

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 4 DECEMBER 2007

MARDI 4 DÉCEMBRE 2007

Voormiddag

Matin

La séance est ouverte à 10.06 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

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

01 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les soins d'urgence transfrontaliers" (n° 229)

01 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de grensoverschrijdende dringende medische hulpverlening" (nr. 229)

01.01 Joseph Arens (cdH): Madame la présidente, monsieur le ministre, ce n'est pas la première fois que j'aborde la problématique de l'aide médicale urgente transfrontalière. En fait, le Sud Luxembourg compte un SMUR à Arlon et un PIT à Virton, ce qui pose énormément de problèmes. Notre souhait est d'obtenir autre chose à Virton, ce pourquoi nous nous battons dans les mois à venir.

La problématique que je veux souligner aujourd'hui est celle des régions frontalières. Il est sans doute rare de voir des interventions d'ambulanciers ou du SAMU luxembourgeois sur le territoire belge et vice-versa mais cela existe tout de même. En effet, il arrive que des appels d'urgence envoyés du territoire belge aboutissent au central de secours d'un pays voisin, notamment par le fait du recoupement des réseaux GSM, ce qui est logique pour ces régions-là.

En décembre 2004, le Parlement du Benelux a adopté une recommandation invitant les gouvernements des trois pays du Benelux à procéder dans les meilleurs délais à la signature du projet de convention relative au transport transfrontalier en ambulance. J'ai appris qu'un accord vient d'être signé entre la France et la Belgique pour les cas de transport d'urgence transfrontalier. Ma question, logique dans le Sud Luxembourg, est la suivante. Qu'en est-il d'une convention relative à l'aide médicale urgente entre la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg? Des éléments existent-ils? Avez-vous déjà eu des contacts avec le Luxembourg pour évoluer dans ce sens?

01.02 Didier Donfut, ministre: Monsieur Arens, je vous remercie pour cette question importante qui va sans doute permettre d'arranger pas mal de problèmes. Pour votre information, l'administration me communique qu'un projet de convention a été rédigé. Le document existe et sera soumis à la signature du prochain ministre de la Santé publique. Pour ce qui est de votre question, tous les contacts nécessaires ont eu lieu entre les différents partenaires et la convention qui est déjà rédigée sera soumise à signature dès que nous pourrons sortir de la période d'affaires courantes.

01.03 Joseph Arens (cdH): Merci, monsieur le ministre, pour cette réponse. Elle est très claire et me réjouit. J'espère que la convention sera signée le plus rapidement possible pour en finir avec nos problèmes de ce côté-là.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Katrin Jadin au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des

Affaires européennes, sur "l'amélioration du statut des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente" (n° 244)

02 **Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de verbetering van het statuut van de vrijwillige ambulanciers in de dringende medische hulpverlening" (nr. 244)**

02.01 **Kattrin Jadin (MR):** Madame la présidente, monsieur le ministre, étant moi-même d'une région frontalière, je me rends compte qu'il y a peut-être une opportunité de poser une deuxième question en rapport avec celle de mon prédécesseur. Je vais néanmoins m'atteler à celle que j'avais l'intention de vous poser aujourd'hui et qui concerne le statut des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente.

En date du 27 avril 2007, le Conseil des ministres a approuvé un projet d'arrêté royal exécutant notamment la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires. Ce projet vise essentiellement à améliorer le statut des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente en augmentant le montant annuel de leurs indemnités, afin qu'il soit identique à celui de leurs collègues pompiers volontaires.

Cette décision permet, entre autres, de supprimer l'actuelle discrimination existant entre les pompiers volontaires et les ambulanciers de l'aide médicale urgente qui effectuent des prestations souvent comparables. La décision du 27 avril 2007 est selon moi une initiative plus que salubre parce qu'elle permet de réduire la discrimination apparente qui, souvent, dissuade de nombreux ambulanciers de poursuivre leur activité de volontariat, notamment dans des régions rurales où l'on sait que les effectifs et les volontaires sont encore un peu moins nombreux. C'est d'ailleurs le cas dans ma région. C'est donc là qu'il est d'autant plus important de voir l'arrêté royal – qui doit être pris en fonction de la décision du 27 avril 2007 – exécuté le plus rapidement possible.

Monsieur le ministre, ma question est assez simple: qu'en est-il de l'application de cet arrêté royal et quels sont les délais impartis pour voir la mise en application de cet arrêté royal en fonction de la décision du Conseil des ministres du 27 avril dernier?

02.02 **Didier Donfut, ministre:** Madame la présidente, comme Mme Jadin l'a rappelé, en date du 27 avril 2007, le Conseil des ministres a approuvé un projet d'arrêté royal qui améliore le statut des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente. Le projet a été transmis au Conseil d'État qui a formulé un certain nombre de remarques. Le texte a été adapté en fonction des remarques du Conseil d'État sauf sur un point dont l'analyse est encore en cours car il suscite des divergences.

Le projet contient une définition classique du droit des accidents du travail qui dispose qu'en cas d'intervention, l'entreprise d'assurance rembourse la part des frais liés à l'accident du travail qui, après l'intervention accordée en vertu de cette dernière loi, sont à la charge de la victime.

Il s'agit de la disposition qui restreint l'intervention de l'assurance aux frais de soins de santé non couverts par l'INAMI et ce, afin de ne pas faire exploser les montants des primes d'assurance "accidents du travail".

Selon l'analyse du Conseil d'État, la loi sur les droits des volontaires ne permet pas au Roi d'imposer une exigence dans le contrat d'assurance, car la délégation est uniquement d'imposer la prise d'une assurance, mais pas d'en régler le contenu.

Des travaux parlementaires, il ressort néanmoins que la volonté du législateur était de permettre au Roi d'imposer une assurance-type "accidents du travail" dans certains cas, mais cette volonté n'est pas explicite. Une incertitude subsiste quant à l'existence d'une base juridique suffisante pour maintenir cette disposition. La supprimer équivaudrait à risquer que les employeurs se voient confrontés à des primes d'assurance exorbitantes et, dès lors, de souscrire à des assurances de moindre qualité, ce qui préjudicierait encore davantage les ambulanciers volontaires.

Dès lors, vu la situation du gouvernement en affaires courantes, le dossier est malheureusement suspendu en vue de le présenter au prochain gouvernement.

02.03 **Kattrin Jadin (MR):** Monsieur le ministre, je vous remercie. J'observe que certaines mesures restent à prendre d'urgence, du moins décider de certaines impulsions en ce qui concerne notamment ce dossier. Les ambulanciers ont parfaitement le droit de jouir d'un traitement égal à leurs collègues pompiers. C'est

pourquoi, à mon sens, des initiatives restent encore à prendre, de manière urgente.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de werking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)" (nr. 379)**

03 **Question de M. Flor Van Noppen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)" (n° 379)**

03.01 **Flor Van Noppen** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, geachte collega's, op 1 januari van dit jaar trad het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, het FAGG, officieel in werking. Het vroegere directoraat-generaal Geneesmiddelen hield op te bestaan en werd omgevormd tot een autonoom federaal agentschap. Hoewel ik de oprichting van federale agentschappen steun, onder andere vanwege de grotere flexibiliteit, heb ik toch een aantal vragen over de operationele werking van dit nieuwe agentschap.

Zo moet ik vaststellen dat de operationele structuur van het FAGG bijna een jaar na oprichting nog helemaal niet op poten staat. Dat blijkt onder andere uit het grote aantal ministeriële en koninklijke besluiten die sinds de oprichting in januari nog werden opgesteld.

Daarnaast maakte u na de Ministerraad van 12 oktober van dit jaar bekend dat u de werking van het FAGG verder zou uitbouwen. Zo krijgt het agentschap drie directoraten-generaal voor de uitvoering van de operationele taken. Daarnaast komen algemene en ondersteunende diensten en ten slotte gaat er werk gemaakt worden van de oprichting van het directiecomité. Ik weet dat de situatie van lopende zaken het u niet gemakkelijk maakt. Toch is er sinds oktober niets meer vernomen van deze noodzakelijke uitbouw van het FAGG.

Meer dan een maand geleden heb ik het FAGG rechtstreeks gecontacteerd met de vraag om mij meer informatie te geven over hun operationele structuur. Ik wacht echter nog steeds op hun antwoord. Mijnheer de minister, daarom heb ik voor u volgende vragen.

In welke mate is het FAGG reeds volledig operationeel? Met andere woorden, in welke mate is de transformatie van directoraat-generaal naar autonoom agentschap reeds voltooid?

Kunt u een korte toelichting geven over de structuur van dit agentschap, de onderverdeling in directoraten-generaal en hun taken, de ondersteunende diensten en de verschillende adviesraden? Welke van deze organen zijn reeds opgericht, volledig bestaaf en operationeel? Welke zijn dat nog niet en wat is de timing die hieraan verbonden is?

Zijn er plannen om het FAGG, hoewel nog maar pas opgericht, te laten samensmelten met het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen?

03.02 **Minister Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, de basisactiviteiten van het vroegere DGG zijn onveranderd gebleven. Naast de bestaande competenties, zijn ook alle materies inzake bloedcellen en weefsels van humane oorsprong als extra competentiedomeinen opgenomen. Het grote verschil met het directoraat-generaal voor de Geneesmiddelen is dat het FAGG op meer autonome wijze kan functioneren, onder toezicht en verantwoordelijkheid van het departement van Volksgezondheid.

Concreet heeft de transformatie zich vertaald in een nieuwe organisatie binnen het FAGG. De omvorming zal gefaseerd verlopen en van kracht zijn op het moment dat er drie "nummer 1-mandaathouders" worden aangesteld. Ondertussen is het FAGG operationeel, maar met de oude verdeling van de taken tussen vijf departementen.

Ten tweede, zoals op de Ministerraad van 12 oktober 2007 werd goedgekeurd, zal de nieuwe structuur van het FAGG bestaan uit drie directoraten-generaal, met een logistieke opdeling van de basisactiviteiten: (prevergunning voor het in de handel brengen, postvergunning voor het in de handel brengen en inspectie en controleactiviteiten) De structuur weerspiegelt de levenscyclus van een geneesmiddel. Daarnaast zijn er

ook nog het raadgevend comité, het wetenschappelijk comité en het transparantiec comité, die bij wet zijn ingesteld bij het FAGG en rechtstreeks de administrateur-generaal adviseren omtrent de werking en het bereiken van de doelstellingen van het FAGG.

En ce qui concerne votre troisième question, la nouvelle structure sera complètement opérationnelle lorsque les trois mandats de numéro un auront été attribués.

Wat de drie comités betreft, is het wetenschappelijke comité een eerste keer ter voorbereiding samengekomen in het najaar van 2007.

Il y a actuellement 280 équivalents temps plein occupés à l'Agence.

En ce qui concerne votre quatrième question, il n'y a, à ce stade, aucun projet de regroupement. Je pense d'ailleurs que cette solution n'est pas souhaitable dans la mesure où les tâches de ces deux agences sont assez différentes. En effet, l'objectif de la création de ces deux agences était de leur donner une autonomie de gestion afin d'accroître leur efficacité. Cela n'aurait donc pas beaucoup de sens de les regrouper quelques années après leur création.

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

04 Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le statut OMNIO" (n° 419)

04 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het OMNIO-statuu" (nr. 419)

04.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, monsieur le ministre, depuis le 1^{er} avril 2007, un nouveau statut permettant un remboursement majoré en matière de soins de santé est mis en place: le statut OMNIO, qui souhaite répondre à la difficulté des revenus les plus faibles à faire face aux dépenses de soins de santé. En cela, on peut évidemment le soutenir.

Si l'intention de départ apparaît généreuse et redistributive, la mesure est également critiquable en ce sens qu'elle est particulièrement complexe à mettre en œuvre, stigmatisante pour le public concerné, que les mutualités devront dorénavant exercer une mission de contrôle fiscal qui n'est pas la leur et que les 50 millions d'euros dégagés auraient été plus utilement consacrés, dans le cadre de l'assurance-maladie, à d'autres mesures comme une diminution généralisée des tickets modérateurs, ce qui serait plus logique par rapport à la fonction assurantielle de l'assurance-maladie.

Certains craignaient ouvertement que peu des bénéficiaires potentiels ne réalisent les démarches permettant de bénéficier de ce statut. Et, si on en croit des chiffres récemment rendus publics et aussi quelques contacts avec des mutualités, il semble que ces craintes étaient fondées. Sur 818.478 bénéficiaires potentiels, ils ne seraient que 91.671, soit 11,2% de l'objectif, à avoir accompli les lourdes formalités nécessaires il y a quelques semaines.

À tout le moins, de tels chiffres nécessitent analyse et réaction.

Monsieur le ministre mes questions sont les suivantes.

1. Pouvez-vous nous confirmer les chiffres récemment publiés et nous communiquer les derniers chiffres disponibles du nombre de bénéficiaires du statut OMNIO?
2. Quelle est votre analyse quant à la faiblesse apparente du nombre de bénéficiaires de ce statut OMNIO? Quelles sont les raisons qui expliquent, à vos yeux, cette situation?
3. Quelles sont les conséquences pour les potentiels bénéficiaires du statut OMNIO qui n'auraient pas fait les démarches pour en bénéficier? Ce statut leur reste-t-il accessible et dans quelles conditions?
4. Quelles sont les mesures qui ont déjà été prises ou qui sont envisagées pour remédier à cette situation, soit en termes d'information des bénéficiaires, de simplification administrative du système voire, mais c'est évidemment plus lourd, de réorientation des moyens dégagés pour la mise en œuvre de ce statut?

04.02 **Didier Donfut**, ministre: Merci, monsieur Gilkinet, pour cette question intéressante.

Premièrement, selon les chiffres communiqués par les organismes assureurs au service du contrôle administratif de l'INAMI, le nombre de bénéficiaires du statut OMNIO s'élevait à 91.671 personnes au 1^{er} octobre de cette année. Il faut toutefois signaler qu'un petit organisme assureur n'a donné aucun chiffre relatif au nombre d'assurés sociaux affiliés chez lui pouvant avoir droit au statut OMNIO. Il n'y a pas de chiffres plus récents parce que l'ouverture du droit se fait le premier jour du trimestre.

Deuxièmement, on peut effectivement déduire de ces chiffres que certaines personnes qui auraient pu bénéficier du statut OMNIO n'aient pas entrepris les démarches nécessaires.

Je nuancerai cependant votre propos. Le système est en vigueur depuis deux trimestres et malgré les efforts importants en matière d'information, on constate que des bénéficiaires potentiels ne sont pas encore au courant de leurs nouveaux droits. Cette situation doit inciter le gouvernement et les mutuelles à mettre les bouchées doubles en matière d'information sur la base des chiffres du premier trimestre de l'année 2007. De nouvelles actions pourront donc être envisagées.

Troisièmement, les assurés peuvent, à tout moment, introduire une demande en vue de bénéficier du statut OMNIO sous la forme d'une déclaration sur l'honneur relative aux revenus. Si les conditions sont réunies, le statut est octroyé à partir du premier jour du trimestre civil qui suit celui au cours duquel la demande a été introduite auprès de la mutualité. Il n'y a donc pas d'octroi rétroactif. Il doit ressortir de cette déclaration que les revenus du ménage sont inférieurs au plafond applicable. Il s'agit des revenus de l'année qui précède celle au cours de laquelle la demande est introduite. Il n'y a donc aucun risque de perte de ce statut.

Eu égard à la quatrième question, au bout de ce processus d'information des bénéficiaires, il reviendra sans doute au prochain gouvernement, en collaboration avec tous les intervenants du système (organismes assureurs, INAMI, Banque-Carrefour de la sécurité sociale, ministère des Finances) d'évaluer les résultats de l'instauration de ce nouveau statut et de rechercher des simplifications si elles s'avèrent nécessaires.

04.03 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, vos réponses confirment que le diagnostic que j'ai posé est tout à fait crédible. En tout cas, en termes de chiffres d'assurés OMNIO, il l'est. Cela ne peut que soulever des questions par rapport à la pertinence de la mesure et sa facilité d'implémentation. Dès lors, nous y serons attentifs dans le futur. Il ne s'agit pas de détricoter ce qui peut apparaître comme une avancée sociale, mais d'examiner s'il est possible de mieux utiliser ces 50 millions d'euros au bénéfice des patients. Le groupe Ecolo y sera attentif dans le courant de la législature et en fonction de la majorité qui pourra se mettre en place.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 **Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la collecte des données médicales dans le cadre de l'arrêté royal du 27 avril 2007" (n° 420)**

05 **Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het verzamelen van de medische gegevens met toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 2007" (nr. 420)**

05.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, monsieur le ministre, il s'agit d'une question assez technique et je vous prie déjà de m'excuser pour sa longueur.

Les hôpitaux jouent un rôle primordial et de première ligne dans la collecte d'informations de santé publique. Chacun connaît l'importance que ces informations revêtent pour élaborer des politiques pertinentes et efficaces permettant aux politiques de santé publique de s'adapter à la réalité. S'il est vrai que ces banques de données ont le mérite d'exister, leur collecte pose question à certains égards et semble se heurter, pour le moment, à de lourds problèmes. Cette collecte d'informations est dorénavant organisée par l'arrêté royal du 27 avril 2007 qui est d'application depuis le 1^{er} septembre. Sur le terrain, cet arrêté royal semble poser des questions aussi nombreuses que variées à propos desquelles j'aimerais entendre votre point de vue.

Au niveau technique, l'arrêté royal exige des hôpitaux qu'ils fassent part de certaines données hospitalières

au SPF Santé publique. Toutefois, les moyens techniques dont ils disposent en vertu de la convention reliant l'État et les hôpitaux semblent ne pas permettre l'encodage des données demandées. Monsieur le ministre, avez-vous été informé de ce problème? Des solutions techniques sont-elles élaborées pour parer à ces difficultés?

Il ressort aussi des premières constatations dans les hôpitaux qu'il n'existe aucune possibilité technique d'inscrire un numéro d'identifiant unique du patient lors de la saisie des informations. Ce numéro n'existant pas, il est impossible de reconstruire le dossier médical informatisé à partir de cette base de données de manière automatisée. Cette opération devra donc faire l'objet d'une manutention, d'un encodage supplémentaire, ce qui va manifestement à l'encontre des objectifs déclarés des dossiers médicaux informatisés, notamment celui de faciliter le travail. Quelles initiatives avez-vous prises pour réconcilier le dossier médical informatisé et la base de données du SPF Santé publique, initiatives qui seraient de nature à améliorer la qualité des informations contenues de part et d'autre et de simplifier le travail?

Pour en terminer avec les aspects techniques, il me revient que certains acteurs hospitaliers craignent que la diversité d'informations requise n'aboutisse, à terme, au développement d'autant d'outils que de thématiques abordées. Monsieur le ministre, envisagez-vous une centralisation accrue des informations, à quelle échéance et selon quelles spécificités techniques?

Au niveau légal, la loi oblige les centres hospitaliers à conserver les données médicales pendant trente ans sous la responsabilité du médecin-chef. Qui portera la responsabilité de la conservation des données médicales dès lors qu'elle se fait en dehors des hôpitaux?

Les données médicales font l'objet de réglementations strictes en termes de protection de la vie privée. À ce propos, la Commission de la protection de la vie privée a émis des réserves sur la structure intermédiaire entre les acteurs hospitaliers et les utilisateurs de données qui se doit d'être indépendante vu qu'elle va être amenée à traiter des informations confidentielles. Quels sont les critères qui ont amené à définir le comité sous cette forme? Comment se fait-il que malgré l'avis de la Commission de la protection de la vie privée qui prône l'existence d'un comité indépendant, celui-ci n'ait pas été mis en place dans le respect strict de ces recommandations?

Les données feront par ailleurs l'objet d'un traitement par de multiples personnes, ce qui suppose une attention particulière au droit des patients, notamment au vu de la mixité des objectifs poursuivis et des personnes amenées à traiter les données.

Pourquoi la commission "Droits du patient" n'a-t-elle pas été consultée à ce propos? Quelles ont été vos initiatives pour garantir le respect du droit des patients à toutes les étapes du processus? Par ailleurs, certaines zones d'ombre subsistent quant aux obligations pour les hôpitaux. Monsieur le ministre, quelles sont les obligations pour les hôpitaux qui n'ont pas signé la convention? D'autre part, un médecin concerné par une convention signée par l'hôpital où il exerce peut-il se soustraire à cette obligation conventionnelle? Qui aura la responsabilité de l'anonymat des données? Quelles sont les précautions du SPF Santé pour garantir que les données ne seront pas utilisées à des fins autres que statistiques?

Enfin, quant à la suspension du dispositif, ces problèmes que je soulève et qui sont particulièrement techniques semblent tellement importants dans la mise en œuvre de cette initiative et de cet arrêté que la décision a été prise par votre administration de suspendre temporairement l'enregistrement des données SMUR afin de "permettre d'offrir une application stable et conviviale dans un avenir proche". Pouvez-vous me donner quelques explications quant à cette décision? Quelles sont ses conséquences légales sur les hôpitaux dorénavant obligés de transmettre leurs données via ce système momentanément inopérant? Qu'est-ce qui motive cette décision? Qu'a-t-on mis en place pour répondre aux difficultés rencontrées? Dans quel délai le système sera-t-il à nouveau en fonction?

05.02 Didier Donfut, ministre: Madame la présidente, chers collègues, les questions techniques sont importantes en commission et nous sommes là justement pour aborder certains points de manière plus précise. Si certains éléments n'apparaissent pas dans la réponse, on les cherchera le plus rapidement possible.

Au niveau technique, l'arrêté royal du 27 avril 2007 comprend deux parties: la première décrit l'enregistrement du "résumé hospitalier minimum" (RHM) et la seconde l'enregistrement de données dans le cas de la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR).

Je souhaite insister sur le fait qu'il s'agit, en l'occurrence, d'un enregistrement de données codées et non pas du dossier médical électronique. Les hôpitaux sont libres d'extraire ou pas ces données de leur dossier électronique éventuel.

L'enregistrement du RHM est envoyé périodiquement au SPF via une application internet sécurisée. Cette application existait déjà dans le cas de l'enregistrement du "résumé clinique minimum" (RCM) qui fera partie du RHM à partir du 1^{er} janvier 2008. Cette application a déjà prouvé son utilité. Une application web est offerte pour les données SMUR; elle permet l'enregistrement en ligne. Les données sont stockées sur un serveur central et les hôpitaux sont les seuls à avoir accès aux données de leurs patients.

Cette banque de données contient le nom du patient sous une forme cryptée; il n'est visible pour les hôpitaux que via le programme destiné à cet effet. Cette application est distincte d'un éventuel dossier médical électronique dans l'hôpital. Les données qui sont enregistrées dans le serveur central peuvent toutefois être téléchargées par les hôpitaux et intégrées dans leur propre dossier médical. Il n'est pas encore question de numéro de patient unique pour ces enregistrements. Il est demandé aux hôpitaux de transmettre un numéro codé par patient.

Au niveau légal, la responsabilité relative à la conservation des données personnelles revient, sur la base de la loi sur la protection de la vie privée, aux responsables du traitement. Dans le cas de cet enregistrement, il s'agit plus précisément du ministre de la Santé publique. La Commission de la protection de la vie privée a en effet suggéré que l'intervention d'une organisation intermédiaire serait souhaitable. Le rapport au Roi de l'arrêté royal du 27 avril 2007 expose de manière circonstanciée pourquoi l'intervention d'une organisation intermédiaire n'offre pas de garanties supplémentaires en ce qui concerne la protection des données personnelles.

L'article 86 de la loi sur les hôpitaux confie du reste au ministre de la Santé publique la compétence relative à la collecte primaire des données sanitaires nécessaires alors que, dans le cadre de la législation sur la vie privée, le codage des données personnelles par une organisation intermédiaire est uniquement conseillée dans le cas d'une collecte de données secondaires ou d'un couplage de données personnelles.

Le Conseil d'État a pris connaissance des deux avis de la Commission de la protection de la vie privée et de la réponse à ces avis dans le rapport au Roi. Le Conseil d'État n'a pas formulé d'observation quant au fond à l'égard de l'arrêté royal en question.

Émettre un avis en la matière ne relève pas de la compétence de la commission "Droits du patient". En premier lieu, l'arrêté royal du 27 avril 2007 porte à exécution la loi sur les hôpitaux. En outre, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, la commission n'est compétente que pour l'évaluation de l'application de cette loi.

Par ailleurs, l'enregistrement des données, tel que visé dans l'arrêté royal du 27 avril 2007, n'a aucun effet sur la relation entre le patient et le praticien professionnel. Selon les informations dont je dispose, tous les hôpitaux ont signé la convention visée. J'estime dès lors que la question portant sur la responsabilité des hôpitaux qui n'auraient pas signé ladite convention est sans objet.

Il n'est en l'occurrence pas question d'une anonymisation au sens de la législation sur la protection de la vie privée. Les données étant codées, les personnes chargées du traitement de ces données ne voient pas le nom du patient. Étant donné que les hôpitaux ont, quant à eux, la possibilité de retrouver le nom de ce patient, il subsiste une possibilité théorique d'identification. Dans ce cas, on parle de données à caractère personnel codées et non pas d'anonymisation.

Comme signalé précédemment, le nom du patient est crypté dans la base de données du serveur central. Le SPF a fait développer un programme qui génère un numéro pour chaque enregistrement dans le cadre du SMUR. Après accord de l'hôpital, une partie des données est envoyée du serveur central au SPF. Le nom du patient n'est pas transmis mais bien uniquement ce numéro. Le SPF a fait développer cette application mais n'y a pas accès lui-même. Les hôpitaux ont été informés de cette manière de procéder. Les objectifs d'enregistrement vont cependant bien au-delà de la simple collecte d'informations statistiques. Ces objectifs sont clairement définis dans les articles 3 et 19 de l'arrêté royal du 27 avril 2007.

Quant à la suspension du dispositif, l'arrêté royal du 27 avril 2007 impose l'enregistrement au SMUR à partir

du 1^{er} septembre 2007. Il a été décidé de reporter l'exécution de cette mesure pour des raisons d'ordre technique. Une circulaire a été envoyée aux hôpitaux leur signalant qu'ils étaient dispensés de cette obligation jusqu'au moment où les problèmes techniques seraient résolus. Il n'y a donc aucune conséquence juridique pour les hôpitaux.

05.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, je vous remercie pour vos réponses et la copie que vous me transmettez. Évidemment, ma question résulte de contacts avec les acteurs de terrain, où l'implémentation et la mise en application de l'arrêté royal ne s'avèrent pas aussi évidentes. Si je peux comprendre que cette matière soit particulièrement technique et complexe, je peux également vous inviter à être particulièrement attentif aux revendications des hôpitaux et à mettre en place des procédures d'évaluation et, le cas échéant, les ajustements nécessaires.

Quant à votre réponse relative à la suspension de l'arrêté royal par une circulaire, j'espère que le dispositif est aussi légal que vous l'affirmez et que cela ne posera pas beaucoup de problèmes sur le terrain. Mais d'après moi, on peut difficilement suspendre les effets d'un arrêté royal par une circulaire. J'espère que les problèmes techniques que vous évoquez pourront être résolus au plus vite.

La **présidente**: C'est une circulaire qui attend un nouvel arrêté?

05.04 Didier Donfut, ministre: Non! La circulaire a été faite car, pour des raisons techniques, on ne sait pas implémenter l'arrêté. Mais ce dernier n'est pas mis en cause et on ne le modifie nullement. Or, il faut pouvoir trouver une solution technique. Donc, la circulaire ne fait que suspendre l'arrêté en tant que tel, mais ces précisions seront demandées à l'administration.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de M. Jean-Jacques Flahaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la formation des personnels de santé hospitaliers en matière de nutrition" (n° 435)

06 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de opleiding van het gezondheids personeel in de ziekenhuizen op het vlak van voeding" (nr. 435)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, en commission de la Santé, le 20 novembre 2007, le président de la commission de la Santé du Parlement de la Communauté française a mis le doigt sur le problème toujours non réglé de la qualité des repas servis en milieu hospitalier. Si des efforts louables ont été accomplis dans nombre d'établissements de soins, force est de constater qu'en maint endroit, les repas servis ne sont pas de nature à ouvrir l'appétit de patients déjà peu enclins à manger du fait de leur état. Par ailleurs, ces repas ne correspondent pas toujours aux exigences nutritionnelles.

Ne serait-il pas possible de mettre en œuvre des incitants pour les hôpitaux afin que ceux-ci améliorent la qualité et la présentation des repas et les adaptent mieux encore à la pathologie des patients en s'appuyant sur les conseils d'un nutritionniste et d'un médecin? En effet, un malade souffrant de problèmes hépatiques peut difficilement manger des frites, même si c'est notre plat national. Je vous remercie pour votre réponse et pour votre suivi actif de ce dossier.

06.02 Didier Donfut, ministre: Dans le cadre du plan national Nutrition et Santé pour la Belgique, un axe stratégique vise la prévention et la lutte contre la dénutrition au niveau des hôpitaux, des maisons de repos et de soins et des soins à domicile. La dénutrition à l'hôpital peut avoir plusieurs causes: troubles digestifs ou alimentaires résultant de l'affection primaire, manque d'appétit, mais aussi manque de soins spécifiques. Un manque d'assistance lors de la nutrition peut avoir pour résultat que les patients mangent moins qu'ils ne le souhaiteraient.

Le problème est connu et il existe des pistes pour l'endiguer. Ces pistes ne sont pas toujours appliquées, loin s'en faut, car les soins liés à l'alimentation à l'hôpital ne bénéficient que d'une faible priorité. Souvent, les soins liés à l'alimentation sont devenus inexistantes. Il arrive fréquemment qu'on n'établisse pas de distinction entre les patients présentant des difficultés à se prendre en charge dans le domaine de la nutrition et les patients ne nécessitant pas davantage que des services de catering. Ceci est confirmé par l'observation en

milieu hospitalier.

Dans la littérature internationale, la prévalence de la dénutrition à l'hôpital est évaluée à 40% à l'admission, atteignant jusqu'à 75% au moment du départ. En ce qui concerne la Belgique, la prévalence de la dénutrition dans les hôpitaux est évaluée à 30 à 40% des patients hospitalisés. Ces chiffres ne sont qu'une évaluation étant donné qu'on ne dispose pas de données sur l'ampleur réelle du problème.

À la demande du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une stratégie pour l'approche transmurale de la problématique alimentaire chez les personnes âgées a été développée. Cette stratégie comporte trois parties: une directive relative à la nutrition, fondée sur des données scientifiques ("event database"), un inventaire des bonnes pratiques ("best practices") et une enquête auprès des hôpitaux, des maisons de repos et de soins et des services de soins à domicile en Belgique.

Tant la directive que l'enquête ont mis en évidence le fait que la dénutrition constitue un réel problème. Des éléments indiquent que l'on accorde plus d'attention à la nutrition des patients si une équipe nutritionnelle active est présente. Il ressort également de la littérature qu'une équipe "nutrition" dans les hôpitaux peut permettre de limiter les coûts, principalement grâce à un suivi adéquat de la nutrition entérale et parentérale.

C'est la raison pour laquelle un projet pilote vient d'être lancé par le SPF Santé publique en octobre et a pour objectif d'œuvrer à la prévention et à la lutte contre la dénutrition au sein de l'hôpital en soutenant financièrement, sur une base forfaitaire (10.000 euros), 40 hôpitaux qui sont prêts à désigner un responsable nutritionnel et une équipe nutritionnelle au sein de leur établissement.

La désignation d'un responsable nutritionnel et d'une équipe nutritionnelle au sein d'un hôpital a notamment pour but de détecter dans un contexte interdisciplinaire tous les patients présentant un risque de dénutrition et de leur offrir, de manière contrôlée et sans risques, le traitement nutritionnel le plus adéquat sur les plans thérapeutiques et de la rentabilité.

L'équipe nutritionnelle est une structure de concertation interdisciplinaire au sein de laquelle collaborent des médecins, des infirmiers, des praticiens paramédicaux, du personnel de cuisine et la direction. Elle se compose d'une équipe organisationnelle et d'une équipe clinique qui définissent conjointement leur stratégie, leur vision, leur mission et leurs objectifs. L'équipe organisationnelle se réunit à des moments définis, au moins tous les trois mois et prend toutes les décisions de politique, comme l'approbation de formulaires, de directives et de procédures.

De plus, lors de leur admission à l'hôpital, tous les patients doivent faire l'objet d'un screening portant sur la dénutrition selon une procédure établie, par exemple le NRS 2002. Ce screening est important pour avoir des statistiques valables et traiter correctement les patients dès leur admission.

Le SPF Santé publique vient également d'organiser un forum international sur la dénutrition en maison de repos et en soins à domicile pour attirer l'attention des pouvoirs politiques, des directions des maisons de repos, des associations de patients et des professionnels de la santé sur l'importance de la prise en charge de cette problématique grave, tant pour la qualité de vie des gens que pour les coûts qu'elle occasionne pour son traitement.

Des solutions concrètes y ont été présentées et feront l'objet d'un document qui sera remis au prochain gouvernement et à la Commission européenne. Il reste que la qualité des repas proprement dite doit être améliorée dans beaucoup d'hôpitaux, bien que certains d'entre eux proposent à leurs patients des repas de qualité gastronomique comme le CHU Bois de l'Abbaye à Seraing. Contrairement à ce qu'on pourrait croire à première vue, il n'est pas forcément nécessaire sur un plan médical de multiplier les régimes; dans la plupart des cas, les patients peuvent s'alimenter normalement avec une assiette équilibrée et savoureuse.

Il apparaît en outre pour les unités gériatriques que leur souci premier est de faire manger les patients et qu'il n'est pas toujours nécessaire que leur assiette soit équilibrée sur un plan diététique mais plutôt riche en énergie et en protéines pour lutter contre le risque de dénutrition. Je terminerai en disant que qualité ne rime pas forcément avec coût: il y a quantité d'exemples en Europe comme chez nous.

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour cette réponse complète, J'espère que le bilan des bonnes pratiques et des expériences qui se déroulent dans 40 institutions hospitalières pourra être diffusé dans toutes les cliniques. Vous avez cité en exemple une clinique liégeoise:

j'espère qu'Ambroise Paré à Mons bénéficie des mêmes bonnes pratiques. Vous avez évoqué un problème complémentaire, celui de la sous-nutrition. Cela intéressera l'ensemble de notre commission.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Avontroodt n'étant pas présente, ses questions n^{os} 467 et 530 sont reportées à la prochaine réunion.

07 Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le développement du tourisme médical" (n° 505)

07 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de ontwikkeling van het medisch toerisme" (nr. 505)

07.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, si vous avez des problèmes de santé, et que vous faites partie des riches habitants du Qatar, du Bahreïn, du Nigéria ou de Russie, alors vous êtes le public privilégié d'une toute nouvelle ASBL: Health Care Belgium. En effet, ce "tour-opérateur" médical propose à des patients étrangers – et fortunés – de venir se faire soigner en Belgique.

Dans cette optique, l'information disponible sur leur site internet est assez intéressante: leur site vante la qualité de notre encadrement médical, signalant que nous disposons de quatre médecins pour mille habitants, rendant la médecine accessible et rapide. Si l'on peut se réjouir de voir vantée la qualité des prestations de soins en termes de technique et de rapidité, il est plus interpellant de voir un secteur financé largement par les deniers publics se transformer en un business au profit d'intérêts particuliers. Qui plus est cette "rapidité" de notre médecine est à relativiser quand on sait la difficulté de se faire soigner en milieu rural, le manque de médecins dans les sous-régions moins favorisées ou les délais importants nécessaires pour obtenir des rendez-vous médicaux chez des médecins spécialistes comme les ophtalmologues. Je me rappelle vous avoir interpellé il n'y a pas si longtemps sur un cas à Liège où l'on pouvait obtenir un rendez-vous plus rapide en payant un petit peu plus.

Est-il besoin de rappeler que la qualité de l'encadrement de santé en Belgique est le résultat d'un financement public qui servirait, si l'on suit cette logique, à rentabiliser les cotisations que les hôpitaux paient à cette ASBL. Le financement public devrait plutôt servir, selon moi, à garantir une égalité de traitement entre les patients: la qualité des soins ne peut jamais être fonction du portefeuille du patient.

Par ailleurs, ces prestations proposées à des patients étrangers, qui deviennent des clients, pourront être facturées à des taux plusieurs fois supérieurs à ceux prévus par les conventions. Comment dès lors penser que le traitement dont feront l'objet leurs voisins de chambre sera de la même qualité, notamment humaine, et aussi rapide lorsque celui-ci paiera une facture plusieurs fois inférieure?

À ce propos, je suivrais l'avis du secrétaire général des Mutualités Chrétiennes qui s'exprimait dans la presse le 23 novembre sur le sujet: le code de déontologie destiné à contrer l'émergence d'une médecine à deux vitesses est, à mes yeux, de l'ordre du symbolique et de la déclaration d'intentions, sans réelle force de contrainte.

Monsieur le ministre, pouvez-vous me dire si ce phénomène de shopping médical existe déjà en Belgique? S'il a été évalué quant à son volume et à ses implications pour les autres patients, notamment en termes de délais d'attente et de qualité de soins?

Selon vous, n'y a-t-il pas un problème quant à l'utilisation d'infrastructures et de moyens publics de santé financés par la sécurité sociale à des fins lucratives et particulières?

Pouvez-vous me dire si le nombre d'admissions qui pourraient être réalisées par le biais de cette ASBL pourra entrer en considération pour justifier l'obtention de financements publics supplémentaires, et ce au détriment d'autres établissements qui pourraient en avoir beaucoup plus besoin au vu de leur public moins riche? Envisagez-vous de cadrer l'usage de ces infrastructures publiques à des fins lucratives? Quelles balises pensez-vous utiles et applicables à ce sujet?

Avez-vous connaissance du code éthique dont se targue cette ASBL, destiné à "ne pas favoriser l'émergence d'une médecine à deux vitesses"? Quelle est sa valeur légale?

Pensez-vous qu'il soit possible de mettre en place un cadre contraignant pour ce type de pratiques? À quel niveau? Selon quels critères? Un texte de ce type est-il à l'étude? Pouvons-nous en avoir connaissance?

07.02 Didier Donfut, ministre: Madame la présidente, avant de répondre à l'honorable membre, je voudrais rappeler que je suis convaincu que le système des soins de santé en Belgique est de très haute qualité et que cette caractéristique devrait et pourrait être davantage reconnue en Europe et ailleurs.

À cet égard, je me réjouis que la Fédération des entreprises de Belgique reconnaisse aujourd'hui publiquement la qualité de notre système de soins de santé qui a pu être conservé et amélioré grâce à l'important financement public qui lui a été consacré.

Je voudrais souligner que le phénomène des patients étrangers qui viennent en Belgique afin de s'y faire soigner ne date pas d'hier. De nombreux frontaliers font chaque jour le déplacement pour recevoir des soins dans notre pays. Par ailleurs, des conventions ont été signées pour la prise en charge de certaines pathologies spécifiques. Je songe ici à la convention signée par le ministre Frank Vandenbroucke pour la prise en charge en Belgique de patients britanniques devant subir une chirurgie cardiaque.

Le flux des patients étrangers demeure restreint, bien que nous ne puissions nier une tendance à la hausse.

Le traitement de patients étrangers dans nos hôpitaux belges offre, comme je l'ai dit en réponse à votre question orale, certaines opportunités que nous devons saisir le mieux possible mais il représente également certains risques. Je suis conscient du défi que cela représente.

Je répète que j'estime que le développement ayant trait à la mobilité transnationale de patients ne peut être voué au libre marché ou entraîner une commercialisation de soins de santé belges. Notre pays s'est battu pour faire sortir la politique des soins de santé du champ d'application de la directive dite Bolkestein. Il ne pourrait s'agir de revenir sur cette position, que j'ai toujours défendue avec force.

Dans ce contexte, je voudrais m'en référer à la loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients, qui prévoit la création d'un observatoire de la mobilité des patients au sein du conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Cet observatoire a, entre autres, pour objectifs de veiller à l'accessibilité des hôpitaux belges aux assurés belges ainsi que d'offrir l'expertise nécessaire pour la fixation des prix que les hôpitaux peuvent pratiquer.

En effet, la crainte d'un accueil préférentiel des riches patients étrangers par rapport aux patients belges est légitime. Privilégier l'accueil de ces patients étrangers pourrait générer des listes d'attente pour les patients belges. Cette situation serait inacceptable, d'où la mission de cet observatoire. Ce dernier a également pour mission de conseiller le gouvernement au sujet de l'infrastructure ou du flux entrant de médecins, de personnel paramédical et soignant en fonction du nombre de traitement de patients étrangers.

L'honorable membre n'ignore pas qu'il s'agit d'une matière très complexe dans laquelle il faut davantage d'information et de transparence pour aboutir à des mesures satisfaisantes. Bien entendu, je suivrai les dernières évolutions avec la plus grande attention.

07.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre je ne parlais pas des conventions avec le public transfrontalier. Je me réjouis du fait que le public étranger puisse bénéficier de la qualité de nos services de soins de santé. Il ne s'agit pas de cela ici mais de la transformation du service de la santé en un marché. On essaie de placer des limites au niveau européen et je peux vous soutenir dans cette démarche mais je suis particulièrement inquiet de cette évolution.

Je propose qu'on puisse donner mission à l'Observatoire de la mobilité des patients pour remettre un avis rapide à ce sujet, au sujet de la campagne de publicité menée par cette ASBL. Je ne peux que soulever un paradoxe: on limite le nombre de médecins, et ce n'est pas la présidente de cette commission qui me contredira, elle qui a été très active sur cette question, on a du mal à se faire soigner dans des délais raisonnables et d'un autre côté, on essaie d'attirer sur ce qui ne devrait pas constituer un marché la clientèle étrangère et nantie. Cela pose un problème éthique quant au mode de financement de notre système, problème auquel il faudra être très attentif.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la plainte déposée par l'INAMI contre un dentiste social pour publicité" (n° 333)

08 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de klacht van het RIZIV tegen een tandarts met een sociale tandheelkundepraktijk naar aanleiding van de publicatie van een artikel" (nr. 333)

08.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, il est vrai que la question trouve son origine dans un fait individuel mais elle ne sera pas relative à cette situation particulière.

En lisant un article du journal "Le Soir" du 8 novembre, on voit que l'INAMI a déposé une plainte contre un dentiste qui est bien connu dans la région liégeoise pour son cabinet de dentisterie sociale.

Il lui est reproché d'avoir répondu à un journaliste et autorisé ce dernier à publier un article relatant le fait qu'un patient n'a pu se faire soigner en urgence dans un hôpital verviétois faute de garde en dentisterie et a donc dû se rendre au cabinet de dentisterie liégeois en ambulance médicalisée.

Je suis étonnée par cette réaction de l'INAMI et de cet inspecteur qui me semble bien motivé par le respect des règles de non-publicité imposé aux acteurs de la santé. Cette manière de faire respecte-t-elle bien les propos et l'esprit de la loi relative à la publicité des acteurs de soins de santé?

Dès lors, j'aurais voulu savoir si l'INAMI avait déjà déposé des plaintes pour ce motif de publication d'un article où un acteur de la santé s'exprime sur un service de garde existant? Dans l'affirmative, quels en ont été les jugements? Sinon, s'agit-il d'une interprétation abusive? Si tel est le cas, existe-t-il un système de vérification minimal au sein des instances de l'INAMI pour éviter de mobiliser inutilement des budgets en frais de justice pour des procès qu'on sait perdus d'avance? D'ailleurs quel est le budget qui est consacré à des procès perdus?

Quel est le nombre de plaintes déposées par l'INAMI relatives à des publicités non autorisées? Quelques jours plus tard, j'ai pris connaissance dans "Le Soir" que, jamais, aucune plainte n'avait été déposée pour ce motif-là. Si vous disposez d'autres informations, quels sont les motifs plus précis invoqués dans ces plaintes relatives à la publicité?

08.02 **Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, la loi du 15 avril 1958 relative à la publicité en matière de soins dentaires interdit la publicité directe ou indirecte en vue de soigner les affections, lésions ou anomalies de la bouche et des dents. Sont notamment prohibés les communiqués de presse, les informations radiophoniques ou télévisuelles. Elle sanctionne le non-respect de ces obligations d'une amende de 500 à 1.000 francs et précise que si le contrevenant est une personne habilitée à pratiquer l'art dentaire, le juge pourra en outre lui interdire la pratique pendant une période d'un mois à deux mois.

Par ailleurs, l'article 127 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 interdit la publicité qui mentionne la gratuité des prestations de santé ou qui fait référence à l'intervention de l'assurance dans le coût de ces prestations. Cette même disposition interdit aussi toute publicité, quel que soit le moyen utilisé, qui privilégie certains dispensateurs de soins.

En l'occurrence, la commission médicale provinciale de Liège a saisi le service d'évaluation et de contrôle médicaux de diverses plaintes pour publicité illégale à charge d'un cabinet dentaire. Invité à s'expliquer devant la commission médicale provinciale, le dentiste a invoqué le délai de préavis trop bref pour ne pas répondre à la convocation. La commission a donc dénoncé les faits au service et au vu des éléments communiqués, on ne peut s'empêcher de penser que tout prétexte est bon à l'intéressé pour se mettre en évidence. Ainsi, le journal "La Meuse" du 13 janvier 2007, dans la rubrique Faits divers, relate l'existence de faux billets de 5 euros en circulation à Liège, dont un spécimen a été trouvé dans le cabinet de ce dentiste. Interviewé, le dentiste saisit l'occasion pour rappeler que le patient peut bénéficier de soins dentaires pour 4 euros.

De même, à propos du patient transporté en ambulance médicalisée vers son cabinet, faute de service de garde organisé dans un hôpital verviétois, l'article de presse mentionne en encart, une fois de plus, que le patient qui vient voir le médecin ne doit payer que 4 euros, le reste étant payé par la mutuelle, sans avancer

l'argent.

Tout ceci ne sont que des exemples de publicité insidieuse diffusée par ce dentiste. Il n'y a donc aucune interprétation abusive de la part de l'inspecteur de l'INAMI à propos de faits constitutifs d'infraction manifeste.

Quant aux frais de justice engagés par l'INAMI, il importe de souligner que les faits communiqués au parquet sont toujours solidement argumentés et fondés sur des suspicions sérieuses. Les plaintes en cause débouchent donc, dans la plupart des cas, sur des poursuites et des sanctions pénales.

Cette procédure de dénonciation des faits au parquet sur la base de l'article 29 du Code d'instruction criminelle, n'engendre pas de frais pour l'assurance maladie-invalidité. Il est rarissime qu'une pareille procédure doive être utilisée pour des publicités interdites. Dans l'immense majorité des cas, les dispensateurs en infraction se conforment à la loi après avoir reçu un avertissement. Ce n'est que dans des cas d'abus manifestes et répétés, comme c'est le cas pour ce dentiste, que l'INAMI est contrainte d'user de tous les moyens à sa disposition pour faire respecter la loi.

08.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, selon vos informations, d'autres plaintes pour non-respect des règles de publicité ont été traitées. Dans ce cas, la réponse donnée par des fonctionnaires de la Santé publique aux journalistes m'étonne. En effet, ceux-ci disent qu'il n'y a encore jamais eu de plaintes en la matière. La loi est peut-être à revoir. De quelle manière peut-on attribuer le tort ou la responsabilité au prestataire de soins quel qu'il soit en fonction d'un fait relaté par un journaliste?

Entre un fait relaté par un journaliste et la responsabilité de l'acteur de soins, il n'est pas toujours évident de faire la différence, pas plus que ce ne l'est au niveau de l'information publicitaire. Mais ce qui m'inquiète, c'est que l'administration a apparemment répondu qu'aucune plainte n'avait jamais été déposée à ce propos.

08.04 Didier Donfut, ministre: Madame Gerkens, je demande à M. Perl de vous fournir quelques éléments de réponse complémentaires. Étant donné son expérience antérieure, il connaît bien ce qui se passe au niveau de l'INAMI.

08.05 François Perl, collaborateur du ministre: Madame, il est inexact de dire qu'aucune plainte n'a été déposée. En fait, la plupart d'entre elles peuvent effectivement se régler assez rapidement à l'amiable. L'INAMI intervient dans ce genre de dossier selon une règle qui est équilibrée et qui vaut pour tous les modes de publicité. Il appartient aux organismes assureurs d'assurer l'information des patients sur la tarification de tel ou tel prestataire et non aux prestataires.

Je peux vous comprendre en ce qui concerne les propos relatés dans un article de presse. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit de l'interview d'un dentiste. De toute manière, l'INAMI dépose une plainte avec des éléments constitutifs de plainte. Cela ne vaut pas encore condamnation du prestataire. Il incombe à l'INAMI de confectionner un dossier contenant une série de suspicions de violation de la loi. Ensuite, les autorités compétentes trancheront quant à savoir si le dossier est fondé et complet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De behandeling van de vragen eindigt om 11.02 uur.

Le développement des questions se termine à 11.02 heures.