 NOVEMBER 2007

Voormiddag

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

du

MARDI 13 NOVEMBRE 2007

Matin

La séance est ouverte à 10.19 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.  
De vergadering wordt geopend om 10.19 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

**01** Questions jointes de

- M. Jean-Luc Crucke au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le Plan national d'action Environnement et Santé (NEHAP)" (n° 111)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le site fédéral d'information du public sur l'utilisation des téléphones mobiles" (n° 123)

**01** Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het Nationaal Actieplan Milieu en Gezondheid (NEHAP)" (nr. 111)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de infosite van de federale overheid met betrekking tot het gebruik van mobiele telefoons" (nr. 123)

**01.01** Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, à l'initiative de l'OMS, l'État fédéral, les Régions et les Communautés ont élaboré un plan national d'action environnement et santé (NEHAP). L'objectif est assez clair. Mais pour y arriver, il est nécessaire de procéder à une forme d'état des lieux.

Il est clair que la cellule commune Environnement et Santé publique, qui a été mise sur pied, travaille. Personne ne peut le contester. Mais la Recherche scientifique devra être mobilisée pour faire travailler cette cellule de manière optimale, le but final étant d'avoir une attention plus accrue en matière environnementale (c'est-à-dire environnement et santé).

Il y a quelques semaines, le gouvernement flamand a décidé d'adresser une brochure à la population flamande, à concurrence de 700.0000 exemplaires. Ce document reprend le code de bonne conduite – dirais-je – concernant l'appareillage qui existe depuis un certain temps, en l'occurrence le gsm. Nombreux sont ceux qui oublient que celui-ci ne s'est répandu sur le marché que depuis 1994; en effet, aujourd'hui, pratiquement tout le monde en possède un. Ainsi, 90% des 14-20 ans ont un gsm. On peut donc dire que cet appareil est devenu monnaie courante.

Sachant que le principe de précaution existe, je souhaitais faire le point avec vous, monsieur le ministre, sur le NEHAP. Il ne s'agit donc nullement de discuter ici de l'une ou l'autre initiative prise par l'un ou l'autre, toute initiative étant bonne à prendre! Mon souhait est plutôt d'obtenir des renseignements précis.

Il apparaît que les renseignements scientifiques sont parfois contradictoires, voire incomplets, en tout cas peu objectivables. Qu'en est-il exactement? A-t-on pu avancer dans le dossier en la matière? À l'heure actuelle, des recommandations objectives peuvent-elles être émises? Si oui, lesquelles? Dans ce cas, une communication particulière est-elle prévue?

Enfin, il faut savoir qu'il existe aujourd'hui la fameuse norme qui est inspirée des normes d'application au niveau international et européen.

Lors d'un récent débat au parlement de la Communauté française, j'ai d'ailleurs attiré l'attention sur le fait que l'on rejetait la "patate chaude" – ou le gsm – au fédéral sous prétexte qu'il n'était pas envisageable de modifier la norme en l'absence d'éclaircissements en la matière, notamment en termes de faisabilité.

Par ailleurs, hormis la norme, ne serait-il pas opportun d'envisager la création d'une sorte de "bréviaire" concernant l'usage adéquat du gsm à destination des plus jeunes en particulier, couche de la population qui est la plus vulnérable?

**01.02** **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, monsieur le ministre, j'ai déposé avec Mme Tinne Van der Straeten une proposition de résolution, qui n'a pas encore été traduite sur la question de la pollution électromagnétique et qui concerne non seulement les gsm mais aussi une série d'appareils sans fil comme les wifi et les téléphones DECT.

Ce qui nous semble très inquiétant, c'est l'ensemble des rapports scientifiques parus très récemment, particulièrement le rapport "BioInitiative" qui est la synthèse d'un ensemble d'études consacrées à l'impact sanitaire des champs électromagnétiques sur l'homme et qui révèle dans ses conclusions des risques de cancer, de problèmes nerveux, de troubles du sommeil. D'autres éléments sont venus s'y ajouter, notamment des risques de modification de l'ADN et des atteintes du système nerveux. Bref, c'est une espèce de catalogue de risques tout à fait alarmants.

À cet égard, il existerait un consensus scientifique beaucoup plus large sur ce risque, lui-même confirmé par l'Agence européenne pour l'environnement. Voilà qui nous paraît important! En effet, jusqu'à présent, les autorités européennes ne s'étaient pas manifestées à ce sujet. Mais dans ce cas, l'Agence européenne recommandait aux pouvoirs publics des 27 États membres de prendre des mesures appropriées et proportionnelles, pour mieux protéger le public et pour éviter des menaces importantes.

Pour moi, un gouvernement, même en affaires courantes, peut lancer au minimum une sensibilisation du public, via un message adressé soit aux consommateurs en général, mais en particulier aux plus jeunes, qui sont exposés et pour lesquels les risques sont les plus élevés.

Personnellement, je suis particulièrement choquée par les outils d'information officiels du ministère SPF Environnement-Santé, dont les services ont jusqu'à présent mis en place un site "[www.infogsm.be](http://www.infogsm.be)". J'ai appris très récemment que ce site aurait été concocté avec la collaboration de Proximus, ce qui ne me paraît pas une excellente source d'objectivité.

Hier encore, j'ai revisité le site pour vérifier que c'était toujours le cas. On peut y lire que "toutes les études reconnues réalisées selon les règles de l'art confirment que le champ électromagnétique émis par un téléphone mobile n'entraîne aucun risque pour la santé."

Comment peut-on encore dire cela de façon aussi affirmative, alors que de nombreuses études scientifiques sont parues et nous incitent à appliquer le principe de précaution?

On dit également que "les résultats des recherches sont rassurants. Jusqu'à présent, aucune étude épidémiologique n'a démontré que l'utilisation du gsm augmente le risque de cancer sous forme de tumeurs au cerveau. On n'a pas pu prouver qu'il existerait un lien entre un usage fréquent et de légers troubles de santé, etc.". Tout incite à rester "pendu" à son gsm pendant une demi-heure si c'est nécessaire.

Monsieur le ministre, pourquoi ce site internet n'a-t-il même pas été mis à jour alors que ces rapports scientifiques sur lesquels tous se sont exprimés – les médias belges en particulier ont très bien retransmis cette information – sont parus depuis plus d'un mois et alors que l'Agence européenne pour l'environnement a dit aux États membres d'agir?

Pourquoi un message explicite n'est-il pas adressé aux consommateurs, en particulier aux enfants et aux adolescents, comme l'ont fait la Région flamande et le gouvernement allemand. Les consommateurs doivent être informés des risques liés à une utilisation intensive de ces appareils, non seulement du gsm mais aussi du téléphone DECT que tout le monde a chez soi, croyant qu'il n'y a aucun problème alors que cet appareil émet de façon constante dans les habitations, à proximité des gens.

Monsieur le ministre, je souhaiterais vraiment avoir cette explication. De même, comptez-vous diffuser une information et modifier ce site internet?

La **présidente**: J'ignore si les coups que l'on peut entendre sont là pour vous rappeler que les questions doivent être posées dans un temps limité! Quoi qu'il en soit, nous poursuivons en essayant de surmonter les bruits.

**01.03** **Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, je remercie les deux intervenants pour cette question très importante et qui sensibilise toute la classe politique, quel que soit le niveau de pouvoir.

J'entends souvent mes collègues bourgmestres de leur commune aborder cette problématique. Il me semble important que chacun s'y intéresse et comprenne l'enjeu des débats.

Une des difficultés consiste aussi en la multiplicité des avis, mais la transparence et l'objectivité démocratique exigent cet appui sur les avis les plus pertinents en la matière; et ils sont reconnus. Beaucoup de choses sont dites, mais il s'agit néanmoins de rechercher la bonne information et d'éviter de rebondir tous azimuts.

Tout d'abord, permettez-moi de rectifier l'énoncé du problème, monsieur Crucke. Comme l'a très bien dit Mme Snoy, il s'agit bien de rayonnements non ionisants et les gsm ne sont pas seuls concernés.

La brochure visant à sensibiliser à l'emploi du gsm est bien connue. Je suis d'accord avec cette position concernant les risques pour lesquels il existe une incertitude. En tant que ministre fédéral de la Santé publique, je puis vous confirmer qu'il n'y a aucune preuve de la nocivité des gsm en l'état actuel de la science.

Cela ne veut pas dire pour autant qu'aucun risque n'y soit lié. L'organe consultatif fédéral du Conseil supérieur de la santé a conseillé à chacun un usage modéré du gsm – et je rejoins là les idées de Mme Snoy. Mon administration prépare une brochure qui traitera entre autres de cette question dans les trois langues du pays.

Parallèlement, je dois préciser que les normes des appareils, en l'espèce les gsm, sont une matière européenne. Les normes de produits harmonisées au niveau européen engagent tous les États membres. Tous les appareils qui sont des produits commercialisés doivent répondre à ces normes. À cet égard, un État membre en particulier ne dispose que de possibilités très restreintes.

Il existe des motifs importants pour revoir les normes des téléphones portables ou pour instaurer des restrictions d'utilisation. La question devra être discutée avec le futur ministre compétent pour les télécommunications et son collègue en charge de la santé des consommateurs.

La cellule Environnement et Santé, au sein de laquelle les Régions, les Communautés et l'autorité fédérale sont représentées (NEHAP), est un forum intéressant pour échanger des informations et formuler un accord sur certains messages à l'adresse du citoyen. Dans le cas présent, la cellule n'est pas le forum approprié. La cellule n'est actuellement pas chargée d'une mission relative aux normes en matière de rayonnements non ionisants.

Le rapport du groupe BioInitiative m'est bien connu. C'est une initiative privée dans laquelle l'Agence européenne pour l'environnement a fourni l'input en matière de principe de précaution. Je dois cependant préciser que l'Agence européenne n'a pas de mandat en matière de risques pour la santé des champs électromagnétiques. C'est le comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux de la Commission européenne qui possède un tel mandat.

En mars 2007, ce comité scientifique présente un bilan des résultats pour les domaines de recherche les plus actuels. En ce qui concerne les ondes radio, les conclusions sont en général rassurantes. Selon le comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux, les données scientifiques récentes ne mettent pas en doute les normes européennes actuelles pour les ondes radio. On peut ainsi supposer que la norme belge qui est quatre fois plus stricte est suffisamment sûre.

Le site Info-GSM n'a pas pour but de suivre l'actualité dans tous ses détails mais de réfléchir aux tendances

globales des développements des résultats scientifiques. Ce site Info-GSM a un rôle important à jouer et il est dirigé par une personne compétente et bien connue. J'engagerai cette structure à réfléchir à l'information la plus adaptée à cette problématique.

**01.04 Jean-Luc Crucke (MR):** Madame la présidente, je voudrais répliquer sur trois choses.

Premièrement, nous sommes dans une matière sensible. Si on dit que la nocivité n'est pas prouvée, je préférerais qu'on dise qu'elle n'est pas approuvée. Un certain nombre d'indications scientifiques sont alarmantes par rapport au principe de précaution. Je pense à ces pédiatres qui ne sont pas soupçonnés d'appartenir à l'un ou l'autre groupe de pression mais qui disent très clairement que, pour les moins de 16 ans, il y a utilisation abusive et risque pour la santé.

Deuxièmement, monsieur le ministre, vous maîtrisez sans doute le mieux la situation de travail de NEHAP. C'est un forum intéressant, mais il n'est pas compétent. Je renvoie à ce qui a été dit le 10 octobre 2007 par la ministre de la Santé de la Communauté française, Mme Fonck: elle a dit tout le contraire.

Toutes les entités fédérées et le fédéral ont participé au NEHAP. Il me semble donc logique que ce dernier soit l'instance qui puisse décider s'il faut modifier les normes actuelles établies par le fédéral.

Troisièmement, monsieur le ministre, vous avez raison de dire que nous sommes en période d'affaires courantes. Cela crée des difficultés.

**01.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!):** Madame la présidente, je reste assez choquée par la légèreté avec laquelle on considère qu'il n'y a pas de preuve et qu'en conséquence, il n'y a pas de problème. Or, ces risques touchent à la santé, parfois à l'essence même de notre santé lorsqu'il s'agit de cancer ou, pire, de modifications du patrimoine génétique ou de la constitution physiologique de nos jeunes cerveaux.

Même en l'absence de preuves, vu qu'il y a un faisceau de convergences scientifiques qui affirment de plus en plus le risque et que de nombreux praticiens, médecins, pédiatres, etc. originaires de tous les pays lancent des appels, il me semble qu'un message de précaution est absolument urgent.

Je conçois qu'un gouvernement en affaires courantes ne puisse changer la norme mais j'espère bien qu'ensuite elle sera modifiée. En attendant, un message clair venant des autorités politiques doit être donné.

**01.06 Didier Donfut, ministre:** Madame Snoy et d'Oppuers, je tiens à rappeler un élément présent dans mon texte car il rejoint vos préoccupations ainsi que celles de M. Crucke. Je crois que le gouvernement fédéral, celui-ci, les précédents et sans doute le suivant, ne pourront pas être taxés d'être laxistes en la matière. Comme je vous l'ai précisé, je partage entièrement tout ce qui a été dit. En outre, la norme à appliquer en Belgique est quatre fois plus contraignante que la norme européenne. Cela prouve à quel point, au-delà d'une incertitude sur l'aspect scientifique, il faut appliquer le principe de précaution. Cette dimension a très largement été prise en compte par la Belgique. On peut évidemment aller toujours beaucoup plus loin. Il appartiendra à un prochain gouvernement de réfléchir sereinement avec le parlement à cette question, et ce aux différents niveaux de pouvoir.

La **présidente:** Monsieur le ministre, je vous remercie. Je crains néanmoins que cela ne satisfère pas les intervenants. En rapport avec votre réponse, le contenu du site internet pourrait également être relativisé.

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

Pour votre information, monsieur Crucke, étant donné que vous n'êtes pas membre de la commission mais que vous semblez préoccupé par les questions de santé et d'environnement, le 27 novembre 2007, notre commission consacra une demi-journée à l'état des lieux du plan NEHAP dans ses actions et les missions qui lui ont été confiées de 2003 à 2008. Vous êtes le bienvenu.

**01.07 Jean-Luc Crucke (MR):** Madame la présidente, je vous remercie pour cette invitation, je viendrai. Je me demande s'il ne faudrait pas également informer nos collègues parlementaires des entités fédérées.

La **présidente:** Nous avons invité les présidents et les parlementaires des commissions de la Santé et de l'Environnement de l'ensemble des parlements. Nous avons demandé à des représentants des ministres

compétents dans les entités fédérées de venir également puisqu'il s'agit de compétences éclatées.

(...): Gaat dat door in de voormiddag of namiddag van de 27ste?

De **voorzitter**: Ik denk dat dit in de voormiddag zal plaatsvinden.

La question n° 130 de M. De Padt est transformée en question écrite.

**02** **Question de M. Jean-Luc Crucke au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les risques accrus de développer de l'asthme par l'utilisation d'aérosols ménagers" (n° 147)**

**02** **Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de verhoogde risico's op astma door het gebruik van spuitbussen in het huishouden" (nr. 147)**

Je vous demanderai de bien vouloir respecter le temps imparti aux questions.

**02.01** **Jean-Luc Crucke** (MR): Je serai très bref, madame la présidente. Il s'agit d'une information donnée par la revue médicale "Artsenkrant", selon laquelle l'usage fréquent des aérosols ménagers a une conséquence dramatique sur l'augmentation de l'asthme; on parle de 10 à 20%.

Monsieur le ministre, comme il vaut mieux s'adresser au "bon dieu plutôt qu'à ses saints", je vous demande votre réaction par rapport à cette information qui peut paraître banale mais dont la précision appelle à se poser des questions.

S'il apparaît en fonction des connaissances scientifiques qu'un problème de cet ordre existe vraiment, quelles mesures préconisez-vous et dans quels délais le ferez-vous savoir?

**02.02** **Didier Donfut**, ministre: Monsieur le député, mon administration a bien pris connaissance de cet article dans le "Artsenkrant" qui fait référence à une étude publiée récemment dans l'"American Journal of Respiratory and Critical care Medicine".

J'ai demandé à l'Institut de santé publique d'analyser les résultats de cette étude et de me faire part de ses observations et conclusions quant aux données belges qui y sont mentionnées. J'ai également demandé à mon administration d'envisager, d'après ce travail préliminaire, les possibilités d'action contre les pollutions de l'habitat.

L'asthme est un problème important de santé publique dans notre pays. Les mesures pour le prévenir et améliorer sa détection qui seront déterminées grâce à ces études rendront plus facile sa prise en charge et feront partie des actions à entreprendre par le prochain gouvernement.

**02.03** **Jean-Luc Crucke** (MR): Pour être très court: "wait and see"!

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**03** **Question de M. Jean-Luc Crucke au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les maladies orphelines" (n° 185)**

**03** **Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "weesziekten" (nr. 185)**

**03.01** **Jean-Luc Crucke** (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, je voudrais faire le point avec vous sur ce dossier dénommé de manière un peu choquante, selon moi, "les maladies orphelines". En effet, cela semble dire qu'il suffit qu'une pathologie soit peu répandue pour qu'elle ne soit pas prise en compte ou en tout cas que l'intérêt qu'on y porte soit peu important. Il faut pourtant savoir que les maladies orphelines sont dans 80% des cas d'origine génétique. On peut donc aisément imaginer l'importance des dégâts, mais aussi les souffrances de ceux qui sont confrontés à ce genre de maladie.

À mon avis, la rareté n'est pas en soi un critère à prendre en compte dans la décision de soigner ou non.

Pour être bref, même s'il s'agit d'un dossier qui m'intéresse particulièrement, et qui relève de la compétence de votre commission, madame la présidente, je dirai qu'il faut parfois aller au-delà des "moyens palliatifs" que certains préconisent.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes.

Quelle est la situation actuelle en Belgique en matière de maladies orphelines? Quel est l'accompagnement mis en place?

Vous savez que l'Agence européenne du médicament a émis un certain nombre de lignes de conduite, de recommandations quant au coût de l'enregistrement et à sa limitation. Ces recommandations et les aides financières préconisées, sont-elles respectées dans notre pays?

Pouvez-vous me confirmer qu'il existe bien en la matière une approche globale du problème et non une approche liée à l'un ou l'autre souci plus scientifique de la communauté universitaire?

**03.02** **Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, je vais répondre de manière précise à vos différentes questions fort intéressantes.

Tout d'abord au niveau du traitement des maladies orphelines et de l'accompagnement des malades, les initiatives suivantes existent en Belgique: il y a une possibilité de prise en charge spécialisée par des centres de référence dans le cadre d'une convention de rééducation avec l'INAMI. Une telle convention existe pour la mucoviscidose, les pathologies neuromusculaires et les maladies métaboliques et, bientôt, pour l'hémophilie. Ces centres de référence assurent une prise en charge complète du patient sur le plan médical, paramédical, psychologique et social et, le cas échéant, une prise en charge de sa famille.

Il existe également une possibilité d'intervention du Fonds spécial de solidarité de l'INAMI dans les conditions fixées par la loi.

Il faut également citer la création, au sein de l'INAMI, d'un comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et des pathologies spécifiques. Ce comité émet des avis sur la prise en charge de ces pathologies et soutient des projets innovants en matière de soins à prodiguer aux patients.

En ce qui concerne le soutien à la recherche, d'une part, depuis 2006, à travers une convention spécifique, l'INAMI a chargé l'Institut scientifique de santé publique (ISSP), en collaboration avec les centres de référence, de reprendre l'organisation et l'exploitation scientifique du registre belge de la mucoviscidose. La convention vise à diffuser les connaissances épidémiologiques et à étudier l'amélioration de la prise en charge des patients concernés. D'autre part, en 2008, l'INAMI chargera l'ISSP, au travers de nouvelles conventions et en collaboration avec les centres de référence, d'étudier la prise en charge de patients atteints de pathologies neuromusculaires ou souffrant d'hémophilie.

Qu'en est-il de l'application du règlement européen des médicaments orphelins? En 2006, une étude relative aux médicaments orphelins a été réalisée par l'INAMI. Pour qu'un médicament, orphelin ou non, soit inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, il faut dans un premier temps que la firme détenant son autorisation de mise sur le marché valable en Belgique en fasse la demande écrite avec accusé de réception auprès du secrétariat de la Commission de remboursement des médicaments. Dans un deuxième temps, il faut que le ministre des Affaires sociales décide de rembourser ce produit sur base de la proposition de la Commission de remboursement des médicaments, de l'avis de l'Inspecteur des Finances et de l'accord du ministre du Budget.

Pour les médicaments orphelins, qui sont des spécialités pharmaceutiques visant des maladies encore fort méconnues et présentant un prix souvent élevé, il a été décidé en 2004 de permettre la mise en place, pour ce type de médicaments, de collèges de médecins qui aident le médecin-conseil dans sa prise de décision concernant l'octroi du remboursement d'un tel produit à son affilié. L'arrêté royal relatif au remboursement des médicaments orphelins date du 8 juillet 2004 et décrit la composition, les tâches et le fonctionnement des collèges de médecins pour les médicaments orphelins.

Le secrétariat de ces collèges est assuré par des personnes de l'INAMI, attachées à l'unité de gestion des spécialités pharmaceutiques du service des soins de santé. Je tiens à votre disposition la liste des neuf

collèges créés.

Il faut savoir qu'en 2006, en Europe, 260 produits ont été désignés comme médicaments orphelins et 22 d'entre eux ont été enregistrés en tant que tels. En Belgique, 11 médicaments orphelins ont été remboursés; 9 d'entre eux se sont vu instaurer un collège des médecins pour les médicaments orphelins. Si les différents acteurs de la sécurité sociale belge désirent continuer à associer un collège à chaque médicament remboursable, le nombre de collèges devrait atteindre la soixantaine dans les années à venir.

En ce qui concerne les moyens financiers, comme vous le savez probablement, le budget INAMI est composé d'objectifs partiels de dépenses par catégorie de prestataires et non par pathologie. À ce stade, aucune étude n'a été réalisée pour définir la part de ce budget consacrée aux maladies orphelines. Pour ce faire, il faudrait extraire du budget des médicaments, des honoraires médicaux et de la rééducation, voire d'autres prestations comme la kinésithérapie ou les implants, ce qui est consacré à ces pathologies.

Cela pose un double problème méthodologique: d'une part, s'entendre sur une qualification globale des maladies orphelines alors que tout donne à penser que seule une approche par pathologie permet d'aboutir à des résultats probants et, d'autre part, l'absence de données exhaustives sur les dossiers médicaux individualisés tenus par les généralistes et spécialistes puisque ceux-ci sont couverts par le secret médical. En clair, seule une étude scientifique à très large spectre permettrait de définir avec précision les moyens financiers mis en œuvre.

Sur le plan humain, que mettent en œuvre les pouvoirs publics pour venir en aide aux malades et à leur famille?

Outre les éléments cités ci-dessus, nous pouvons ajouter les moyens suivants: les allocations familiales majorées, les allocations pour personnes handicapées, la possibilité d'allocations forfaitaires pour maladies chroniques, le maximum à facturer et, enfin, le remboursement majoré des soins de santé.

Existe-t-il une approche globale du problème, tel un plan coordonné à l'échelon national?

Il existe une approche globale du problème comme je viens de le démontrer. Cette approche découle de la structure de notre système des soins de santé qui combine des outils d'action ciblés sur telle ou telle pathologie (conventions de revalidation, collèges scientifiques spéciaux) et un socle commun propre à toutes les maladies chroniques.

Je ne suis évidemment pas opposé à l'idée de la mise en place d'un plan national et à l'approfondissement de certaines collaborations mais je pense qu'il faudrait, avant toute chose, mesurer la valeur ajoutée d'un tel plan et surtout pouvoir identifier les lacunes actuelles de notre système de prise en charge des maladies orphelines, l'essentiel étant pour moi de continuer à garantir une prise en charge financière optimale de ces pathologies, ce qui nécessite le maintien d'une norme de croissance suffisante pour les soins de santé. Je suis persuadé que le prochain gouvernement gardera la norme des 4,5%.

**03.03 Jean-Luc Crucke (MR):** Madame la présidente, je pense qu'un tel sujet ne doit pas faire l'objet d'une polémique. Je voudrais remercier le ministre pour sa réponse très précise et détaillée et lui demander une copie écrite de sa réponse, ce qui me facilitera l'analyse du dossier.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**04 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de invloed van kleurstoffen op de hyperactiviteit van kinderen" (nr. 212)**

**04 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'influence des colorants sur l'hyperactivité infantile" (n° 212)**

**04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld):** Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, uit een Brits experiment met kinderen tussen 3 en 9 jaar blijkt dat de consumptie van kunstmatige gele en rode kleurstoffen in combinatie met het bewaarmiddel natriumbenzoaat concentratiestoornissen, leesproblemen en impulsief gedrag veroorzaakt. Volgens de onderzoekers zijn additieven een van de grote oorzaken van

hyperactiviteit en ADHD.

Graag vernam ik van u, mijnheer de minister, het volgende.

Ten eerste, werd door het Voedselagentschap reeds nagegaan wat de invloed is van rode en gele kleurstoffen in combinatie met het bewaarmiddel natriumbenzoaat op de volksgezondheid en in het bijzonder op de gezondheid van kinderen? Ten tweede, zal het Voedselagentschap dat doen naar aanleiding van de Britse studie? Ten derde, wordt er gesproken met de voedselproducenten om eventueel die kleurstoffen niet langer te gebruiken in de voeding en in het snoepgoed?

**04.02** Minister **Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, ik wens in de eerste plaats een aantal misverstanden te verduidelijken. Het FAVV is niet verantwoordelijk voor de reglementering inzake additieven. Het Directoraat-generaal Dier, Plant en Voeding van de FOD Volksgezondheid is de bevoegde overheid voor regelgeving en toelatingen van additieven voor de voeding. Het is echter de taak van de fabrikanten of invoerders van kleurstoffen om voor een volledig toxiciteitsdossier te zorgen. De overheid evalueert deze en geeft een toelating of weigert deze.

Ik wil erop wijzen dat de Britse studie niet kon verduidelijken welke zes kleurstoffen aan de basis van de geziene effecten liggen, dit omwille van het gebruik van mengsels van kleurstoffen en bewaarmiddelen.

Ik beschouw de studie als een ernstige indicatie dat verder onderzoek nodig is. Het verheugt me dat de EFSA momenteel de Britse studie bestudeert. Zij hebben zich geëngageerd om de betrokken zes kleurstoffen met prioriteit te herevalueren.

De EFSA, de European Food Safety Authority, is het Europees wetenschappelijk adviesorgaan voor voedselveiligheid. De adviezen van de EFSA zijn de basis voor de Europese regelgeving.

Une réévaluation est actuellement en cours concernant la toxicité de tous les colorants. Ensuite, tous les autres additifs et conservateurs seront également réévalués. Je dois souligner que les colorants alternatifs doivent également subir cette procédure.

On ne peut prédire les résultats et il est donc prématuré de conseiller aux firmes de passer à d'autres colorants.

Les représentants du SPF Santé publique continueront donc à veiller à la protection du consommateur. Ils viseront dès lors à prendre les mesures nécessaires dans la législation concernant les additifs. Par exemple, le colorant rouge E128 a été immédiatement suspendu après l'avis négatif de l'EFSA le 5 juillet 2007, par le règlement de la Commission du 26 juillet 2007. Il est évident que chaque avis doit être traité au cas par cas.

**04.03** **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord. Ik wacht op de resultaten van de EFSA. Als deze resultaten tot de conclusie komen dat die kleurstoffen gevaarlijk zijn, hoop ik dat wij zullen komen tot een systeem van labelen van de producten.

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

**05** **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "het hinderen van artsen door moslims bij het uitoefenen van hun medische hulpplicht" (nr. 226)**

**05** **Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "des musulmans empêchant des médecins d'exercer correctement leur devoir d'aide médicale" (n° 226)**

**05.01** **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik wil mijn vraag inleiden met twee citaten van de hoofdredacteur van de Artsenkrant, Peter Backx, u allicht niet onbekend. Ik citeer tweemaal letterlijk. Het zijn niet mijn woorden en ik ben er ook niet voor verantwoordelijk. Ik denk wel dat die citaten nuttig zijn om de vraag in te leiden.

Eerste citaat: "Patiënten hebben in ons land het recht om vrij hun arts te kiezen, maar dat recht is niet

absoluut en kan niet van toepassing zijn op artsen die van wacht zijn of in noodsituaties. Artsen moeten dus niet te allen tijde ingaan op het verzoek van een moslim om een vrouwelijke arts te zien.”

Het tweede citaat verwijst ook – belangrijk – naar de betrokken wetgeving: “Het principe van de vrije artskeuze is van fundamenteel belang en maakt deel uit van de wet op de patiëntenrechten uit 2002. De wet voegt er wel degelijk een aantal uitzonderingen aan toe, waaronder wachtdiensten en medische urgenties. Het principe van de vrije artskeuze is dus niet absoluut en het was dus zeker niet van toepassing op de moslimvrouw die in Bree om elf uur 's avonds een dringende keizersnede diende te ondergaan om haar baby uiteindelijk te kunnen redden.”

Mijnheer de minister, in algemene bewoordingen kan ik zeggen dat ieder van ons vaststelt dat er zich een aantal incidenten voordoen waarbij mensen, al dan niet op basis van geloofsovertuigingen, mannelijke gynaecologen of anesthesisten weigeren de nodige medische handelingen te laten verrichten bij hun betrokken echtgenote. Ondertussen werd, zeer recent, door de beroepsvereniging van anesthesisten een klacht met burgerlijke partijstelling dienaangaande ingediend. Het is dan ook vrij logisch dat de beroepsvereniging aandringt op vrij duidelijke regels.

Mijnheer de minister, ook al bent u minister van lopende zaken op dit moment, toch wil ik u confronteren met de volgende drie zeer concrete vragen.

Ten eerste, bent u op de hoogte van die problematiek?

Ten tweede, is er ondertussen overleg geweest tussen uw departement en de betrokken beroepsvereniging van gynaecologen en anesthesisten? Zo ja, wat zijn daarvan al dan niet de resultaten?

Ten derde - en deze vraag is de meest belangrijke - vraag ik u naar een principiële stellingname van u als bevoegd minister.

Ten vierde, vindt u het niet nodig om een aantal regels dienaangaande op te leggen?

**05.02** Minister **Didier Donfut**: Mijnheer Bultinck, ik dank u voor deze vraag. Als minister van Volksgezondheid ben ik op de hoogte van een recent incident waarbij de echtgenoot van een patiënte wou beletten dat een mannelijke arts-anesthetist een dringende ingreep uitvoerde bij de patiënte, die een keizersnede diende te ondergaan.

Ik ben mij bewust van het feit dat dergelijke situaties zeer problematisch kunnen zijn bij de wachtdiensten. Het komt mij voor dat er geen noemenswaardige problemen zijn in geval van geplande opnames of behandelingen.

Als minister in een ontslagnemende regering, bevoegd voor de lopende zaken, heb ik het probleem onder de aandacht gebracht van de bevoegde diensten in de FOD Volksgezondheid. Ik heb daarbij gevraagd om te onderzoeken of het bestaande wettelijke verbod tot belemmering van de uitoefening van de geneeskunde door feitelijke hindering of geweld op juridisch vlak al dan niet volstaat en of het opportuun zou zijn dat vanuit de overheid andere maatregelen zouden worden genomen. Zonder vooruit te lopen op dit onderzoek acht ik het vooral belangrijk dat patiënten worden geïnformeerd en gesensibiliseerd. Ik meen dat alleen het aanpassen van de wet aan deze casuïstiek niet echt kan bijdragen tot een oplossing. Daarom zal ik tijdens de periode dat de regering slechts bevoegd is voor het afhandelen van de lopende zaken niet overgaan tot overhaaste en ondoordachte initiatieven.

**05.03** **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, beleefdheidshalve dank ik u voor uw antwoord. Ik stel vast dat het onderzoek nog lopende is. Ik dring toch nog eens aan en vraag of er wel degelijk overleg is geweest met de betrokken beroepsverenigingen. Ik kan voor een deel begrijpen dat u als minister van lopende zaken zegt dat u geen dringend wetgevend werk dienaangaande gaat doen. Uiteindelijk is het dan aan ons om dit als parlementsleden te doen.

Het belang van deze vraag en van heel de problematiek is toch wel zo dat op zijn minst het maatschappelijk debat over die problematiek op gang moet komen. Er kan toch onmogelijk aanvaard worden dat artsen in de onmogelijkheid zijn om hun eigen medische deontologie uit te voeren, zijnde het leveren van medische hulp aan mensen, wat uiteraard niet belemmerd mag worden. Daar moet wel degelijk een maatschappelijk debat over ontstaan. Wij hebben als parlementsleden en als Parlement de taak om te bekijken of er bijkomend

wetgevend werk moet gebeuren.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

La **présidente**: La question n° 229 de M. Joseph Arens est reportée.

**06** Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "sterfgevallen en medicijngebruik in de psychiatrie" (nr. 231)

**06** Question de Mme Rita De Bont au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les décès et la consommation de médicaments en psychiatrie" (n° 231)

**06.01** Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, u hebt wellicht ook een schrijven ontvangen van de Sarah Beweging over de toestand van onze geestelijke gezondheidszorg.

Het is blijkbaar niet de eerste noodkreet die deze beweging de wereld instuurt. Voor mij als nieuwkomer is het echter de eerste keer dat ik deze kreet opvang. Het verwondert mij dat daarop vroeger nooit werd gereageerd.

Het ziet er in de toekomst immers niet naar uit dat deze problemen, indien ze er zijn, vanzelf zullen oplossen. Wij zullen vanmiddag onder andere een belangrijk dossier bespreken over de mogelijke klimaatwijzigingen, er is bijvoorbeeld ook een toegenomen werkdruk. Dat zijn allemaal factoren die wellicht een negatieve invloed hebben op onze geestelijke gezondheid.

Volgens de Sarah Beweging zijn er vandaag in België vijf keer meer opnames in de psychiatrie dan het Europese gemiddelde. Er worden twee keer zoveel psychiatrische medicijnen voorgeschreven dan dit gemiddelde. Er zijn bij ons twee keer zoveel zelfmoorden als in de vergelijkbare buurlanden. In twee jaar tijd zijn er in onze psychiatrische instellingen 45% meer sterfgevallen geweest, naast een groot aantal overlijdens waarvan men de oorzaak niet kent.

Mijnheer de minister, ik wil u daarom de volgende vragen stellen. Ten eerste, kunt u de juistheid van deze cijfers bevestigen? Ten tweede, werd er reeds een onderzoek ingesteld naar de mogelijke oorzaken van dit abnormale sterftecijfer en van het buitengewoon hoog verbruik van psychiatrische medicijnen? Ten derde, werden als gevolg van deze onderzoeken al bepaalde concrete maatregelen genomen of aanbevelingen geformuleerd omtrent deze problematiek?

**06.02** Minister **Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, ik heb de eer het lid het volgende te antwoorden op haar vragen inzake sterfgevallen en medicijngebruik in de psychiatrie.

U vraagt naar de juistheid van de cijfers die door de Sarah Beweging worden aangehaald. Na onderzoek kan ik stellen dat de recente cijfers niet juist blijken te zijn. Men citeert cijfers die door een gedelegeerd bestuurder van de Broeders van Liefde werden gegeven. Blijkbaar werden deze verkeerdelijk geïnterpreteerd.

Bij nazicht blijkt dat het recent cijfermateriaal betrekking heeft op 1998 en niet op 2004 zoals werd aangehaald. Men kan tussen 1998 en 2003 een daling van sterfgevallen in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen vaststellen.

Mijn administratie heeft mij ondertussen de gegevens tot 2004 overgemaakt. De trend geeft aan dat de daling zich voortzet. Globaal voor alle psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, kon men in 1998 in totaal 682 sterfgevallen vaststellen. In 2004 werden 477 sterfgevallen vastgesteld.

En ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs, je ne peux non plus confirmer ces chiffres, faute de données de comparaison précises au niveau européen. Pour les données belges, je vous renvoie à l'enquête santé de 2004.

Les données épidémiologiques et statistiques en matière de suicide sont également très difficiles à collecter. Mon prédécesseur a lancé une série d'initiatives en ce domaine: plan suicide, groupe d'études sur la collecte de données statistiques ou encore projets pilotes dans la prévention. Il appartiendra à mon successeur de

concrétiser toutes ces actions.

**06.03 Rita De Bont** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor de informatie.

Het eerste deel van uw antwoord stemt mij alleszins optimistisch, hoewel het belangrijk is om onze geestelijke gezondheid nauwkeurig in het oog te houden.

Ik meen dat de cijfers uit het tweede deel van uw antwoord juist zijn. Wij gebruiken te veel medicatie. Ik moet toegeven dat er in Vlaanderen meer medicatie dan in Wallonië wordt gebruikt.

Misschien zullen wij rond het onderwerp meer onderzoekswerk moeten doen. Ik dank u niettemin voor de informatie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

#### **07 Questions jointes de**

- **M. Georges Gilkinet** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la loi sur les erreurs médicales" (n° 238)

- **M. Koen Bultinck** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "l'entrée en vigueur de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" (n° 248)

- **Mme Sonja Becq** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "la mise en oeuvre de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé" (n° 303)

#### **07 Samengevoegde vragen van**

- de heer **Georges Gilkinet** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de wet inzake de medische fouten" (nr. 238)

- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de inwerkingtreding van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging" (nr. 248)

- mevrouw **Sonja Becq** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de uitvoering van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg" (nr. 303)

**07.01 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, au mois d'avril dernier, le Parlement fédéral a adopté une loi importante relative à l'indemnisation des patients victimes d'erreurs médicales. Son entrée en vigueur est fixée dans la loi au 1<sup>er</sup> janvier 2008 et nécessite l'adoption par le gouvernement de divers arrêtés royaux d'application ainsi que la définition d'un budget suffisant. Vu la période d'affaires courantes qui se prolonge, ni l'un ni l'autre ne semblent pouvoir voir le jour à très court terme.

Toutes choses restant égales par ailleurs, cela posera un double problème au 1<sup>er</sup> janvier 2008. D'une part, le volet "indemnisation des victimes d'erreurs médicales" de la loi ne pourra être mis en œuvre. D'autre part, ce qui me semble plus grave du point de vue des patients, l'immunité civile des médecins serait acquise quoi qu'il en soit. Il convient dès lors à mes yeux de postposer l'entrée en vigueur de cette loi en fonction de l'avancement réel des travaux nécessaires à sa pleine application, sans pour autant la jeter aux oubliettes de l'histoire.

Par ailleurs, j'ai lu dans "La Libre Belgique" de ce vendredi 19 octobre qu'une étude relative au coût d'application de cette loi avait été réalisée par le centre d'expertise fédéral en soins de santé, étude dont la publication aurait été empêchée par une administratrice dudit centre, par ailleurs membre de notre assemblée. Une hypothèse émise par le même journal concerne l'intention de l'intéressée et des membres de son parti de revenir sur le compromis négocié sous la précédente législature. Malgré les imperfections techniques de la loi et les nombreux arrêtés à prendre, il s'agirait là d'un très mauvais signal quant aux droits des patients.

M. le ministre peut-il me dire s'il est conscient des difficultés que représenterait l'entrée en vigueur de la loi le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sans ses arrêtés d'application et s'il entre dans ses intentions de déposer en urgence un projet de loi permettant de la différer? Des avant-projets d'arrêtés d'application de cette loi existent-ils? Ont-

ils déjà été discutés au gouvernement? Pour quelles raisons n'ont-ils pas pu être approuvés avant le début de la période d'affaires courantes? Ces textes, qui doivent être très intéressants, peuvent-ils nous être transmis?

Quel montage avait imaginé votre prédécesseur pour assurer le financement de cette loi? À combien estimez-vous les moyens nécessaires annuellement? Avez-vous connaissance de cette étude du centre d'expertise au sujet de cette loi et de son coût d'application? Le cas échéant, connaissez-vous les premières conclusions et pouvez-vous nous les présenter? Le cas échéant également, connaissez-vous les raisons de sa non-publication et pouvez-vous nous en faire part?

La **présidente**: Je vais passer la parole à M. Bultinck en vous rappelant que le principe des questions jointes veut qu'on évite de répéter ce que l'orateur précédent a dit et d'amener des éléments nouveaux.

**07.02 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging is uiteindelijk op het einde van de vorige legislatuur goedgekeurd. Iedereen weet dat wij ondertussen in een lange formatieperiode zitten, waarbij het nog niet echt duidelijk is hoe men er ooit uit zal geraken. Dat zorgt uiteraard voor een aantal praktische problemen bij de opstart van de betrokken wetgeving. Ik verwijs bijvoorbeeld alleen al naar heel de discussie die blijft bestaan over de financiering van het fonds en de gegevens van het Kenniscentrum en andere gegevens die mekaar tegenspreken.

Nieuw element in het dossier, mijnheer de minister, is toch wel dat alle leden van onze commissie voor de Volksgezondheid werden aangeschreven door het Nationaal Intermutualistisch College met de vraag om een initiatief te nemen dat de inwerkingtreding van de wet op 1 januari 2008 via KB zou moeten mogelijk maken.

Vandaar drie zeer concrete vragen, mijnheer de minister. Wat is uw houding als betrokken minister met betrekking tot het al dan niet later in werking treden van bovenvermelde wet?

Het zou ook goed zijn in tweede orde, mijnheer de minister, mocht u ons een klaar en duidelijke stand van zaken kunnen geven over de uitvoeringsbesluiten die nu reeds in voorbereiding zijn.

Het zou voor ons ook nuttig zijn mocht u ons, voor de verdere opvolging van het dossier, dat dateert uit de vorige legislatuur, een lijstje kunnen bezorgen van de prangende problemen. Iedereen die het dossier tijdens de vorige legislatuur heeft gevolgd, kent een aantal van die problemen. Kunt u ons eens een exact zicht geven op de problematiek en uw politieke houding met betrekking tot het al dan niet uitstellen van de inwerkingtreding?

**07.03 Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik was er vorige legislatuur niet bij, maar wij hebben allemaal het signaal gekregen, niet alleen vanuit het Nationaal Intermutualistisch College, maar ook vanuit andere groepen die de problematiek volgen, dat zij zich zorgen maken omdat, hoewel de wet van toepassing is, er buiten de wet, die een kaderwet is, geen enkel uitvoeringsbesluit klaarligt.

Ik wil ook beklemtonen dat wij met het principe van de foutloze verzekering zeker akkoord gaan. Het gaat echter om de uitvoering, wat antwoord moet geven op heel concrete vragen over bijvoorbeeld de hoogte van de vergoede schade, zeker ingeval van voorzienbare of onvoorzienbare schade.

Mijnheer de minister, ik vind het ook een probleem dat de verwachting werd geschapen dat schade vanaf 1 januari vergoed zou worden. Zo werd het ook in de pers geformuleerd. Maar iedereen hier in Huis weet dat de wet er in een heel korte tijd door gejaagd is, als ik het goed begrepen heb. Ik had graag gelezen over voorbereidende werken, toegevoegde studies en hoorzittingen, zeker over zo'n belangrijke problematiek. Ik vind daarover echter niets terug, wat ik jammer vind.

Dat de tekst zeer snel goedgekeurd werd, heeft wellicht te maken met het feit dat de meerderheid de hoop koesterde om met alles klaar te zijn, zodat de bepalingen tegen 1 januari van toepassing hadden kunnen zijn, niettegenstaande de verkiezingen. Ik veronderstel dus dat zij wel inspanningen heeft geleverd voor de verdere uitvoering. Ik kan dat evenwel niet afleiden uit de documenten die ons ter beschikking staan. Daarom heb ik volgende vraag, die voor een deel parallel loopt met die van de collega's. Hoever staat het met de voorbereiding van de uitvoeringsbesluiten? Zijn ze klaar? Hoe is een en ander gebeurd?

Is er verder onderzoek verricht? Ik wil mij ter zake zeker aansluiten bij de opmerkingen over de berekeningswijze van de schadevergoeding, het fonds dat wordt samengesteld en alle andere uitvoeringsbesluiten.

Ik krijg bovendien uiteenlopende informatie. Daarom vernam ik graag wat de juridische gevolgen zijn van het feit dat de wet er wel is, maar dat er geen uitvoeringsbesluiten voorhanden zijn. In hoeverre speelt dan een aansprakelijkheid van de overheid?

**07.04 Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, il s'agit là de questions très intéressantes sur un sujet qui préoccupe d'ailleurs l'ensemble des formations politiques.

Geachte heren, met betrekking tot de vragen in verband met de inwerkingtreding van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg kan ik het volgende meedelen. De korte tijd tussen de goedkeuring van de wet en de ontbinding van het Parlement heeft mijn voorganger niet toegelaten om de koninklijke besluiten ter uitvoering van die wet te nemen. Een aantal van de koninklijke besluiten zijn in de Ministerraad overlegde besluiten. Op dit ogenblik zijn er geen voorontwerpen beschikbaar en is er geen overleg in de Ministerraad van de ontslagnemende regering gebeurd. Noch mijn voorganger of ikzelf, noch het Parlement kon voorzien dat de periode van voorzichtige en lopende zaken langer dan zes maanden zou aanslepen.

Le gouvernement soumettra, dans le cadre de la loi-programme, les dispositions nécessaires en vue de postposer l'entrée en vigueur de cette loi à une date à fixer par le Roi. Dans l'intervalle, mes services continueront à préparer ces arrêtés royaux, de sorte qu'ils puissent être rapidement soumis au Conseil des ministres en fonction des évolutions de la situation politique.

Le centre d'expertise des soins de santé a effectivement déjà effectué une étude en trois volets sur la problématique de l'indemnisation des aléas thérapeutiques. Ce que vous appelez "le montage financier" se trouve dans la loi, à savoir un apport de l'État sous la forme d'une dotation, une intervention de l'INAMI, ainsi que la contribution des prestataires de soins par le biais de primes payées aux entreprises d'assurances.

Le coût annuel du système tel que proposé pouvait être estimé à environ 90 millions d'euros par an. Bien évidemment, la nouvelle loi s'appliquera sur les actes ayant eu lieu à partir de son entrée en vigueur. Le centre d'expertise avait d'ailleurs estimé qu'un certain nombre d'années seraient nécessaires avant que la nouvelle loi tourne à plein régime et que le coût cité précédemment soit atteint. C'est donc une période de cinq ans qui avait été évoquée avant que cette vitesse de croisière ne soit atteinte et il avait été estimé, par ailleurs, que le coût de la première année serait d'environ 25 millions d'euros.

Le centre d'expertise a en effet effectué une quatrième étude à ce propos. Cette étude concerne la clé de répartition pour la charge d'indemnisation entre les entreprises d'assurances et le fonds pour l'indemnisation des aléas thérapeutiques. Vu les meilleures informations actuellement disponibles, le centre d'expertise propose une clé de répartition de 49,7% pour les assureurs et de 50,3% pour le fonds pour le premier exercice durant lequel le nouveau système entre en vigueur.

Il est proposé d'adapter cette clé de répartition le plus rapidement possible s'il s'avère que les perspectives concernant la fréquence et le coût de l'indemnisation des aléas thérapeutiques divergeaient trop fort des prévisions du rapport. De cette façon, on évite un subventionnement anormal des entreprises d'assurances par l'État ou une augmentation inappropriée des primes à charge des dispensateurs de soins.

Cette étude a été présentée une première fois au conseil d'administration du centre d'expertise le 16 octobre 2007. Le calcul correct de l'impact des infections hospitalières sous le coup de cette initiative est difficile. Les recommandations de politique en la matière doivent à présent être précisées. On ne changera rien aux résultats de cette étude; on prévoit que cette étude sera validée au cours de la prochaine réunion du conseil d'administration en décembre.

**07.05 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, monsieur le ministre, je suis également nouveau dans cette assemblée, mais je ne peux m'empêcher de m'étonner qu'on adopte une loi au mois d'avril, à deux ou trois mois des élections, sans même en avoir préparé les arrêtés d'application. D'autant qu'il s'agit d'une loi qui revêt une importance considérable pour les patients victimes d'accidents médicaux, de même que pour les prestataires. Voilà qui ne me paraît pas constituer un exemple de saine gestion

donné par le gouvernement violet sortant, qui n'est sans doute pas responsable de la durée de la formation de ce nouveau gouvernement.

Je tiens cependant à exprimer mon désaccord profond avec une telle manière de fonctionner. J'espère que les arrêtés d'application, dont vous venez de déclarer que vous travailliez à la rédaction, pourront être avancés afin de reprendre ce travail le plus rapidement possible et de permettre à la loi d'entrer en application.

Dans cette attente, nous n'aurons d'autre solution que de voter le report de la mise en application de la loi au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2008, en espérant que cela n'aura pas d'autre conséquence.

**07.06 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik moet u eerlijk zeggen dat het antwoord dat u in uw hoedanigheid van minister geeft voor een ancien in de commissie voor de Volksgezondheid een kras antwoord is. U komt hier vertellen dat uw voorganger niet wist dat hij over een beperkte tijd zou beschikken, terwijl iedereen wist dat de verkiezingsdatum vastlag. Ik heb vanuit de oppositie altijd op een constructieve manier oppositie gevoerd. Ook persoonlijk had ik een goede verstandhouding met de betrokken minister. In uw hoedanigheid van minister het voornoemde in het Parlement komen vertellen, is echter kras. De verkiezingsdatum lag vast. Aangezien wij vanuit de oppositie heel constructief aan de totstandkoming van de wet hebben meegewerkt omdat het principe te belangrijk is om een eenzijdig spelletje meerderheid tegen oppositie mee te spelen, is uw antwoord betreurenswaardig.

Andermaal wordt de indruk bevestigd die wij al in april 2007, namelijk dat de wet een extra-verkiezingssnoepje was dat de minister nodig had om - jammer genoeg op de kap van de patiënten zoals achteraf blijkt - in de verkiezingscampagne mee te kunnen uitpakken. Dat kan toch niet de bedoeling zijn van een dergelijke belangrijke wetgeving waarover over alle grenzen van overheid en oppositie heen consensus bestond.

Een tweede punt waarover ik van de ene in de andere verwondering val, is uw feitelijke verklaring dat er nog niet eens ontwerpuitvoeringsbesluiten klaar liggen. U bent gul en zegt dat uw departement er momenteel aan werkt. Op dit moment echter ligt er blijkbaar niets concreets klaar op uw departement.

Eerlijk gezegd, mijnheer de minister, dat zijn twee vaststellingen die ik moet maken en die mij in mijn hoedanigheid van parlamentslid bijna van mijn stoel doen vallen. Ik ben in het Parlement niet aan mijn proefstuk toe, maar dat zijn toch krasse antwoorden.

Een derde vaststelling. We nemen er akte van dat wij in de programmawet die de huidige regering van lopende zaken zal voorleggen, door de technische problemen zullen worden verplicht om het uitstel van de inwerkingtreding te moeten goedkeuren. Dat is geen manier van werken. Het is beschamend dat de regering het Parlement op een dergelijke manier durft te behandelen met betrekking tot een principe waarover iedereen het eens was, namelijk dat inzake de foutloze aansprakelijkheid voor de patiënten en voor de artsen aan het andere eind van het spectrum echt iets moest gebeuren.

**07.07 Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het zal u niet verwonderen dat ook wij uw antwoord stellig betreuren.

Op 23 maart 2007 wist de regering inderdaad dat er op 10 juni 2007 verkiezingen zouden zijn. Er was een tijdsspanne van twee tot drie dagen tussen de indiening van het ontwerp en het moment van bespreking in de commissie. Alle partijen hebben tijdens de bespreking geprobeerd om op een constructieve manier mee te werken en vragen te stellen.

Ik ben dan ook heel verrast, nu ik u hoor vertellen dat er nog niets aan uitvoeringsbesluiten werd voorbereid.

Ik heb niets tegen kaderwetten indien zij doordacht zijn, indien er een aantal principes in worden vastgelegd en indien in de wet de ruimte en richting van de uitvoering worden aangegeven. Indien de kaderwet echter een lege doos is waarrond een grote strik wordt gemaakt en die de mensen doet geloven dat er op 1 januari 2008 geen probleem meer zal zijn, dan betreur ik de wet enorm. U zet in dat geval de mensen op een verkeerd been, wat niet kan.

Mijnheer de minister, ik blijf met één vraag zitten, tenzij ik u niet goed heb begrepen. Wat zouden de gevolgen zijn, mocht de wet niet worden uitgesteld? Dat is mij niet duidelijk, tenzij het antwoord daarop mij is

ontgaan. In dat geval bied ik u mijn excuses aan. Ik dacht echter niet een antwoord op voornoemde vraag te hebben gekregen.

**07.08 Didier Donfut**, ministre: En période d'affaires courantes, je pense qu'il n'appartient pas à un ministre de polémiquer avec le Parlement. Les interventions de ce matin sur le sujet démontrent à quel point cette loi est importante. Comme certains l'ont dit, tout le monde y a travaillé et nous pouvons nous en féliciter. Ce problème était connu depuis longtemps et nous pouvons nous réjouir que le gouvernement sortant ait pu proposer une loi au Parlement qui l'a adoptée.

Avant de se pencher sur les arrêtés d'application, il est clair que le gouvernement sortant devait d'abord faire passer la loi au Parlement. Quand on fait l'inverse, on reproche de mettre la charrue avant les bœufs et de ne pas respecter le Parlement. Il est donc assez normal, dans le travail démocratique, qu'on fasse d'abord passer la loi pour ensuite, en fonction des débats au Parlement, voir comment on peut mettre en chantier les arrêtés d'application. Tout le monde sait que mon prédécesseur n'a pas eu le temps de les mettre en place en raison des élections. Le problème n'est pas qu'on ait voté la loi avant les élections mais qu'effectivement, la période actuelle sans nouveau gouvernement est assez longue. Tout le monde peut le déplorer aujourd'hui, et je ne jette la pierre à personne.

Je pense qu'il ne m'appartient pas, en tant que ministre en affaires courantes, de mettre en chantier les arrêtés d'application. Il faut sans aucun doute que le département y travaille mais il appartient au prochain gouvernement de mettre les arrêtés en chantier. Le système existe, donc rien ne change mais nous voulons y apporter une valeur ajoutée.

Je souhaite que nous puissions avoir rapidement un nouveau gouvernement pour que cette réforme, qui me semble extrêmement importante, puisse être totalement opérationnelle. Je salue l'intérêt des membres de cette commission à son égard.

La **présidente**: Je voudrais ajouter que des propositions de loi avaient été déposées par plusieurs partis, si pas tous, en 2003 et en 2004. Si on avait travaillé directement sur les propositions sans attendre le projet du ministre – même si je sais qu'il est difficile pour les ministres de travailler sur des propositions de parlementaires –, nous aurions gagné du temps ainsi que de la cohérence et de la suite dans le travail. Les rapports entre parlement et gouvernement sont parfois un peu difficiles.

Nous attendrons donc cette loi-programme.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**08 Question de M. Jean-Luc Crucke au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les mesures prises suite à la réapparition de la rage dans notre pays" (n° 250)**

**08 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de maatregelen die werden genomen nu zich in ons land opnieuw gevallen van hondsdolheid hebben voorgedaan" (nr. 250)**

**08.01 Jean-Luc Crucke (MR)**: Madame la présidente, je ne veux pas faire le moindre lien avec la question précédente. Ici, il s'agit bel et bien de la rage qu'on pensait disparue de notre pays et qui réapparaît dans la commune de Beersel.

L'AFSCA ayant confirmé ces doutes, certaines mesures ont été prises non seulement par la commune de Beersel mais également par six communes environnantes.

Dès lors, monsieur le ministre, j'aurais aimé connaître le détail de ces mesures et la durée d'application de celles-ci. Seront-elles prolongées?

L'origine de la contamination semble être l'importation illégale d'un chien provenant du Maroc. Au point de vue statistique, peut-on affirmer qu'il s'agit d'un cas unique en la matière et qu'il n'y a pas de craintes à avoir pour le futur? On connaît en effet les conséquences que peut avoir cette pathologie.

Par ailleurs, en dehors du cas statistique, peut-on estimer que la réaction des autorités, celle de l'AFSCA en

particulier, a été suffisamment rapide pour éviter tout risque à l'avenir.

**08.02 Didier Donfut**, ministre: Monsieur le député, il convient de faire une distinction entre les cas de rage indigène auxquels la Belgique a été confrontée pour la dernière fois en 1999 et les cas de rage importée dont le cas rapporté récemment fait partie.

Dans le premier cas de figure, il existe une circulation active et durable du virus au sein d'une population animale alors que, dans le second cas de figure qui est celui qui nous occupe, il ne s'agit que d'une détection ponctuelle d'un cas de rage isolé chez un animal bien défini. Stricto sensu, on ne peut donc pas dire actuellement que la rage telle que nous la connaissions durant les années 90 est réapparue.

Dans les communes concernées par le cas du chien à Beersel, les mesures suivantes ont été mises en place.

La vaccination antirabique des chiens et des chats est fortement conseillée. Tous les chiens des communes concernées doivent être tenus en laisse également en cas de promenade en dehors de leur commune; la mise en place de panneaux d'avertissement par les communes est souhaitée. Les chats doivent, autant que possible, être maintenus à l'intérieur.

En cas de morsure par un chien ou un chat, il est conseillé de prendre contact avec son médecin traitant ou son vétérinaire.

Une enquête approfondie ayant pour but d'identifier tous les humains et animaux ayant été en contact avec l'animal malade au cours de la période critique a été effectuée.

La mise en œuvre concrète des mesures sur le terrain a immédiatement suivi les constats effectués durant l'enquête. Ces mesures ont fait l'objet d'une coordination des différentes autorités impliquées tant au niveau de leur contenu que dans leur gestion sur le terrain, à savoir l'AFSCA, l'Institut Pasteur, les autorités communales, l'Institut de santé publique, le SPF Santé publique et l'Agence flamande soins et santé.

Cette phase de coordination a permis d'harmoniser l'information diffusée à la population et les actions mises en place sur le terrain.

Je puis vous confirmer que le cas de rage détecté à Beersel a bien pour origine une importation illégale d'un chiot en provenance du Maroc. L'enquête approfondie réalisée depuis la découverte de ce cas devrait nous permettre de déterminer combien d'animaux ont été en contact avec le chien infecté.

À ce jour, l'enquête a permis d'identifier 32 personnes ayant eu, à des degrés divers, des contacts potentiellement à risque. Toutes ces personnes font l'objet d'un suivi par l'Institut Pasteur. De plus, 18 propriétaires d'animaux détenant des chiens ou des chats ayant également eu des contacts potentiellement à risque se sont fait connaître auprès des services en charge de l'enquête.

Les mesures mises en place visent à éviter toute propagation du virus dans la zone où l'animal infecté a été découvert et devront être maintenues pendant six mois si aucun autre cas n'était détecté, ce qui correspond à la durée maximale de la période d'incubation de la rage. Il est bien évident que les services sanitaires, tant de la médecine humaine que vétérinaire suivent de très près l'évolution de ce dossier et sont disposés, à tout moment, à renforcer les mesures d'application.

**08.03 Jean-Luc Crucke** (MR): Je remercie M. le ministre pour sa réponse.

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

**09 Question de M. Jean-Marc Delizée au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la prise en charge du transport urgent médicalisé" (n° 264)**

**09 Vraag van de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de regeling van het dringend medisch vervoer" (nr. 264)**

**09.01 Jean-Marc Delizée** (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, je souhaite vous interroger sur la prise en charge du transport urgent médicalisé suite à un fait qui s'est déroulé dans ma région, cet été. Le

6 août 2007, quatre adolescents ont été grièvement brûlés suite à un accident avec un réchaud à gaz.

Les services de secours ont cependant pu intervenir et leur vie a été sauvée, alors que deux d'entre eux étaient dans un état très critique. C'est évidemment le plus important. Cela prouve que la coordination, l'intervention en urgence, tout cela a fonctionné normalement.

Cependant, cette intervention a un coût. Or nous nous trouvons ici face à une situation assez particulière. Cette question a d'ailleurs déjà suscité des débats dans ce parlement.

Ma question porte sur deux points.

- Comment fonctionne la coordination, l'appel de ce transport urgent médicalisé? Il faut savoir que des décisions sont prises dans ce cadre et que les différentes interventions font ensuite l'objet de factures.

- Existe-t-il des perspectives de mutualisation de ce type de risque? En effet, ce n'est pas le cas aujourd'hui et il me semble qu'il serait opportun d'envisager de travailler sur ce problème, qui n'est pas neuf. En tout cas, je suis prêt à m'y atteler avec les collègues qui le souhaitent.

Suite à cet accident, des soins ont été dispensés aux quatre grands brûlés. L'assurance obligatoire interviendra ainsi que des assurances complémentaires en matière de soins de santé.

Il reste le problème du coût du transport. Il se fait qu'un hélicoptère a été dépêché d'Allemagne, un autre du Grand-Duché de Luxembourg. Par ailleurs, il faut savoir que rien que le coût engendré par l'intervention de la première ambulance représente environ 7.500 euros. Malheureusement, deux enfants appartenaient à la même famille, qui doit maintenant assumer le coût de l'intervention de l'hélicoptère et de l'ambulance pour ses deux enfants. Vous comprendrez qu'elle se retrouve potentiellement ruinée suite à cet accident.

En ce qui concerne la coordination, pourriez-vous me rappeler, monsieur le ministre, qui décide finalement du type de transport urgent médicalisé qui est dépêché sur le lieu de l'accident? Autrement dit, quelle est l'instance qui décide? Pouvez-vous me dire si toutes les mesures sont prises pour que le choix d'un hélicoptère belge soit privilégié?

J'aimerais également savoir ce qu'il en est de l'intervention de l'armée belge qui, dans le passé, effectuait ce type de prestation pour le transport urgent par hélicoptère: dans quels cas et sous quelles conditions? Existe-t-il encore une telle collaboration avec l'armée?

Quelle est l'autorité administrative et politique responsable de cette coordination? Il est bien entendu que le principal souci des parents est de sauver les victimes, les autres questions administratives ou financières et les conséquences sociales viennent ensuite.

Un recours est-il possible pour contester une facturation ultérieure s'il apparaît une erreur quant aux décisions prises par cette cellule de coordination? En l'occurrence, un débat a effectivement lieu sur le sujet.

Enfin, existe-t-il en la matière des conventions particulières avec les pays voisins – Allemagne et Grand-Duché du Luxembourg – puisque ceux-ci sont intervenus dans le cas de cet accident?

La deuxième partie de la question ne sera pas longue, madame la présidente, et concernera le coût de l'aide médicale urgente et des transports spécialisés, notamment pour les hélicoptères.

Les familles subissant de tels drames, outre le drame humain et psychologique, vivront des maladies qui mettront des mois, voire des années avant de s'estomper plus ou moins, comme dans le cas des grands brûlés; elles bénéficieront donc de tout un suivi.

Mais comment envisager la couverture de ce type de risques? Actuellement, il n'est pas couvert par les organismes assureurs ni par aucune assurance privée. Existe-t-il des études sur le coût d'une mutualisation de ce type de risques? Une telle étude a-t-elle été réalisée au niveau national vu qu'il s'agit de situations exceptionnelles et qui induisent des coûts très onéreux pour les victimes et les familles concernées?

Monsieur le ministre, quelles pistes envisagez-vous quant à une mutualisation de ces risques afin que les familles qui y sont confrontées ne se retrouvent pas totalement dépourvues sur le plan financier, après avoir subi la gestion de l'accident, puis ses suites médicales et psychologiques?

**09.02** **Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, je remercie M. Delizée pour sa question et j'espère lui apporter une partie des réponses qu'il attend. Sa question est cependant relativement large et complexe.

La loi de 1964 relative à l'aide médicale urgente n'intègre pas l'hélicoptère comme moyen d'aide médicale urgente. Par contre, le préposé du système d'appel unifié peut requérir un médecin, lequel peut se déplacer par n'importe quel moyen, dont l'hélicoptère. C'est donc le préposé du système d'appel unifié – à qui délégation du choix du type de moyen d'intervention à solliciter est donné par l'appel au numéro 100 – qui requiert le médecin (article 4 de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente).

Dans le cas de Matagne-la-Grande, après analyse de la problématique et bilan par l'ambulancier le premier arrivé, le transport le plus approprié a été évalué comme transfert vers un lit dans un "burn center". Au moment de l'appel, il y avait trois places à Neder-over-Heembeek, deux places à Loverval et une à Liège. Ce transport devant se faire rapidement, pour la survie et eu égard aux douleurs du patient et de préférence sans les heurts d'un transport routier, le centre du système d'appel unifié de Mons a pris l'initiative de requérir un transport médicalisé hélicoptère.

Il existe deux hélicoptères en Belgique faisant l'objet d'une convention avec le SPF Santé publique, outre le Seaking de Coxyde. Bien entendu, ces véhicules peuvent être déjà occupés. Si le besoin est urgent, le préposé peut requérir un médecin, indépendamment de la nationalité de celui-ci. Il est donc logique qu'il fasse appel à un système partenaire en cas de situation d'urgence.

Dans le cas de Matagne-la-Grande, le Seaking a annoncé un délai trop long pour une intervention d'urgence: plus de 50 minutes. Les hélicoptères médicalisés de Bra-sur-Lienne, de l'ADAC et de "Luxembourg Air Rescue" annonçaient un délai maximum de 40 minutes. Après bilan médical par le SMUR de Fumay, la solution d'hélicoptère pour évacuation vers un "burn center" a été validée par le médecin et exécutée par le centre d'appel unifié de Mons. L'armée belge n'a pas de structure permanente permettant un transport médicalisé en hélicoptère répondant aux conditions de l'aide médicale urgente, c'est-à-dire permettant la présence du médecin, si ce n'est le Seaking de Coxyde.

Le centre du système d'appel unifié est responsable de la coordination des moyens d'intervention. Pour ce qui est de son fonctionnement et de son organisation, la discipline médicale est sous la responsabilité du ministre de la Santé publique, l'urgence individuelle comme l'urgence collective. Lorsqu'il y a appel au 100, le tarif applicable à tous les transports est fixé par l'arrêté royal du 7 avril 1995 déterminant le tarif applicable au transport en ambulance des personnes visées à l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente. Ce tarif ne correspond pas du tout au coût réel de l'hélicoptère mais il ne peut être dépassé dans la facturation.

Nous sommes ici face à un vide juridique concernant le destinataire de la facture réelle de l'hélicoptère lorsque celui-ci est requis par le préposé du système d'appel unifié.

Mon administration travaille pour l'instant à un projet pour le financement du transport urgent dans le cadre de l'aide médicale urgente. La piste suivie est celle d'une mutualisation partielle des coûts. Notez toutefois qu'en raison de la complexité d'un tel dossier, de nombreuses discussions et sans doute une adaptation de la loi seront nécessaires. L'administration prévoit de livrer son projet auprès de mon office ou celui de mon successeur pour janvier 2008.

**09.03** **Jean-Marc Delizée** (PS): Madame la présidente, je remercie le ministre pour ses réponses. Il est bien entendu que je n'attendais pas aujourd'hui la solution définitive et optimale à ce dossier complexe et qui présente pas mal d'incidences. Il est sûr que ce n'est pas en période d'affaires courantes que ce genre de dossier peut être réglé. Nous attendrons la constitution d'un gouvernement pour pouvoir revenir sur le sujet.

Monsieur le ministre, vous nous dites qu'il y a un vide juridique et je crois que cela fait partie de notre travail d'essayer de le combler. Vous avez indiqué qu'une piste visant à une mutualisation partielle était suivie. Je propose donc de revenir sur ce dossier au cours de cette législature, lorsque le gouvernement sera formé et pourra apporter des solutions sur le long terme.

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

**10** **Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,**

**belast met Europese Zaken over "de problemen met de dienst 100 in Mesen" (nr. 69)**

**10 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les problèmes relatifs au service 100 à Messines" (n° 69)**

**10.01 Sabien Lahaye-Battheu** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de problemen met de dienst 100 in Mesen. Die problemen slepen al een hele tijd aan. Het probleem is dat het de diensten uit Ploegsteert zijn die voor interventies naar Mesen gaan.

De interventies zorgen voor de nodige frustraties bij de mensen, aangezien de ambulanciers meestal enkel Frans spreken en de communicatie met de Nederlandstalige slachtoffers daardoor zeer moeilijk verloopt.

De burgemeester van Mesen heeft dat probleem schriftelijk zowel aan de gouverneur als aan de toenmalige minister van Sociale Zaken gemeld, maar volgens mijn berichten heeft hij tot op vandaag nog altijd geen antwoord gekregen, van geen van beiden.

Om praktische redenen stelt Mesen voor om bediend te worden door de ambulance van Nieuwkerke, waar bijna iedereen tweetalig is en dat juist even ver ligt als Ploegsteert.

Mijnheer de minister, ik heb dan ook de volgende concrete vragen.

Bent u op de hoogte van de problemen met de dienst 100 in Mesen? Wat is uw reactie daarop?

Volgt u het standpunt om Mesen te laten bedienen door de ambulance van Nieuwkerke?

Wat zult u precies doen in dat dossier?

**10.02 Minister Didier Donfut:** Mevrouw Lahaye-Battheu, dank u voor deze vraag. Het probleem waar u naar verwijst, is gekend door mijn administratie en wordt reeds lang behandeld door de Federale Gezondheidsinspectie. De specifieke situatie van de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening op een grondgebied moet worden geregeld binnen de provinciale commissie voor de dringende geneeskundige hulpverlening. Zij behoort dus tot de bevoegdheid van de provinciegouverneur en volgens mij slaat u een stap over indien u zich rechtstreeks wendt tot de federale minister van Volksgezondheid, want zo geeft u het overleg op het terrein geen kans.

Desalniettemin, wil ik u meedelen dat de bevoegde directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid op 10 augustus van dit jaar persoonlijk op bezoek geweest is in Heuvelland om zich van de toestand in de regio te vergewissen.

Er weze aan herinnerd dat het probleem ontstond uit de aanwezigheid van een intermediaire dispatching bij de brandweer van Moeskroen-Ploegsteert, die op initiatief van dat korps afweek van het principe van het dichtstbijzijnde geschikte hulpmiddel wanneer Ploegsteert niet beschikbaar was. Daaraan werd inmiddels verholpen door de Gezondheidsinspectie. Het is overigens helemaal niet in overeenstemming met de wet om voor de ambulancediensten vaste sectoren af te bakenen. Het dichtstbijzijnde geschikte hulpmiddel moet immers worden ingezet, daar voor dringende geneeskundige hulpverlening elke seconde telt en daar die veel belangrijker is dan de taalkundige bekwaamheid van de bemanning. Het leven van een patiënt mag nooit in gevaar worden gebracht door te kiezen voor een verder verwijderd hulpmiddel.

Je vous renvoie également à la nouvelle organisation de la sécurité civile, qui vient d'adopter le même principe. Toutefois, les mesures ont été prises à la programmation de l'outil de dispatching pour favoriser l'emploi des moyens linguistiquement adéquats lorsque le risque médical reste acceptable.

En conclusion, toutes les mesures nécessaires et possibles ont été prises par notre administration dans l'intérêt des patients.

**10.03 Sabien Lahaye-Battheu** (Open Vld): Dank u wel, ik heb geen repliek.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**11 Vraag van de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast**

**met Europese Zaken, over "de ophokplicht voor pluimvee" (nr. 320)**

**11** Question de M. Michel Doomst au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le confinement des volailles" (n° 320)

**11.01** Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in heel gevoelige gebieden, meer bepaald de gebieden die nu nog afgebakend zijn en waarin of waarrond heel veel wilde vogels voorkomen, zoals het Zwin, moet het pluimvee nog opgehokt blijven uit verdedigbare bioveiligheidsoverwegingen. Tegen deze maatregel kan men dus moeilijk bezwaar hebben. Ondertussen moeten de dieren in de betrokken bedrijven al meer dan een jaar opgehokt blijven.

Dat brengt een aantal problemen met zich mee. Enerzijds kan men hierdoor namelijk geen efficiënt gebruikmaken van een heel goed afgebakende en omheinde ruimte waarin voor die dieren is voorzien. Anderzijds betekent het, bijvoorbeeld heel specifiek voor mensen en bedrijven die de eierenproductie moeten bewaken, dat de vrije uitloop niet meer kan en dat bepaalde eieren, bijvoorbeeld van kippen die langer dan 12 weken zijn opgehokt, niet meer verkocht kunnen worden volgens de volle kwaliteitsnormen. De concrete gevolgen voor die bedrijven zijn natuurlijk heel hoge kosten en een veel lagere opbrengst.

Mijnheer de minister, in welke mate zullen de genomen maatregelen ook in de toekomst worden bestendigd? Kunnen de bedrijven voor de lagere inkomsten en de hogere uitgaven gecompenseerd worden?

**11.02** Minister Didier Donfut: Mevrouw de voorzitter, de toekenning van schadeloosstelling door eventuele economische verliezen is een regionale materie, ook deze die voortvloeien uit de afschermmaatregelen die worden toegepast in samenhang met de preventie van vogelgriep. Ik stel dan ook voor om met de bevoegde regionale ministers contact op te nemen om na te gaan of in dit dossier in schadeloosstelling is voorzien.

Au vu de la situation épidémiologique en matière d'influenza aviaire dans le monde et particulièrement en Europe, il est peu probable que la stratégie de prévention soit modifiée à court terme.

En effet, des cas et des foyers d'influenza aviaire ont encore été identifiés au cours des mois d'août et de septembre en France et en Allemagne et, encore récemment, en Angleterre.

En outre, je rappelle que l'application de mesures de biosécurité, telles que le confinement des volailles, est prévue par la réglementation européenne, plus particulièrement la décision 2005/734 de la Commission européenne.

Lors de l'élaboration de la stratégie de prévention et de lutte contre l'influenza aviaire au printemps 2006, l'Agence avait signalé au secteur que les mesures préventives seraient probablement d'application à très long terme et qu'il était, dès lors, conseillé aux éleveurs situés dans les zones naturelles sensibles de prévoir le matériel et l'adaptation de leurs infrastructures nécessaires à un confinement permanent.

**11.03** Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik neem toch aan dat men contact zal blijven houden met de sector. Ik hoor immers vanuit de sector dat dit voor ernstige problemen zorgt. Ik richt mij ook tot de gewestelijke verantwoordelijke en hoop dat wij dit in goede samenhang kunnen blijven behouden.

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

**12** Vraag van de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de remgeldvermindering voor het eerste consult in het kalenderjaar bij specialisten" (nr. 321)

**12** Question de M. Michel Doomst au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la diminution du ticket modérateur pour la première consultation chez le médecin spécialiste dans le courant de l'année calendrier" (n° 321)

**12.01** Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, sinds 1 februari betalen patiënten minder remgeld voor een raadpleging bij een specialist indien zij worden doorverwezen door hun huisarts, natuurlijk op voorwaarde dat zij een globaal medisch dossier hebben.

Die remgeldvermindering van vijf euro geldt wel alleen voor de eerste raadpleging in het kalenderjaar en per specialisme. De lijst omvat 17 uiteenlopende specialismen, van kindergeneeskunde tot endocrinologie. Na een evaluatie van vijf maanden blijkt dat er een aantal koplopers zijn op het vlak van terugbetaling, bijvoorbeeld cardiologie en neurologie. Een aantal andere specialismen bengelen aan de staart, zoals gynaecologie, psychiatrie en pediatrie. Een specialisme als orthopedie – om een voorbeeld te noemen – behoort echter niet tot de lijst, terwijl er blijkbaar toch vaak orthopedische problemen worden vastgesteld. Veel patiënten blijken van de beperkingen op de lijst niet op de hoogte te zijn, waardoor ze eerst naar de huisarts gaan en vervolgens naar de specialist, wat voor de betrokkenen vrij serieuze meerkosten met zich brengt.

Ik had graag aan de minister willen vragen of er al een evaluatie van de voorziene lijst van specialismen in het vooruitzicht kan worden gesteld.

Ik wou ook graag weten of het de bedoeling is dat deze lijst, die op dit ogenblik beperkt is, in de toekomst zal worden uitgebreid.

Ten derde, waarop berusten momenteel de criteria voor de specialismen om al dan niet in de lijst te worden opgenomen?

**12.02** Minister **Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, de vraagstelling van het geachte lid gaat over de toepassing van het systeem van zachte echelonnering waarvan de regeling momenteel is neergelegd in het koninklijk besluit van 26 november 2006, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 15 december 2006. De regeling is van kracht sinds 1 februari 2007.

Bij het opmaken van de lijst waarvoor de regeling geldt, werd prioriteit gegeven aan de specialismen met een belangrijke diagnostische activiteit. Een evaluatie van de lijst van specialismen waarvoor bij de eerste consultatie in het kalenderjaar een remgeldvermindering wordt toegestaan hoort deel uit te maken van een globale evaluatie die als dusdanig op het beleidsniveau nog niet heeft plaatsgevonden.

Wel is intussen uit cijfermateriaal van de verzekeringsinstellingen gebleken dat het systeem een geringe toepassingsgraad kent. Als hoofdoorzaak daarvan wordt de administratieve complexiteit van het systeem aangehaald.

Je voudrais cependant éviter de revenir trop rapidement sur un système d'échelonnement soft qui a été souhaité par de nombreux acteurs du système de soins de santé et qui est en vigueur depuis quelques mois seulement. Il convient aussi d'intégrer cette donnée de temps dans l'évaluation.

En outre, il existe d'autres modes de collaboration prévus entre médecins spécialistes et généralistes qui peuvent contribuer à mieux structurer l'offre médicale, notamment la réalisation du projet de trajet de soins, comme prévu au point 7 de l'accord national médico-mutualiste. Ce projet est essentiellement basé sur la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Le groupe de travail de la Commission nationale médico-mutualiste prépare en effet une proposition intégrée qui part notamment du principe selon lequel les patients qui s'inscrivent à un trajet de soins (dans une première phase, les patients diabétiques de type II ou les patients souffrant d'insuffisance rénale) bénéficieront d'une diminution du ticket modérateur lors d'une consultation chez le médecin spécialiste par analogie avec le système de l'échelonnement soft.

Ce groupe de travail examine à présent la possibilité de concrétiser ce principe, s'il y a lieu d'accorder également cet avantage aux patients diabétiques qui ne tombent pas dans le groupe cible des trajets de soins et si cet avantage pourrait valoir pour toutes les spécialités, alors que la limitation à une diminution du ticket modérateur par an et par spécialité pourrait être supprimée.

Les propositions en matière de diminution du ticket modérateur chez le médecin spécialiste feront partie intégrante d'un projet plus large et cohérent relatif au trajet de soins. Outre une rémunération correcte des médecins généralistes et des médecins spécialistes, des mesures favorisant la collaboration et une communication efficace entre tous les dispensateurs de soins, qui assistent les patients dans leur trajet de soins, ce projet comportera également un avantage au niveau du ticket modérateur pour une consultation chez le médecin généraliste.

**12.03 Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u toch in het vooruitzicht stelt dat men, aangezien men zelf heeft vastgesteld dat de manier van werken administratief vrij complex is, vrij snel tot een evaluatie zal overgaan. Sommigen zeggen dat er nog beter moet worden geïnformeerd. Het heeft waarschijnlijk echter geen zin om de inspanning om beter te informeren op te voeren zolang de evaluatie niet heeft plaatsgevonden. Ik hoop dat die evaluatie in elk geval vrij snel zal kunnen gebeuren.

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

**13 Question de Mme Véronique Salvi au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'obligation des logopèdes à s'informatiser" (n° 325)**

**13 Vraag van mevrouw Véronique Salvi aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de verplichting voor de logopedisten om hun dossiers te computeriseren" (nr. 325)**

**13.01 Véronique Salvi** (cdH): Madame la présidente, monsieur le ministre, à l'instar des kinésithérapeutes et des infirmières, les logopèdes eux aussi devraient, sous peu, être légalement obligés de s'équiper d'un matériel informatique coûteux, dans le but de tenir leur registre légal des présences de leurs patients aux séances de rééducation logopédique.

Ce registre informatique serait sauvegardé soit par gravure du CD, soit au travers d'un logiciel agréé par l'INAMI.

Cela implique évidemment l'achat d'un ordinateur, du ou de logiciels agréés, le paiement régulier des mises à jour récurrentes et du petit matériel annexe (CD, clés USB, etc.).

Par le passé, l'INAMI est intervenu lorsque les kinésithérapeutes et les infirmières ont été confrontés à cette même obligation légale. Ces professionnels reçoivent d'ailleurs toujours une aide récurrente lors des mises à jour du logiciel nécessaire à la tenue du registre.

Les logopèdes, qui sont les moins nantis du système, craignent de devoir engager les frais énoncés ci-dessus sur fonds propres et ce, sans aucune aide financière de la part de l'INAMI ou de tout autre pouvoir public.

L'injustice serait alors - vous le comprendrez – manifeste.

Monsieur le ministre, pourriez-vous éclairer ces professionnels sur les intentions de l'INAMI quant à l'aide financière qui leur serait apportée en matière d'équipement hardware et software en vue de la tenue de leur registre légal des présences de leurs patients aux séances de rééducation logopédique? Le choix du software sera-t-il négocié avec les représentants de la profession en logomut ou sera-t-il imposé par l'autorité?

Je vous remercie.

**13.02 Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, en réponse à la question de l'honorable membre, je peux communiquer ce qui suit.

Je voudrais d'abord attirer l'attention sur le fait que l'obligation de tenir un registre de prestations a été abrogée tant pour les logopèdes que pour les praticiens de l'art infirmier et les kinésithérapeutes par la loi du 7 décembre 2005 abrogeant l'article 76 alinéa 1<sup>er</sup> et l'article 168 alinéa 6 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette même loi précise par ailleurs que seront déterminées par arrêté royal, après concertation avec le secteur des professions concernées, les données devant être conservées sur support électronique. Le but n'est pas de conserver les mêmes données sur un nouveau support et dès lors de remplacer le support papier par un support électronique mais bien de préciser clairement de quelles données a besoin l'INAMI pour effectuer un contrôle efficace.

Après concertation avec les représentants des professions de la santé concernées, l'arrêté royal du 10 novembre 2006 a précisé que les données à conserver concernent les dates auxquelles les prestations

sont effectuées, les nom et prénom des bénéficiaires et la nature des prestations dispensées.

Afin d'offrir aux différents secteurs le temps de se conformer à ces nouvelles dispositions, mon prédécesseur, le ministre Rudy Demotte, a amendé cet arrêté en vue de conférer au Roi le pouvoir d'en fixer la date d'entrée en vigueur. Il s'agit de l'arrêté royal du 21 décembre 2006. Cette date n'a pas encore été fixée à l'heure actuelle. En effet, en ce qui concerne les interventions financières pour l'utilisation de matériel informatique, la commission de convention entre logopèdes et organismes assureurs siégeant au sein de l'INAMI a fixé à 3.239.200 euros les besoins nouveaux à titre d'incitants financiers, en vue de l'utilisation de logiciels homologués. Ce budget n'a cependant pas été considéré, tenant compte des recommandations du gouvernement, comme mesure prioritaire et urgente pour assurer la continuité de la politique des soins de santé et la sécurité tarifaire des patients en vue de la fixation du budget 2008.

**13.03 Véronique Salvi** (cdH): Madame la présidente, monsieur le ministre, l'obligation a effectivement été abrogée au niveau de la tenue sur papier. Mais au niveau de la sauvegarde informatique, comme vous l'avez confirmé, il faut conserver toute une série de prestations et de noms, de prénoms, etc. Vous comprendrez aisément que tout cela a un coût et même si aujourd'hui, il y a un problème de budget, à partir du moment où, pour une série de professions, l'INAMI intervient au niveau des supports, je pense qu'il serait tout à fait logique que pour les logopèdes, il puisse aussi y avoir une intervention. Ma question est donc de savoir si, demain, ces professions seront prises en compte. Car, cette obligation est légale; ce n'est pas quelque chose qu'ils ont demandé mais qu'on leur a imposé.

**13.04 Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, je voudrais apporter quelques précisions supplémentaires. Tout d'abord, je transmettrai une copie de ma réponse à Mme Salvi.

Aujourd'hui, rien n'est d'application; que ce soit la conservation des noms et prénoms ou le type de prestations données. Une concertation est à l'heure actuelle en cours avec le secteur et une date d'entrée en vigueur doit encore être déterminée. Il est vrai que l'on réfléchit à un système, peut-être via des primes, pour accompagner ou encourager le secteur. Mais au stade actuel, la réponse est claire et j'en transmets une copie à Mme Salvi.

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

La **présidente**: Je vous remercie tous et toutes d'avoir posé les questions et donné les réponses en respectant les temps de parole impartis.

*La réunion publique de commission est levée à 11.58 heures.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.58 uur.*