

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

WOENSDAG 16 JANUARI 2008

MERCREDI 16 JANVIER 2008

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

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

01.01 **Fouad Lahssaini** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, je voudrais tout d'abord émettre une remarque sur le titre de ma question. Elle aurait pu s'intituler "une rente indûment réclamée à des personnes par les services des Finances".

J'avais déjà posé cette question à votre prédécesseur, monsieur le ministre. Permettez-moi de vous interroger sur la situation d'une personne réfractaire au travail obligatoire durant la Seconde Guerre mondiale. Cette personne a reçu une lettre émanant du Service public fédéral des Finances lui demandant le remboursement d'une rente qui lui aurait été versée indûment au titre de la grande clandestinité.

Cette rente existe depuis 1967 pour les réfractaires au travail obligatoire, c'est-à-dire des citoyens belges qui ont vécu dans la clandestinité en raison de leur refus du travail obligatoire imposé par les Allemands durant la Seconde Guerre mondiale.

Il convient de noter que les déportés obligatoires, c'est-à-dire des citoyens belges qui ont obéi aux ordres des nazis et se sont rendus en Allemagne pour y travailler, ont également droit à cette rente depuis 1967.

Par une loi parue le 11 janvier 2003 et prévoyant de nouvelles mesures en faveur des victimes de la guerre, les citoyens belges qui ont dû vivre dans la clandestinité en raison de persécutions raciales – c'est-à-dire principalement des juifs, mais également quelques centaines de tziganes – peuvent aussi bénéficier de cette rente. Toutes ces victimes civiles de la guerre – les réfractaires au travail obligatoire, les déportés obligatoires, les juifs et les tziganes – peuvent aussi demander l'application de la loi de 1954 qui prévoit une pension d'invalidité pour ceux qui ont gardé des séquelles invalidantes consécutives à leurs conditions de vie durant la guerre. Ainsi, depuis 1967, les réfractaires au travail obligatoire et les déportés obligatoires peuvent cumuler rente et pension.

Monsieur le ministre, votre prédécesseur avait décidé d'introduire, dans la loi de 2003, un article 15 prévoyant pour les clandestins en raison de "persécutions raciales", une incompatibilité entre rente et pension.

Dans un arrêt du 12 juillet 2007, la Cour constitutionnelle de Belgique a considéré que cette incompatibilité qui s'applique aux raisons raciales est bien évidemment illégale quand elle introduit des différences entre citoyens belges.

Monsieur le ministre, le Service des Victimes de la Guerre a toujours appliqué la loi de 2003 au plus grand

désavantage de ces victimes. C'est ainsi que si elles demandaient en même temps la rente et la pension, et jusqu'à ce qu'une décision concernant la pension ait été prise, il suspendait l'allocation de la rente. Ces personnes se retrouvaient donc sans rien. Cela mettait nombre de victimes dans l'embarras financier, dès lors que l'on sait que la procédure pour l'octroi de la pension peut prendre plusieurs années.

Je n'évoque ici que la dimension financière. Je ne veux pas ouvrir le chapitre humain lié à l'histoire de toutes ces personnes victimes de conséquences graves dues à leurs conditions de vie pendant la Seconde Guerre mondiale. Je me limite à notre loi et à la réaction de la Cour constitutionnelle.

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

01.02 Pieter De Crem, ministre: Madame la présidente, cher collègue, la question que vous m'avez adressée concerne bien des mesures prises par mon prédécesseur, comment vous l'avez mentionné.

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, il existe en Belgique une vaste législation réservant des avantages financiers à certaines catégories de victimes de guerre, telle la loi du 11 avril 2003 qui crée une rente de clandestinité en faveur des personnes qui, en raison des persécutions raciales, ont été contraintes de vivre dans la clandestinité.

Le but du législateur était d'offrir un avantage financier à certaines catégories de personnes d'origine juive qui n'ont jamais pu en bénéficier auparavant. On a donc stipulé clairement dans la loi l'interdiction de cumuler plusieurs avantages financiers en vertu de la qualité de victime de guerre.

C'est le sens de l'article 15, §1, b, 3° de ladite loi qui interdit le cumul d'une pension d'invalidité civile de guerre et d'une rente de clandestinité.

C'est en exécution de cette disposition légale que l'administration, après l'octroi d'une pension d'invalidité de guerre à l'intéressé en plus de la rente de clandestinité, récupérait le montant indûment perçu de la rente de clandestinité.

La Cour constitutionnelle a fait savoir dans son arrêt du 12 juillet 2007, sur les questions préjudicielles posées par le Conseil d'Etat, que l'article de la loi du 11 avril 2003 que nous venons de mentionner, dans la mesure où il interdit le cumul entre la rente qu'il instaure et la pension d'invalidité civile de la guerre viole les articles 10 et 11 de la Constitution. Mais cet arrêt rendu sur cette question préjudicielle n'annule pas la disposition légale litigieuse. C'est en effet le législateur qui est seul compétent pour supprimer la discrimination relevée par la Cour en modifiant la loi.

Il s'agit aussi d'un souci de sécurité juridique et, dans l'attente d'une législation nouvelle, l'administration ne procède plus maintenant à la récupération des sommes indûment versées au titre de la rente de clandestinité, comme nous le savons, mais elle doit néanmoins suspendre temporairement le paiement de la rente dans le cas où le titulaire de la rente jouirait également de la pension d'invalidité civile de guerre.

Dès que la modification législative abrogeant l'interdiction de cumul entrera en vigueur, et c'est un engagement, l'administration va procéder d'office à la révision des dossiers litigieux et liquidera aux intéressés les sommes dues en vertu de la rente de clandestinité dont ils sont titulaires et auxquelles ils ont droit.

01.03 Fouad Lahssaini (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, je ne peux que me réjouir de la réponse claire et complète de M. le ministre.

Monsieur le ministre, je ne sais pas si vous avez déjà envisagé de modifier cette loi, mais, pour ma part, j'ai élaboré une proposition de loi qui pourrait être déposée assez rapidement afin de régler cette question.

01.04 Pieter De Crem, ministre: Monsieur Lahssaini, peut-être pourrions-nous travailler de concert.

Je vous propose donc de déposer votre proposition pour que nos services puissent s'en charger. Ainsi, peut-être pourrait-elle être votée au moment du vote du budget et de la loi-programme.

La **présidente**: De cette façon, la question devrait pouvoir être réglée, fin février, début mars.

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

*Le développement des questions et interpellations est suspendu de 10.15 heures à 10.38 heures.
De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 10.15 uur tot 10.38 uur.*

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

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

02.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'Observatoire franco-belge de la santé – comme beaucoup d'organismes en début d'année – fait le bilan de l'année écoulée et envisage les perspectives pour l'année à venir.

Un point a attiré l'attention de tout le monde, à savoir la mise sur pied, à partir du 1^{er} janvier 2008, d'un SMUR transfrontalier.

Selon les lectures, il s'agirait d'une première convention en Europe, dans laquelle les aspects médicaux, administratifs et financiers sont réglés. C'est en tout cas ce que le communiqué relève. Étant donné que je n'ai pas trouvé la convention, je me suis dit que je n'allais pas m'énerver à chercher plus loin et que j'allais vous interroger.

Comment se déroulent les choses en pratique? Quels sont les centres concernés - en France, c'est le 15; en Belgique, le 100? Quelle est l'étendue de la zone transfrontalière? Qui gère les appels et qui décide du SMUR à envoyer? Comment apprécie-t-on les données de l'intervention en termes de temps et en termes de résultat?

Il faut reconnaître que c'est original et que cela constitue un atout pour le service d'intervention mais, sur le plan financier, comment la part que la Belgique doit prendre en charge est-elle calculée? Sur la base de quels critères? Enfin, peut-on aujourd'hui, après quelques semaines, tirer un premier bilan du "baptême du feu", façon de parler?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je vous transmettrai la convention afin que vous puissiez la distribuer aux membres, ce qui leur permettra d'en connaître tous les détails.

Je me limiterai à quelques observations. Voilà des années qu'il existe une réciprocité entre la France et la Belgique. La convention ne fait finalement que formaliser et organiser ce qui se passe sur le terrain, où il n'y a pas de problèmes particuliers et c'est tant mieux!

Je souhaite vous rappeler quelques principes fondateurs de la convention. Les moyens sont requis selon les règles en vigueur dans le pays demandeur; les actes posés sont conformes à ce pour quoi le moyen envoyé est formé et autorisé dans son pays de départ; la réquisition est réalisée par le centre d'appel compétent pour le moyen utilisé; la réquisition se veut un appui et non une réponse structurelle, mais cela, vous le verrez dans le corps de la convention.

En Belgique, les centres 100 concernés sont Bruges, Mons, Namur et Arlon. En France, quatre associations régionales d'hospitalisation sont concernées. La principale utilisation sera sur Mons avec le centre 15 de Lille. Bruges sera concernée par une vingtaine d'interventions par an. Le Luxembourg, Bouillon notamment, est à l'étude.

Les zones géographiques sont esquissées dans les annexes opérationnelles de la convention. En effet, la gestion des secours en Belgique est basée sur l'aide adéquate la plus proche. Les zones sont donc dynamiques et s'adaptent en fonction de la situation et des moyens déjà engagés ailleurs. J'y reviendrai dans le cadre de la réponse à une autre question qui me sera posée ce matin.

Le facteur démographique n'a aucun impact sur le dispatching des moyens.

Le temps d'intervention est apprécié en fonction de l'utilisation des outils de chaque centrale, comme pour

une mission normale. Il faut simplement ajouter un temps d'activation pour le contact avec la centrale-sœur, ce qui prend quelques secondes.

La situation est la même pour une mission entre deux provinces belges. Les centrales concernées sont en outre aidées par le logiciel CityGis. D'une part, l'échange d'informations est effectué par les centrales concernées; d'autre part, les SMUR français doivent recevoir une radio ASTRID ainsi qu'une formation pour communiquer avec les moyens belges.

En ce qui concerne la gestion des appels à l'aide, le centre territorialement compétent gère la mission. L'envoi est, quant à lui, demandé à la centrale en charge de la localisation initiale du moyen.

En outre, les préposés du système unifié 100 sont seuls compétents pour requérir les moyens belges. La procédure ne change donc pas.

Pour ce qui est des modalités financières, elles sont toujours en cours d'élaboration et je ne peux donc pas vous donner de précisions à ce sujet.

Un rapport annuel est prévu dans la convention et une évaluation de celle-ci doit avoir lieu dans les deux ans. Il est évident que le but de cette évaluation est d'être utile à la gestion des interventions.

Cela dit, vous trouverez les réponses à vos autres questions dans la convention.

La **présidente**: Je propose de faire photocopier cette convention et de mettre des copies à la disposition des membres.

02.03 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, je tiens tout d'abord à remercier Mme la ministre pour sa réponse. J'entends bien que, finalement, on a officialisé une pratique qui avait déjà cours sur le terrain et c'est tant mieux!

Étant donné que M. Demotte parlait d'une "première", je me dis qu'il a parfois tendance à se gausser. Toutefois, je dois reconnaître que cela fait du bien en début d'année.

La **présidente**: Monsieur Crucke, M. Demotte n'est peut-être pas le seul à s'être gaussé de certaines choses dans ces moments difficiles.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de balans na één jaar rookverbod" (nr. 1111)

- de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van het rookverbod één jaar na de invoering ervan" (nr. 1277)

- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een evaluatie van het rookverbod" (nr. 1325)

03 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le bilan après un an d'interdiction de fumer" (n° 1111)

- M. Jean-Luc Crucke à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de fumer évaluée après un an" (n° 1277)

- M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une évaluation de l'interdiction de fumer" (n° 1325)

03.01 Nathalie Muylle (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, zoals reeds aangehaald door de voorzitter, is de nieuwe wetgeving een jaar van kracht. Ik zie ook dat verschillende, andere collega's het de moeite vinden om een evaluatie te maken.

Begin 2007 was er een heel moeilijke start in verschillende sectoren. Ik heb de indruk dat de problematiek in de loop van 2007 is gestabiliseerd. Wij kunnen een positieve balans opmaken. Dat bleek de voorbije weken ook uit verschillende berichten in de media.

Ik wil verwijzen naar een onderzoek, waaruit blijkt dat ons land in de Europese rangschikking inzake de strijd tegen het tabakgebruik van de twaalfde naar de achtste plaats is gestegen. Dat heeft vooral te maken met de gewijzigde wetgeving over roken op het werk en in restaurants.

Het onderzoek zegt echter ook dat ons land niet goed scoort op het vlak van de wetgeving aangaande het roken in cafés. De wetgeving is volgens het onderzoek nog te complex, te zwak en te verwarrend.

Een ander positief signaal kwam er vorige week van het federaal voedselagentschap, dat de controles samen met de FOD Volksgezondheid coördineert. Het blijkt dat 20% bij een eerste controle niet in orde was. Bij een tweede bezoek had de grote massa zich echter aan de huidige reglementering aangepast. Slechts een honderdtal processen-verbaal werden opgemaakt.

Het gaat hier over meer dan 12.000 controles. Heel veel van de controles waren controles all in, waarbij, behalve naar de hygiëne, ook werd gekeken naar de toepassing van het rookverbod.

Het agentschap liet echter wel weten dat in 2008, gezien de positieve resultaten, een deel van de controles zal worden afgebouwd.

In de horeca – ik spreek mij dan vooral namens Horeca Vlaanderen uit – wordt steeds meer over een positieve balans van de rookwetgeving gesproken. Volgens de horeca is er zeker nog enige aandacht nodig voor gemengde zaken en feestzalen, die wel wat klanten zien verdwijnen. Ook blijft vandaag de discriminatie tussen jeugdhuizen, sportkantine en cafés bestaan. Wij hebben het in de vorige legislatuur ook vaak met minister Demotte over voornoemde problematiek gehad.

De vraag van de verschillende sectoren is om naar een grondige evaluatie over te stappen. Wij merken dat ook in andere, Europese landen waar het rookverbod al werd ingevoerd – Ierland, Italië en vanaf 2008 ook Duitsland en Frankrijk –, de sectoren over een positieve evolutie van de omzet spreken. Bij ons horen wij nog vragen over voornoemde evolutie. Daarom vraagt de sector naar een grondige evaluatie van de huidige regelgeving, niet alleen op basis van omzetcijfers, maar ook op basis van de btw.

Mevrouw de minister, bent u van plan om in te gaan op de vraag naar evaluatie om op basis van de omzet te bekijken wat er na een jaar effectief gaande is? Op basis van die cijfers kunnen misschien verdere stappen worden gezet?

Vindt u het eigenlijk een goed signaal van het agentschap, dat verklaart dat er minder gecontroleerd zal worden? Toen dat bericht vorige week in de Vlaamse media kwam, heb ik sommigen dat horen toejuichen. Is dat wel zo'n goed signaal? De sector is goed mee; de aanpassingen zijn gebeurd. Het gaat over een 12.000 all-in controles. Betekent het dat men de toepassing van de rookwetgeving niet meer zal meenemen in een controle?

Gaat het om een geleidelijke afbouw?

Ik had graag geweten hoeveel controles minder er zullen worden uitgevoerd.

Wij merken dat het roken nog steeds een enorme zware impact heeft op de volksgezondheid. In de kranten stond te lezen dat het tabaksgebruik daalt met 7%. We zien echter dat longkanker blijft toenemen, ook bij niet-rokers. Bent u dus van plan – ik weet dat de interim-periode een moeilijke periode is – om op basis van de evaluatie te bekijken of er verder kan worden gegaan?

03.02 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, madame la ministre, comme ma collègue, Mme Muylle, vient de le préciser, Cimabel, la fédération belgo-luxembourgeoise des manufacturiers cigarettiers, a sorti ses chiffres. Ceux-ci sont importants, notamment avec une réduction de 7% de la consommation en 2007. On passe de 13,4 milliards de cigarettes fumées à 12,5 milliards. Cela représente tout de même un peu moins de CO₂ dans l'air. Cela pourrait d'ailleurs servir à d'autres!

03.03 Laurette Onkelinx, ministre: Cela va surtout diminuer le nombre de cancers du poumon!

03.04 Jean-Luc Crucke (MR): C'est ce que je dis, cela pourrait peut-être servir à d'autres! Je ne pense d'ailleurs pas qu'à ceux-là!

Cette diminution résulte en partie de la législation mais aussi d'un transfert des achats vers les pays frontaliers, tels que le Luxembourg où la consommation a augmenté de plus de 5%. On a probablement dû se servir ailleurs et la contrebande a elle-même augmenté. Enfin, ce ne sont que des chiffres. Après un an, ce qui est intéressant est de faire le bilan d'une législation.

Madame la ministre, je pense que vous pouvez le faire sur la base d'une polémique – comme on en connaît fréquemment dans ce pays – entre Bemora et le Syndicat neutre des indépendants.

Bemora y voit une sorte de discrimination et dit "stop". L'interdiction dans les restaurants est positive mais il faut également élargir cette mesure d'interdiction à l'ensemble des cafés. Par contre, le Syndicat des indépendants relève que cette interdiction de fumer a coûté de l'argent aux indépendants, en tout cas dans l'horeca. Il propose éventuellement de corriger la mesure des 30% mais refuse d'aller trop loin dans toute mesure nouvelle d'interdiction.

Enfin, il est inutile de vous dire que, si on suit la fédération de lutte contre le cancer, c'est l'interdiction pure et simple.

Mes questions, en dehors du contrôle qui a été évoqué, sont les suivantes.

- Quelles sont les statistiques et les constats que l'on peut faire après un an?
- Peut-on penser que la législation doit être modifiée, auquel cas dans quel sens? Avec une extension ou non du dispositif, un statu quo ou, pourquoi pas, une interdiction plus radicale, globale et totale, comme l'a fait M. Sarkozy en France? Ce faisant, vous pourriez peut-être une seconde fois prendre l'exemple français, après celui des loyers. Si vous ne prenez pas l'exemple, du moins inspirez-vous-en.

03.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: (...)

03.06 **Jean-Luc Crucke** (MR): Je vous ai dit que j'étais d'accord d'y réfléchir mais cela prend du temps.

03.07 **Laurette Onkelinx**, ministre: Vous souhaitez le blocage des loyers!

La **présidente**: M. Sarkozy agit tandis que M. Crucke réfléchit!

03.08 **Jean-Luc Crucke** (MR): Madame la présidente, je vous rassure. Il m'arrive aussi de temps en temps d'agir! Agissons!

La **présidente**: Vous me rassurez, monsieur Crucke! M. Sarkozy peut aussi parfois réfléchir plus.

03.09 **Jean-Luc Crucke** (MR): Oui, mais il ne fait pas que cela!

03.10 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de feitelijke situatie is ondertussen vrij goed geschetst en ik kan mij dus beperken tot een aantal essentiële punten en vaststellingen.

Ten eerste, er zijn minder overtredingen tegen het rookverbod de jongste tijd. Dat is een belangrijke evolutie die we vaststellen.

Ten tweede, het middenveld, waarnaar een aantal collega's heeft verwezen – zelf verwijs ik ook naar het neutraal syndicaat van zelfstandigen – vraagt wel degelijk een bijsturing van het rookverbod. Uw voorganger, minister Demotte, heeft altijd beloofd dat er een evaluatie van het rookverbod zou komen. Ondertussen zijn we een jaar verder. Dus is het aangewezen om na te gaan of u, die het departement van de heer Demotte hebt overgenomen, op dezelfde lijn blijft.

Uiteraard beschikken we op dit moment nog niet over beleidsbrieven. Als parlementsleden moeten we dus, via het stellen van mondelinge vragen, voelen en tasten welke richting u met de interim-regering uitgaat.

Mevrouw de minister, vandaar mijn drie zeer concrete vragen.

Ten eerste, wat is uw beleidsvisie ter zake? Wat bent u van plan? Wat is uw beleidsvisie aangaande het rookverbod?

Ten tweede, komt er een evaluatie?

Ten derde, voorziet u al dan niet in een bijsturing van het rookverbod?

03.11 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het rookverbod in de restaurants is inderdaad sedert een jaar van kracht. Die wetgeving werd in samenspraak met de horecafederaties opgesteld.

In de eerste helft van 2007 heeft de Stichting Tegen Kanker reeds een eerste onderzoek verricht naar het draagvlak voor het rookverbod in restaurants bij de bevolking. Uit dat onderzoek bleek dat 85% van de Belgen voorstander is van een rookverbod in restaurants en dat 61% van onze landgenoten voorstander is van het rookvrij maken van cafés. Dat was een eerste opiniepeiling sinds de toepassing van de wet.

Zoals in de vragen aangegeven is, zijn er steeds meer Europese lidstaten die een totaal rookverbod in de horeca invoeren. Sedert 1 januari van dit jaar is er een totaal rookverbod in Frankrijk en vanaf 1 juli zal er in Nederland een totaal rookverbod worden ingevoerd.

Uiteraard ben ik bereid om, samen met de horecasector, de organisaties op het vlak van de gezondheidspreventie en mijn expert binnen de FOD Volksgezondheid, het dossier te bespreken en de situatie in de horeca te evalueren.

J'ai reçu ces derniers jours les résultats du service d'inspection tabac du SPF Santé publique. Vous l'avez dit vous-même, nous sommes pour la première fois en quatre ans dans une évolution positive du comportement du fumeur. Nous constatons aussi un changement de mentalité des fumeurs et des non-fumeurs. Le pourcentage de fumeurs journaliers a diminué dans notre pays de façon significative: il est passé de 29% à 27%. Par ailleurs, la vente des produits de tabac a également diminué de façon drastique. La vente de cigarettes a diminué de 13%, la vente de tabac à rouler a diminué de 10%. Ce sont des chiffres significatifs.

Cette diminution de la consommation des produits de tabac est due, d'une part, à la diminution du nombre de fumeurs et, d'autre part, au fait que les fumeurs fument moins, ce qui est une conséquence de l'interdiction de fumer dans de plus en plus de lieux. En comparant les résultats de 2005 à ceux de 2006, il semble clair que l'on fume moins dans les lieux publics. Cette année, il ne reste plus que 6% des lieux publics qui sont encore fumeurs. En 2006, ce chiffre était de 12%.

Ces résultats positifs sont la conséquence des réalisations suivantes, notamment de mon prédécesseur dont je salue le travail: la création du Fonds tabac pour soutenir les actions contre le tabagisme en 2004, l'interdiction de la vente de produits de tabac aux mineurs de moins de 16 ans en 2005, l'obligation de faire mention du numéro Tabac Stop sur tous les produits de tabac en 2006, l'interdiction de fumer dans les lieux publics en 2006 et dans les restaurants en 2007, l'obligation d'apposer des photos sur tous les paquets de cigarettes en 2007.

Ces bons résultats sont également dus à l'augmentation du nombre de contrôles effectués. Ainsi, le service d'inspection tabac a contrôlé, en 2007, 18.000 lieux stratégiques contre 10.000 en 2006. D'après ces résultats, il semble clair que la dissuasion assortie d'une bonne politique de contrôle porte ses fruits. Je suis dès lors déterminée à limiter encore plus la consommation de produits de tabac dans notre société.

Dans le dossier concernant l'interdiction totale de fumer, comme je l'ai déjà mentionné, une évaluation approfondie de la situation actuelle doit être effectuée en collaboration avec le secteur et les organisations que j'ai citées tout à l'heure.

Je souhaite aussi souligner que notre combat sur le plan de la dissuasion, de la sensibilisation et des contrôles va continuer. J'ai fait écrire un courrier très clair à l'AFSCA disant que je n'acceptais pas la politique de diminution des contrôles qu'elle a annoncée. C'est très clair, je n'accepte pas ce qu'ils ont dit et ce qu'ils ont fait. Un courrier est parti auprès de la ministre de tutelle, Mme Laruelle, et nous aurons des concertations pour que l'agence change sa façon de travailler en la matière.

03.12 **Nathalie Muylle** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

Zeker voor mijn politieke partij, was het slot van uw antwoord heel positief. Het was geen goed signaal van

het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen om te zeggen dat er minder controles zouden komen, vooral nu we aan het begin staan van een positieve balans. We moeten in die zin verder gaan.

Ik zal dan ook toetsen bij minister Laruelle om te zien of zij de controles effectief op peil blijft houden. Ik ben ervan overtuigd dat het noodzakelijk is.

03.13 Laurette Onkelinx, ministre: Cela est de ma compétence. J'ai écrit à la ministre de tutelle, mais le contrôle pour le tabac, c'est de ma compétence!

03.14 Nathalie Muylle (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, u zegt dat u met de horeca en met de diensten samen gaat zitten. Ik denk dat het overleg echt moet gebeuren op basis van correcte cijfers, op basis van een goede evaluatie van de omzet.

Mevrouw de minister, ik kan wat mijn fractie betreft alleen zeggen dat u een partner hebt om daarmee verder te gaan. Natuurlijk zijn er vandaag nog wat discriminaties. Op het vlak van de financiering zijn er na een jaar investeringen gedaan door heel wat sectoren. Ik denk dan vooral aan de cafés. Mits de nodige aanpassingen en bijsturing zult u aan mijn fractie een partner hebben om in die zin verder te gaan.

03.15 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la ministre, on n'a pas annoncé à ce stade ni d'extension ni de modification de la législation, ce qui ne veut pas dire que c'est exclu. En tout cas pas à ce stade. Sans vouloir paraphraser M. Sarkozy, je pense que je peux vous dire: "ce n'est qu'un début, continuons le combat".

La **présidente**: Il est mis à toutes les sauces!

03.16 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord dat voldoende duidelijk was.

Als lid van de oppositie zou ik u wel durven te vragen of u ons enigszins een timing kunt geven wanneer wij zouden kunnen beschikken over die evaluatie. Ik hoor dat er overleg komt met de horecasector, terecht. Ik doe opnieuw een beroep op uw ervaring, opdat er een evaluatie zou komen en ik verwijs ook naar de belofte van uw voorganger, de heer Demotte in die zin. Het is voor ons als parlementsleden uiteraard handig om te weten welke de timing is ter zake en in welk kader u die evaluatie ziet, al was het maar om het dossier verder te kunnen volgen.

Ik heb een tweede bijkomende vraag, mevrouw de voorzitter. Ik doe toch nog eens een poging – het zal waarschijnlijk pas blijken uit de beleidsbrieven – om te weten te komen of u op termijn al dan niet aanstuurt op een totaal rookverbod. Zult u dat al dan niet laten afhangen van het overleg met de sector? Het zou goed zijn, mochten we dat stilaan weten.

03.17 Laurette Onkelinx, ministre: Comme je viens de le dire, pour travailler la concertation, il faut d'abord voir les uns et les autres pour avoir un calendrier commun. Je ne vais pas tirer les conclusions avant la concertation sinon cela ne s'appelle pas une concertation.

*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 over "dierproeven" (nr. 1123)

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

04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, we hadden het net over roken. Ik heb een vraag over rokende proefmuizen.

In de media verscheen een aantal alarmerende berichten met betrekking tot rokende proefmuizen bij een grote internationale Leuvense sigarettenfabrikant. Volgens de verslaggeving moesten in een Leuvens laboratorium honderden dieren dagenlang sigarettenrook inhaleren, vooraleer zij gedood werden en hun

organen onderzocht werden. Manifestanten hielden hiervoor reeds protestacties in Leuven en wijzen erop dat er voldoende alternatieven bestaan. Bovendien werd door de actievoerders ook aangehaald dat roken een keuze blijft voor de mens, maar toch niet voor dieren. Proefdieren zouden daarenboven op grote schaal in België geconfronteerd worden met andere kunstmatige zoetstoffen, chemicaliën, kleurstoffen, pesticiden enzovoort.

Tijdens hoorzittingen in de Senaat met betrekking tot dierproeven op 28 februari 2007 werd onder andere gesteld dat voor de Europese Unie een vermindering van de dierproeven tot de prioriteiten zou behoren. In dat verband had ik graag van mevrouw de minister het volgende vernomen.

Heeft de minister weet van dergelijke grootschalige proeven op dieren? Wat is de houding van de minister hiertegenover? Welke maatregelen worden vooropgesteld om een vermindering van de dierproeven te promoten? Welk tijdsplan zal er worden gevolgd?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik heb inderdaad weet van dierproeven, uitgevoerd door de tabaksindustrie. De experimenten vinden plaats in een erkend laboratorium, waarbij aan alle wettelijke voorschriften is voldaan. De aard en uitvoering van de proeven worden voorafgaandelijk beoordeeld door een ethische commissie. Het betreffende labo gebruikte 5.156 dieren in 2005 en 3.697 dieren in 2006, met name ratten en muizen.

Ik begrijp echter de bezorgdheid van het parlementslid. De aard van het onderzoek, research naar minder schadelijke sigaretten, is effectief verschillend van dat van andere proefdierlaboratoria, dat zich nagenoeg altijd op het biomedisch of farmacologisch domein afspeelt. Daarom analyseer ik een advies naar het nut van dergelijke dierproeven dat recent is gevraagd aan het deontologisch comité. Ik zal niet nalaten hier de gepaste conclusies uit te trekken of bijkomende maatregelen te nemen.

Dierproeven voor registratie, notificatie of erkenning van chemicaliën, voedingsadditieven of pesticiden hebben slechts in zeer geringe mate plaats in België.

Il est fort probable que, dans la suite du programme REACH – programme de recherche européen sur la toxicité d'une série de substances chimiques, destiné à en vérifier l'impact sur la santé et l'environnement et qui pourrait donc prévoir des tests sur des animaux –, le nombre d'animaux augmente dans les tests réglementaires.

Par ces propos, je veux simplement attirer l'attention sur le fait que des statistiques doivent être rapprochées, non seulement au niveau national, mais aussi sur le plan européen.

Ensuite, il faut aussi considérer que la recherche scientifique n'est pas exclusivement orientée par les autorités publiques. Nous visons tous à une société de la connaissance, et l'objectif du Traité de Lisbonne nous oblige, à l'horizon 2010, à consacrer 3% du PIB à la recherche scientifique. C'est une bonne chose. Cette recherche ne peut pas toujours avoir lieu sans l'aide d'expérimentations animales. En outre, le recours à des méthodes alternatives n'est pas toujours possible, notamment quand il s'agit, par exemple, d'étudier le fonctionnement de systèmes nerveux, immunitaires ou hormonaux restés intègres. L'utilisation de tests alternatifs et la recherche dans ce domaine restent pourtant une nécessité absolue. En Belgique, par l'intermédiaire de la recherche contractuelle du SPF Santé publique, quatre projets de recherche sur les méthodes alternatives sont en cours. J'ai bon espoir qu'en 2008, un cinquième projet démarre sur la question de la toxicogénomique – l'étude sur les gènes des produits toxiques. Ce thème a été proposé justement par le service Bien-être animal de mon département.

La recherche est en constante progression dans notre pays, et j'ai l'impression que - grâce à l'utilisation de méthodes alternatives - cette augmentation ne se répercutera pas par une croissance rectiligne correspondante du nombre d'animaux dans les statistiques annuelles sur l'utilisation des animaux d'expérience. C'est du moins notre objectif.

Une deuxième stratégie importante destinée à garantir une utilisation d'un minimum d'animaux est d'appliquer encore plus rigoureusement l'évaluation éthique préalable des expériences par les commissions éthiques. L'utilisation d'un animal dans une expérience doit pouvoir être scientifiquement justifiée. Grâce à la révision en cours de l'arrêté royal du 14 novembre 1993 relatif à la protection des animaux d'expérience, j'accorderai bien entendu une grande attention à cette question, notamment en augmentant le nombre de membres extérieurs dans les commissions. En outre, la législation actuelle concernant la formation des

personnes travaillant dans le secteur de l'expérimentation animale offre l'opportunité d'une responsabilité individuelle accrue.

Enfin, le service d'inspection du SPF Santé publique doit pouvoir inspecter encore plus systématiquement les différents laboratoires. Cela représente indubitablement la garantie d'un bon suivi permanent par les responsables de laboratoires des normes légales portant sur l'hébergement et l'utilisation des animaux d'expérience.

Madame la députée, vous comprendrez qu'au vu des différentes voies que je viens de présenter, il est difficile d'établir un agenda logique et précis. Il est aussi difficile d'intervenir politiquement sur l'orientation de la recherche scientifique et sur la découverte de méthodes alternatives. Par contre, je peux vous assurer de mon engagement total dans la révision de la législation en la matière, mon soutien à la recherche contractuelle et à une inspection systématique de nos laboratoires.

04.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Madame la ministre, je vous remercie d'abonder dans le sens de ma demande. Je suis très heureuse que vous proposiez des projets sur les méthodes alternatives et que vous soyez prête à réviser l'arrêté royal du 14 novembre 1993. J'espère que vous reviendrez avec de bonnes nouvelles en commission lors de cette législature que je souhaite la plus longue possible.

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

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

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

05.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de vraag heeft een heel ander onderwerp dan het roken voor mensen en de proeven op dieren.

Uit een eerste grote peiling georganiseerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, door de groep Zorg rond het Leveneinde van de VUB en door de huisartsenpeilpraktijken, blijkt dat 80% van de Belgen verkiest thuis te sterven. Helaas staat voornoemde wens in schril contrast met de werkelijkheid. In ons land sterft immers slechts een kwart van de mensen thuis.

Uit de peiling bleek ook nog dat ongeneeslijk zieke patiënten tijdens hun laatste levensmaanden onnodig veel worden verplaatst. Zo gingen onderzoekers na wat er met 1.381 patiënten tijdens de laatste 90 dagen van hun leven gebeurde. Zelfs bij niet-plotse sterfgevallen werd nog steeds 62% van de patiënten tijdens bedoelde periode verplaatst. Dat zijn twee patiënten op drie. Bij de patiënten die werden verhuisd, gebeurde dat in een derde van de gevallen zelfs tijdens de laatste levensweek. 26% van de patiënten werd twee keer of meer verhuisd en 10% drie keer of meer – van thuis naar het ziekenhuis, van thuis naar het rusthuis en terug. Veel van die verplaatsingen hadden bovendien geen enkele zin meer en hadden dus kunnen worden vermeden.

In Nederland daarentegen is het aantal thuisoverlijdens heel hoog, ruim de helft. Bij ons is dat dus veel minder, namelijk een kwart. In Nederland wordt veeleer geopteerd voor zorgomgeving in plaats van voor een geneesomgeving, zoals dat in ons land het geval is.

Mevrouw de minister, ik had graag vernomen of u de resultaten van voornoemde studie kent.

Zo ja, wat zijn uw initiatieven, teneinde de wens van 80% van de Belgen, namelijk een meer humaan levenseinde, te kunnen vervullen?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, dit is een heel belangrijke vraag.

Voor patiënten aan hun levenseinde kunnen transfers tussen verschillende zorgsettings een belasting betekenen. Overbodige hospitalisaties dienen te worden vermeden.

Ten eerste, de prevalentiecijfers van transfers aan het levenseinde, die uit voornoemde studie blijken, kunnen weliswaar vragen doen rijzen, maar er kunnen, uitsluitend op basis van de studie, geen voldoende

gefundeerde uitspraken worden gedaan over de zinvolheid van bedoelde transfers of hun invloed op de levenskwaliteit van de bewuste patiënten.

Het investeren in een kwaliteitsvolle levenseindezorg is echter belangrijk. Zo wordt reeds jarenlang via diverse maatregelen geïnvesteerd in een goede omkadering die het patiënten aan hun levenseinde moet toelaten om zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te verblijven, hetzij thuis, in een rustoord of in een rust- en verzorgingstehuis, en er op een serene en waardige manier te overlijden.

In dat kader werd recent nog een aantal bijkomende maatregelen genomen, namelijk een verhoging van de financiering van het personeelskader van multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve zorgen, met de garantie van een financiering van minstens 3,6 fulltime equivalenten voor iedere begeleidingsequipe.

De multidisciplinaire begeleidingsequipes bieden advies en ondersteuning op het vlak van palliatieve zorg aan de zorgverleners van de eerste lijn in de thuiszorg. Dankzij die personeelsuitbreiding worden de equipes in kwestie in de mogelijkheid gesteld om een permanentie te organiseren, 24 uur per dag, waardoor een maximale bereikbaarheid gegarandeerd wordt.

Ten tweede, in de RIZIV-begroting van 2007 werd voorzien in de afschaffing van de remgelden van het huisbezoek van de huisarts bij palliatieve patiënten die in een ROB-RVT verblijven. Die maatregel bestond al voor palliatieve thuispatiënten en bevordert nu ook de financiële toegankelijkheid van palliatieve zorg voor die groep van patiënten.

Ten derde, sinds 1 juli 2007 wordt een bijkomend bedrag van 4,7 miljoen euro op jaarbasis aan de palliatieve functie in de ziekenhuizen toegekend. Een van de kerntaken van de palliatieve functie in de ziekenhuizen bestaat uit het zorgen voor de continuïteit van de zorgverlening wanneer de patiënt die zich in een terminale fase bevindt, het ziekenhuis verlaat om naar huis te gaan of in een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis te worden opgenomen.

Het nut van de maatregelen werd reeds aangehaald in het rapport van 2005 van de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg. Binnenkort zal de evaluatiecel een nieuw evaluatierapport voorleggen aan de Kamer en de Senaat. De aanbevelingen die hierin worden geformuleerd, zullen ons toelaten om verdere stappen te zetten, indien nodig.

05.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Madame la présidente, je remercie madame la ministre pour sa connaissance du dossier. Je vois qu'on a beaucoup investi dans les soins palliatifs à l'hôpital comme à la maison. Je ne peux que l'approuver. J'attends avec impatience le rapport qui va suivre pour voir si les chiffres dont on dispose, à savoir qu'il n'y a qu'un quart des Belges qui puissent mourir à la maison, sont confirmés. J'espère que ce chiffre augmentera et qu'un plus grand pourcentage de Belges puissent mourir à la maison.

La **présidente**: Est-ce qu'il y a une date à laquelle on attend cette prochaine évaluation?

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je vais le demander et je vous transmettrai l'information.

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

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- **M. François Bellot** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement de données des services mobiles d'urgence (SMUR) à partir du 1^{er} septembre 2007" (n° 1136)
- **M. Georges Gilkinet** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la collecte des données médicales dans le cadre de l'arrêté royal du 27 avril 2007" (n° 1362)

06 Samengevoegde vragen van

- de heer **François Bellot** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van gegevens van de mobiele urgentiegroepen (MUG's) vanaf 1 september 2007" (nr. 1136)
- de heer **Georges Gilkinet** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het

verzamelen van de medische gegevens met toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 2007" (nr. 1362)

06.01 François Bellot (MR): Madame la présidente, madame la ministre, vous me pardonnerez le caractère très technique de cette question.

Depuis 1992, les hôpitaux disposant d'une fonction SMUR doivent transmettre au SPF Santé publique des données administratives et médicales portant sur chaque mission. Ces transmissions se faisaient jusqu'au 31 août 2007 par semestre d'année civile après "anonymisation" et contrôle des données au niveau de l'hôpital concerné.

À partir du 1^{er} septembre 2007, cette obligation a été modifiée, tant du point de vue des données à transmettre que de la méthode de transmission des données. Ces modifications sont imposées, d'une part, au travers d'une convention signée sur une base volontaire entre chaque hôpital concerné et le ministre de la Santé publique et, d'autre part, via arrêté royal.

Ces modifications suscitent plusieurs questions.

1. Le serveur dédié à l'encodage des données SMUR est extra-hospitalier et considéré comme structure intermédiaire entre l'hôpital et le SPF. Se situant donc en dehors de l'hôpital, il est hors de champ de la responsabilité de celui-ci et donc, du médecin-chef concerné.

Dans ce contexte, qu'en est-il de la responsabilité du médecin-chef à propos du dossier médical, tel que défini au niveau des textes légaux et compte tenu de ce que l'annexe 2 de la convention stipule que "la conservation des données de la fiche SMUR dans le dossier médical du patient est de la responsabilité exclusive de l'hôpital"?

Un médecin concerné peut-il se soustraire à cette obligation conventionnelle (si l'hôpital l'a ratifiée) et légale?

2. L'arrêté royal impose une transmission des données SMUR et ce, via le système mis à disposition par le SPF. La convention organise le financement à partir de l'arrêté royal relatif au budget des moyens financiers, via la sous-partie B4 et conditionne ce financement à l'encodage des données selon la nouvelle fiche technique et selon les prescriptions techniques définies par le SPF. Qu'en est-il pour un hôpital n'ayant pas signé la convention?

3. En ce qui concerne l'organisation intermédiaire, l'avis de la Commission de la protection de la vie privée a-t-il été demandé, compte tenu de son avis antérieur rappelant la nécessité d'une indépendance totale de la structure intermédiaire à l'égard du responsable du traitement ultérieur, à laquelle participeraient des représentants des fournisseurs d'informations, et dont notamment la mise en place conditionnait le caractère favorable de son avis au projet d'arrêté royal?

4. S'agissant de la recommandation de la Commission de la protection de la vie privée, qui précise que, pour disposer d'une indépendance suffisante, l'organisation intermédiaire doit, au minimum, être gérée par un organe au sein duquel sont représentés les fournisseurs d'informations et surtout, les types de personnes que les informations concernent, l'avis de la commission Droits du patient a-t-il été demandé à ce propos?

5. In fine, pourquoi ne pas repartir des outils de terrain via les dossiers de patients informatisés et organiser l'extraction des données souhaitées et communément acceptées plutôt que d'imposer des applications externes à visée épidémiologique à partir desquelles il va falloir récupérer l'information en intra-muros pour l'intégrer à des applications à visées cliniques s'agissant des mêmes données avec tous les risques d'exploitation des données couvertes par le secret médical?

06.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, le 4 décembre dernier, j'interrogeais votre prédécesseur, M. Donfut, à propos de l'arrêté royal sous référence qui, de toute évidence, pose de nombreuses questions sur le terrain, dès lors qu'il semble qu'il n'ait pas suffisamment fait l'objet de concertations avec les acteurs concernés.

En conclusion, M. Donfut nous avait apporté quelques précisions techniques et nous avait confirmé que l'arrêté sous référence avait été suspendu par la diffusion d'une circulaire et que des corrections techniques

devaient être apportées.

De façon synthétique, je voudrais rappeler quelques difficultés que j'avais relevées à l'époque.

Il y a tout d'abord les difficultés liées à l'externalisation d'une partie du dossier patient.

Le serveur dédié au remplissage de la fiche SMUR est extra-hospitalier; il est considéré comme une structure intermédiaire entre l'hôpital et le SPF Santé publique. Comme il se situe en dehors de l'hôpital, il est hors du champ de la responsabilité de celui-ci et donc du médecin-chef concerné, ce qui pose un problème de responsabilité.

Par ailleurs, l'absence d'identifiant patient unique empêche la réintégration électronique des informations SMUR dans le système informatique de l'hôpital référant. À terme, une partie de l'information médicale ne sera plus disponible au niveau du dossier patient de l'hôpital à moins d'en imposer le double encodage, ce qui n'est pas particulièrement pratique ni économiquement intéressant.

Il y avait aussi les difficultés liées au morcellement thématique et technique.

Dans le cas présent, il s'agit de données relevant de l'activité des services d'urgence disposant d'une équipe mobile. Cela constitue un précédent qui risque d'aboutir, à terme, au développement d'autant d'outils que de thématiques médicales abordées, à moins d'en organiser une centralisation maximale, ce qui a toujours été refusé par les différents intervenants.

L'externalisation, doublée de cette "balkanisation", peut faire craindre à terme un émiettement du dossier du patient à l'hôpital, avec tout ce que cela pourrait avoir comme conséquences, d'abord sur le plan médical mais aussi sur le plan économique. Une solution informatique devrait ou pourrait être déployée dans chaque institution permettant à celle-ci de reconstruire un dossier patient informatisé à partir de cette mosaïque.

Par ailleurs, des incohérences ont été relevées entre le contenu de l'arrêté et le contenu du formulaire destiné à l'encodage. Des questions se posent vu l'externalisation partielle du processus, sur la protection de la vie privée. Les informations requises de par la convention SMUR vont au-delà de celles qui sont exigibles de par l'arrêté royal et franchissent peut-être des limites qui n'ont pu être évaluées par les commissions d'avis dès lors qu'elles ne figurent pas dans l'arrêté royal; or ces commissions d'avis ont été interrogées à partir de l'arrêté royal. Il s'agit notamment des données relatives aux antécédents du patient qui vont au-delà de la question des interventions urgentes et de ses suites.

Manifestement, cette réforme a été réalisée sans y associer les acteurs de terrain, notamment le Réseau Wallon Santé qui réunit de façon volontaire les principales institutions hospitalières de la Région wallonne et joue, avec le soutien des pouvoirs publics, un rôle intéressant et important de réflexion et de proposition sur l'amélioration de la transmission des données médicales, à la fois dans une perspective d'économie mais aussi une perspective éthique et de santé publique.

Madame la ministre, au-delà de la question posée le 4 décembre, relayée aujourd'hui par mon confrère Bellot, pouvez-vous nous dire si l'application de l'arrêté sous référence est toujours suspendue à l'heure qu'il est?

Qu'est-ce qui a été entrepris depuis le 4 décembre pour corriger les problèmes d'application et répondre aux questions techniques soulevées?

Est-il envisagé de réviser l'arrêté afin d'en corriger les imperfections? Par exemple, une rencontre est-elle programmée ou peut-elle l'être entre le SPF Santé publique et des acteurs de terrain, comme le Réseau Wallon Santé ou son équivalent bruxellois, afin d'apporter les éclaircissements utiles et des amendements éventuels à cet arrêté et/ou à son mode d'implémentation sur le terrain?

Comme je l'ai dit en début d'intervention, il s'agit de questions éminemment techniques, importantes en termes économiques et éthiques. Peut-être les acteurs concernés peuvent-ils se parler, comme le SPF Santé publique et ce Réseau Wallon Santé, qui me semble travailler de façon utile et intéressante.

La **présidente**: Je rappelle que, comme le temps des questions est limité, le deuxième intervenant dans une question doit essayer de raccourcir au maximum son intervention et de ne pas répéter les éléments déjà

exposés.

06.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, la question rappelle à juste titre que le principe de l'enregistrement des données SMUR est une obligation ancienne datant de 1992.

Les modifications du mode d'enregistrement ont deux objectifs: premièrement, adapter les données récoltées par l'administration à l'évolution des techniques et de la science en introduisant, par exemple, les données liées à l'usage d'un défibrillateur automatique autorisé au public; deuxièmement, permettre aux autorités publiques de disposer de ces données, grâce à un enregistrement sur le web, beaucoup plus rapidement que par le passé où, du fait du mode de collecte, plus de deux ans s'écoulaient entre l'activité et l'analyse.

Ce nouveau système doit donc nous permettre à l'avenir d'être beaucoup plus rapidement informés de l'évolution d'une situation, comme cela devrait être le cas, par exemple, en cas de crise sanitaire.

Je vais répondre aux questions point par point.

1. Une application web est offerte pour enregistrer les données SMUR. Elle permet un 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 application est distincte d'un éventuel dossier médical électronique dans l'hôpital. La question de la responsabilité du médecin-chef ne se pose donc pas dans ce contexte.

2. L'hôpital est tenu, d'une part, par la convention qu'il a conclue avec le SPF et, d'autre part, par l'arrêté royal d'avril 2007, de transmettre au SPF les données relatives aux missions SMUR effectuées. Par conséquent, la non-transmission de ces données entraînerait des conséquences financières et légales pour cet hôpital. Il appartient donc à l'hôpital de s'assurer de la transmission de ces données avec les médecins concernés.

3. Selon les informations dont je dispose, tous les hôpitaux ont signé la convention visée. J'estime donc que la question portant sur la responsabilité des hôpitaux qui n'auraient pas signé ladite convention est sans objet.

4. La Commission de la protection de la vie privée a en effet estimé souhaitable l'intervention d'une organisation intermédiaire. Le rapport au Roi de l'arrêté d'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 conseillé dans le cas d'une collecte de données secondaires ou d'un couplage de données personnelles.

Il est important de savoir que le Conseil d'État, qui est très vigilant en matière de protection des données personnelles, 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 et que le Conseil d'État n'a pas formulé d'observation quant au fond à l'égard de l'arrêté royal en question.

5. Émettre un avis en la matière ne relève pas de la compétence de la commission Droits des patients. En premier lieu, l'arrêté royal d'avril 2007 porte à exécution la loi sur les hôpitaux. En outre et 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 qu'il est visé dans ce fameux arrêté royal, n'a aucun effet sur la relation entre le patient et le praticien professionnel.

Une application web est offerte pour enregistrer les données SMUR. Elle permet un 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. Les données enregistrées sur le serveur central peuvent être téléchargées par les hôpitaux et intégrées dans leur propre dossier médical.

Par ailleurs, les hôpitaux sont libres d'extraire ou non ces données de leur dossier électronique éventuel. Le choix est donc offert aux hôpitaux.

Il est exact qu'une circulaire a provisoirement suspendu la mise en œuvre de l'arrêté d'avril 2007 afin de permettre un certain nombre de corrections techniques rendues nécessaires par le haut niveau d'exigence en matière de sécurité des données et des applications informatiques. Je suis décidée à ne pas transiger sur cet aspect des choses. Je préfère différer la mise en œuvre le temps nécessaire pour que nous soyons parfaitement rassurés à ce sujet.

Dès que les différents tests qui sont en cours pour le moment donneront totale satisfaction, l'administration remettra l'application en route. Elle me proposera des corrections de l'arrêté royal, pour autant que celles-ci s'avèrent absolument nécessaires. Quand cela interviendra-t-il? J'espère déjà pour février. L'application n'est vraiment pas remise à beaucoup plus tard, mais nous avons besoin de sécurité en la matière.

Les concertations avec les acteurs sont effectivement importantes. Les rencontres qui se sont déjà déroulées ont eu principalement pour objet l'information des institutions hospitalières partenaires directs des contrats signés. Des concertations à travers les réseaux que vous mentionnez seront envisagées, sans omettre bien entendu le rôle que peut jouer la structure fédérale B-Health.

06.04 François Bellot (MR): Madame la ministre, en ce qui concerne la responsabilité des médecins-chefs, si j'ai bien compris, il leur appartient de puiser dans les structures intermédiaires les données nécessaires pour compléter le dossier médical qui est géré dans l'hôpital. Ils n'exercent aucune responsabilité vis-à-vis du contenu de l'information transmise par le SMUR. Par contre, ils assument la responsabilité d'aller puiser les données telles qu'elles figurent dans l'organe intermédiaire afin de compléter le dossier médical du patient à l'hôpital. C'est ce que j'ai compris.

Quant aux autres questions, vos réponses ont apporté l'éclairage indispensable.

Vous nous avez indiqué que tous les hôpitaux avaient signé la convention. Je pense que si des hôpitaux doivent être rassurés, il faudrait peut-être veiller à ce que chacun d'entre eux participe à des tests pour valider son fonctionnement. En effet, au-delà des opérations pilotes qui concernent certains hôpitaux, il faudrait que chaque hôpital, pendant un certain nombre de jours ou de semaines, procède à ces opérations pilotes avant d'entrer définitivement dans le système.

*Voorzitter: Nathalie Muylle.
Présidente: Nathalie Muylle.*

06.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je retiens vos explications techniques et juridiques sur le bien-fondé de l'arrêté dont il est question et sa mise en application. C'est effectivement intéressant. Il me revient que, sur le terrain, ce n'est pas aussi simple.

Par ailleurs, j'ai bien pris acte de votre engagement à mener les concertations et l'évaluation nécessaires de ce premier essai jusqu'à, le cas échéant, modifier l'arrêté ou la façon dont il est implémenté via ces conventions entre les hôpitaux et le SPF Santé publique.

Je serai attentif à ce que ça passe de cette manière. C'est de nature à rassurer les uns et les autres et d'arriver à une certaine efficacité dans la récolte de données médicales dont on sait qu'elle est particulièrement importante. Il faut essayer d'avoir un système le plus efficace possible. Dans l'urgence et face aux autres contraintes et objectifs des hôpitaux qui sont d'abord de soigner les gens, essayons d'être le plus efficace, le plus économe possible et le plus respectueux de la protection de la vie privée.

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

07 Questions jointes de

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

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Belgisch-Duitse grensoverschrijdende samenwerking inzake dringende hulpverlening" (nr. 1137)
- de heer Josy Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verdrag inzake

de grensoverschrijdende dringende medische hulpverlening" (nr. 1257)

07.01 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, comme ma question le laisse supposer, j'aurais souhaité faire le point avec vous sur la coopération transfrontalière en termes de services de secours d'urgence. Nous pouvons nous réjouir que des accords aient été signés entre la Belgique et la France pour des interventions ponctuelles. Depuis 2004, sous l'impulsion du Parlement Benelux, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg sont amenés à conclure des accords similaires.

Je suis moi-même originaire d'une région frontalière des neuf communes germanophones, où je sais que des interventions ponctuelles des services de secours allemands ont lieu.

Ma question est la suivante: ces services de secours font-ils déjà l'objet d'un accord de coopération entre la Belgique et l'Allemagne? Si oui, pouvez-vous m'informer des dispositions existantes et des termes de cette convention? Dans le cas contraire, souhaitez-vous que des incitations soient prises afin d'aller dans ce sens?

Je vous remercie de votre réponse.

07.02 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, il y a quelques mois, j'avais posé la question à votre prédécesseur – M. Didier Donfut – concernant la convention avec le Grand-Duché de Luxembourg relative à l'aide médicale urgente. Celui-ci m'informait que le projet de convention était rédigé et qu'il suffisait d'attendre l'entrée en fonction d'un nouveau gouvernement pour obtenir la signature.

Je voudrais simplement savoir, madame la ministre, où en est ce projet de convention. Est-il rédigé? En outre, êtes-vous proche de le signer ou alors l'avez-vous déjà fait?

07.03 Laurette Onkelinx, ministre: Les questions ont effectivement été posées à mon prédécesseur. Pour vous répondre concrètement, tout d'abord au sujet de l'Allemagne, je confirme qu'un projet d'accord de coopération identique à la convention conclue avec la France a été rédigé, mais il n'est pas encore finalisé.

En ce qui concerne la coopération avec le Luxembourg, je ne puis que répéter ce qui vous a été dit en octobre, à savoir qu'un projet de convention a été rédigé et devra être soumis à l'administration luxembourgeoise pour conclusion.

Cela étant dit, puisque vous m'avez posé cette question, je me suis rendu compte que la même question avait déjà été posée et qu'une réponse identique vous avait été donnée. C'est toujours un peu embêtant. Je ne suis pas ministre de la Santé depuis très longtemps, mais j'ai demandé à mon administration de préparer un échéancier. Je reviendrai devant vous en essayant de ne pas répéter pour la vingt-cinquième fois la même réponse, mais de vous fournir des détails sur l'échéancier. Je ne dispose pas encore de ces précisions. C'est pourquoi j'ai posé la question à mon administration.

07.04 Katrin Jadin (MR): Madame la présidente, je remercie la ministre pour sa réponse. Madame la ministre, vous vous en doutez, je vais rester très attentive à cet échéancier et revenir sous peu pour obtenir de nouvelles informations.

07.05 Josy Arens (cdH): Je remercie la ministre pour cette réponse et je serai très attentif à l'évolution de ce dossier qui me semble très important, surtout lorsqu'on habite les régions concernées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

08.01 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le 13 juin 2005, lors de la conférence interministérielle Santé publique, la cellule politique Drogues a été mandatée pour élaborer un plan d'action en matière d'alcool. Ce plan a pour objectif principal de mettre en œuvre les actions de lutte

contre les abus d'alcool décrites dans un certain nombre de documents stratégiques nationaux et internationaux.

Début 2006, le CRIOC publiait une enquête dans laquelle il démontre que la législation relative à la vente d'alcool pour les mineurs est méconnue et mal respectée. L'enquête révèle que plus de 4/5^{èmes} des magasins testés ont accepté de vendre de la bière et des alcopops à des jeunes de 12 à 14 ans. Une série de questions ont été posées au Parlement à cette époque et le ministre avait mis en évidence que nous étions en train d'élaborer un plan d'action en y associant les différents niveaux de pouvoir. Il avait indiqué qu'il présenterait ce plan.

D'après mes informations, l'administration annonçait ce plan pour la mi-novembre 2007. Je souhaiterais donc savoir à quel stade en sont la réalisation et l'application du plan Alcool.

En effet, entre-temps, le constat des associations qui travaillent dans ce domaine est relativement alarmant. La consommation d'alcool touche les jeunes de plus en plus tôt. On constate aussi le phénomène du "binch drinking", de plus en plus problématique. Les magistrats de la jeunesse reconnaissent également que depuis le phénomène des alcopops, on constate une consommation d'alcool sans cesse croissante chez les jeunes, sans oublier les impacts sur la sécurité routière.

Je crois qu'un accord, devenu loi, a été signé entre tous les acteurs du secteur sur la publicité et la vente d'alcool. Je me demande s'il n'est pas temps d'évaluer cet accord puisque des études démontrent qu'il ne serait pas respecté.

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, la consommation d'alcool dans la société est évidemment une thématique importante et complexe. Il faut qu'une politique intégrée soit menée. Un plan global – comme on en a eu dans d'autres domaines – constitue un bon instrument pour atteindre cet objectif, surtout quand on voit la dispersion des compétences en la matière.

Il y a quelques années, l'Organisation mondiale de la santé a donc appelé ses membres à mettre en place un plan d'action en matière d'alcool. Lors de la conférence interministérielle Santé publique du 13 juin 2005, le mandat a été donné à la cellule politique de santé en matière de drogues d'élaborer un tel plan pour la Belgique. Cette cellule rassemble des représentants de tous les ministres de la Santé publique de notre pays.

La conférence a déterminé le cadre du mandat grâce à une liste de dix points: information et éducation, environnement public, privé et professionnel, alcool au volant, disponibilité des produits à base d'alcool, promotion des produits à base d'alcool, traitement, responsabilité de l'industrie et du secteur horeca, capacité de la communauté à réagir face aux dommages liés à l'alcool, organisations non gouvernementales, mise en œuvre et surveillance de la politique. En outre, le plan devra également tenir compte de la répartition des compétences entre les différents gouvernements belges et des structures et initiatives existantes qui ont déjà prouvé leur utilité.

La conférence a également déterminé les différentes étapes de la réalisation de ce plan. Dans une première phase, la cellule "politique de santé en matière de drogues" a pris connaissance des recommandations scientifiques et de la politique actuelle en la matière. Ensuite, la cellule a reçu la mission de déterminer le cadre général et les principes de base, les priorités, les stratégies, les actions concrètes et les moyens. Dans ce but, la cellule a organisé plusieurs réunions avec des experts scientifiques et des experts de terrain. En effet, la cellule a jugé indispensable – et je pense qu'elle a eu raison – d'impliquer la grande connaissance et expérience qui existe dans notre pays dans la rédaction de ce plan.

Ce groupe s'est penché sur tous les aspects de la problématique de l'alcool et a établi un document de travail. En ce moment, les dernières modifications sont apportées à ce document. Sur la base de ce document, la cellule Politique de santé va rédiger son propre plan national alcool. Le texte devrait être soumis à la prochaine conférence interministérielle qui devrait être convoquée aux alentours du 10 mars. On avance donc véritablement.

Ce plan sera commun à tous les ministres de la Santé publique, dans le respect de leurs propres compétences. Une procédure sera également discutée pour la suite des travaux, à savoir l'élaboration et la mise en œuvre du plan. Vu le fait que la cellule se compose exclusivement des représentants des ministres, une attention particulière sera accordée à la détermination d'initiatives pour associer à l'élaboration et à

l'intégration de ce plan d'autres ministres compétents, pas seulement ceux de la Santé publique. Comme il s'agit d'un sujet sensible en Belgique, les compétences de chacun devront être respectées.

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

08.03 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse complète et l'échéancier proposé. Je pense que ce débat pourrait être mené au Parlement, au sein de cette commission. Avec d'autres collègues, nous avons déposé une résolution demandant d'avancer dans la confection de ce plan mais aussi dans sa mise en œuvre. Compte tenu du fait qu'il s'agit d'un problème complexe impliquant plusieurs compétences et plusieurs niveaux de pouvoir, qu'il y aura probablement un volet législatif résultant de ces travaux, il serait intéressant d'organiser un débat et une présentation au sein de cette commission.

Il y a également le volet de la publicité et de son contrôle. Je songe également à ce fameux accord signé entre les entreprises et les acteurs du secteur qui a même été transcrit dans une loi en 2006. Selon plusieurs études ou certains articles en tout cas, cet accord ne serait pas totalement respecté. Il reste donc encore le problème du contrôle de la publicité dans le secteur.

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

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

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

09.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik wil vragen aan onze nieuwe minister dat ze toch eens speciaal naar deze vraag luistert, want zij komt van Justitie. Er is een groot rechtvaardigheidsgehalte...

09.02 Minister Laurette Onkelinx: Ik ben begonnen in 1992.

09.03 Michel Doomst (CD&V - N-VA): En wie weet waar u eindigt.

Er is een serieus rechtvaardigheidsgehalte aan deze vraag. Ik zeg u nu al dat ik u ermee zal achtervolgen. Ik zal u er dikwijls op wijzen. Het woord stalken zal ik niet in de mond nemen, maar ik moet zeggen dat de zin om dat te doen groter is dan bij uw voorganger.

09.04 Minister Laurette Onkelinx: (...)

09.05 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, op 4 januari van dit jaar om 10.30 uur werd vanuit Hoeilaart in Vlaams-Brabant de dienst 100 verwittigd. Op de oproep is, moet ik zeggen, wel snel gereageerd. Maar de ambulance was afkomstig van de standplaats La Hulpe. Het spijtige aan het voorval is dat nog maar eens twee ambulanciers hun best gedaan hebben om mensen bij te staan maar dat zij noch Nederlands konden spreken noch eigenlijk begrepen wat de patiënt zei. De patiënt in kwestie – dat kunt u hem dan misschien weer aanrekenen – was uitsluitend Nederlandstalig.

Ik had u graag de volgende vragen gesteld.

Wat is de reden waarom de dienst 100 van La Hulpe is uitgezonden en niet die van een Vlaamse gemeente dichtbij, bijvoorbeeld Overijse? Blijkbaar werkt Overijse perfect tweetalig.

Het is het zoveelste geval, en ik zeg u nu al: het zal het laatste niet zijn, want men begint daar ook alerter voor te worden.

Mevrouw de minister, kunt u werken aan een dringende oplossing? Ik bedoel dat echt waar constructief. Maar het zou echt opgelost moeten geraken.

Welke concrete maatregelen ziet u op korte of lange termijn?

Ten slotte, op basis van welke criteria wordt beslist welke dienst 100 wordt uitgestuurd? Met andere woorden, hoe worden de verschillende diensten 100 op de taalgrens vanuit de centrales opgeroepen?

09.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, na een eerste analyse blijkt dat de opdracht werd uitgevoerd overeenkomstig de criteria van de wet, in die zin dat wat betreft de plaats van interventie de dienst van La Hulpe voor de Overwinningstraat in 5 minuten ter plaatse kon zijn terwijl dat voor Overijse 8 minuten was. Bijgevolg werd overeenkomstig artikel 7 van het KB van 2 april 1965, houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van een eenvormig oproepingstelsel, de dichtst bijzijnde dienst, in termen van tijd, die over het geschikte voertuig beschikt, ingezet.

Het gaat er dus niet om een willekeurige oplossing te zoeken, aangezien het principe is dat er zo snel mogelijk moet worden gereageerd op een dringende oproep en dat het dus onmogelijk is te anticiperen op de taal van de patiënt. Het ligt geenszins in mijn bedoeling om een patiënt met misschien onherroepelijke zo niet dodelijke letsels 3 minuten langer te laten wachten om de voorrang te geven aan een taalkundig correcte ambulance.

Ik wil er u ook op wijzen dat wanneer Overijse reeds vertrokken is voor een opdracht, de interventietijd voor de eerste ambulance uit het Nederlandstalig grondgebied nog langer is.

Mijn departement heeft niet tot taak de taalkundige vaardigheden van de hulpverlenerambulanciers te evalueren. Toch zal er navraag worden gedaan naar de zaak.

Over het algemeen en, mijns inziens, normaal, hebben de hulpdiensten in de buurt van de taalgrens een hulpverlener aan boord die de nodige inlichtingen kan inwinnen in het Nederlands. Mag ik er u nog op wijzen dat in dringende noodgevallen de patiënt meestal niet meer in staat is om zich uit te drukken? We moeten pragmatisch zijn.

09.07 **Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, dank u voor uw antwoord. We blijven daar toch wel echt op een cruciaal punt zitten, namelijk de taalkennis van de betrokken bevoegde mensen. Het zijn immers niet de eersten de besten, het zijn mensen die aan dringende medische hulpverlening doen.

Aangezien wij een land zijn dat qua talenkennis blijkbaar vrij snel competentie kan winnen, kan dat toch niet mogelijk zijn. In een ontwikkeld land is het toch niet meer mogelijk dat een patiënt vandaag niet in zijn of haar taal kan worden bediend op het ogenblik waarop er dringende medische hulp nodig is. Wij moeten er absoluut naar moeten kijken dat dit echt gecontroleerd wordt. Toen de dokter nu vroeg hoe dat mogelijk was, was het antwoord "ce n'est pas notre problème". Het is wel een probleem. Ik wil u echt smeken – desnoods moeten we maar in hongerstaking gaan – om daar toch een oplossing voor te vinden.

De **voorzitter**: Stalken, hongerstakingen, hier worden straffe woorden uitgesproken.

09.08 **Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Straffe woorden!

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

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

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

10.01 **Véronique Salvi** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, le 1^{er} juillet 2004, M. Rudy Demotte, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a signé une convention "Soins continus enfants, équipes d'infirmières de liaison" pour une période de deux ans avec les Cliniques universitaires Saint-Luc, le Centre hospitalier régional de la Citadelle et l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola à Bruxelles.

Cette convention organise le retour et le maintien à domicile de jeunes patients atteints de maladies à pronostic réservé et le plus souvent fatal, et ce avec des moyens extrêmement limités. Chaque centre compte entre 3 et 4 infirmières de liaison offrant service et disponibilité 24h/24 durant toute l'année. Donc 365 jours par an, 24h/24.

Il s'agit d'une mission tout à fait indispensable dans notre système de soins de santé car il encourage le retour à domicile des petits patients avec tous les avantages que l'on connaît sur le plan psychologique, médical et social, ainsi qu'en termes de coûts d'hospitalisation évités, tout en offrant l'encadrement professionnel indispensable à l'entourage du malade, mais aussi aux soignants de la première ligne qui sont souvent démunis face à ces accompagnements hors du commun.

Nous avons néanmoins appris que les services offerts dans le cadre de cette convention sont menacés à très court terme; en effet, la convention pour ces trois centres devait s'arrêter au 21 décembre 2007 et ne serait pas, selon nos informations, reconduite pour 2008.

Votre prédécesseur, M. Donfut, alors en affaires courantes, avait évoqué l'impossibilité de se prononcer.

Or cette activité reconnue par tous comme indispensable rend d'énormes services à plus de 130 enfants malades par an en Communauté française. Elle occupe donc une place absolument nécessaire dans l'offre de soins.

Par ailleurs, les moyens qu'implique la reconduction de la convention sont tout à fait limités puisque par centre universitaire, cela représente 63.000 euros, ce qui ne peut grever le budget de l'État d'une manière disproportionnée.

Madame la ministre, pourriez-vous dès lors m'informer des dispositions que vous comptez prendre dans ce dossier au regard de l'urgence et de la nécessité de reconduire cette convention à dater du 1^{er} janvier 2008?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, la convention "Soins continus enfants" qui lie le SPF Santé publique et les Cliniques universitaires Saint-Luc, le Centre hospitalier régional de la Citadelle et l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, avait été conclue pour une durée de 2 ans du 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2006 et avait été prolongée à titre exceptionnel jusqu'au 31 décembre 2007.

Un financement forfaitaire équivalent avait été accordé par mon prédécesseur à des initiatives similaires développées en Flandre par les centres de l'UZ Gent, l'AZ VUB, l'UZ Antwerpen et l'UZ Leuven. Les conventions avec les centres néerlandophones ayant été conclues avec une année de retard, elles se terminent le 31 décembre 2008.

Ces projets ont été financés via la sous-partie B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux dans le cadre des projets recherche et développement à titre transitoire. Un financement dans le cadre d'une convention INAMI est à l'étude mais n'a pas encore abouti.

J'ai demandé à mon équipe, qui a pu y parvenir, de dégager une solution permettant de prolonger toutes les conventions jusqu'au 31 décembre 2008.

J'analyse actuellement des pistes de pérennisation des projets au-delà de cette date. Je puis vous confirmer, puisque c'est l'essence de votre question, qu'il n'y aura pas de rupture ni dans l'activité ni dans le financement des équipes.

10.03 Véronique Salvi (cdH): Madame la ministre, je ne peux que me réjouir de cette disposition et du prolongement jusqu'en 2008. J'espère que les moyens nécessaires pourront être dégagés à ce moment-là car, sur le terrain, une telle convention est absolument indispensable. C'est un cri d'alarme qui a été lancé par le personnel hospitalier. Je me réjouis que vous ayez pu trouver une solution jusqu'à la fin de cette année.

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

*Voorzitter: Tinne Van der Straeten
Présidente: Tinne Van der Straeten*

11 Samengevoegde vragen van

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

- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters" (nr. 1324)

11 Questions jointes de

- **Mme Katia della Faille de Leverghem** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de pédopsychiatres" (n° 1190)

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

11.01 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is vandaag mijn laatste vraag. Ik zal niet elke week met drie vragen komen.

Mijn laatste vraag gaat over de jeugdpsychiaters. In de media lazen wij verontrustende berichten over de jeugdpsychiatrie. Vooral het bestaan van de wachtlijsten en het tekort aan opvang wordt hierin aangeklaagd. Dat is evenwel een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Ook het tekort aan jeugdpsychiaters wordt echter als een pijnpunt aangehaald.

Volgens bepaalde cijfers zou er in Vlaanderen een tekort zijn van maar liefst 260 jeugdpsychiaters. Daarenboven stellen wij vast dat er vandaag weinig jeugdpsychiaters in opleiding zijn, waardoor men kan vooropstellen dat het tekort nog zal blijven bestaan.

In het recent gesloten akkoord tussen de artsen en de ziekenfondsen is erin voorzien dat de psychiatrie in het algemeen meer middelen krijgt. De helft hiervan is bestemd voor de jeugdpsychiatrie. In datzelfde akkoord wordt tevens bepaald dat de nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zal onderzoeken of er ook voor psychiatrische patiënten zorgtrajecten ontwikkeld kunnen worden.

Mevrouw de minister, graag had ik van u een antwoord gekregen op volgende vragen.

Ten eerste, welke initiatieven zal u nemen, teneinde het schrijnende tekort aan jeugdpsychiaters bij te benen en aan te pakken?

Ten tweede, beschikt u over exacte cijfers over het tekort aan jeugdpsychiaters in ons land? Ik heb alleen maar cijfers voor Vlaanderen teruggevonden.

Ten derde, wordt met het tekort rekening gehouden bij het vaststellen van het aantal studenten geneeskunde dat de studie mag aanvatten?

Ten vierde, is er overleg met de Gemeenschappen over de opvang? Zo ja, wat is de stand van zaken?

Ten slotte, hoever staat het met het overleg met de sector inzake de ontwikkeling van de zorgtrajecten voor psychiatrische patiënten?

11.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, recentelijk stond het tekort aan jeugd- en kinderpsychiaters volop in de belangstelling. Wanneer wij zeer specifiek naar de kinderpsychiaters kijken, zien wij dat er op dit moment in Vlaanderen een 160-tal zijn, terwijl wij er eigenlijk in een normale situatie zeker 320 zouden moeten hebben, en ideaal zelfs 420.

Onze collega heeft terecht verwezen naar het nieuwe Medicomutakkoord, waarin in wat meer middelen voorzien is voor psychiatrie, ook specifiek voor kinderpsychiatrie.

Er is een bijkomend element dat ik in het dossier wil inbrengen, mevrouw de minister. U zult ongetwijfeld van uw collega Demotte weten dat een belangrijk dossier, dat vorige legislatuur niet afgewerkt kon worden om diverse redenen, daar onlosmakelijk mee verbonden is, te weten de erkenning van de gezondheidswerkers in de geestelijke gezondheidszorg. Ik noem een specifieke categorie: de klinisch psychologen.

Vandaar dat aan u een viertal concrete vragen wens te stellen.

Ten eerste, wat is uw beleidsvisie ter zake, mevrouw de minister? Daar er nog altijd geen beleidsbrieven zijn, moeten mondelinge vragen trachten wat duidelijkheid te geven op de visie van de minister.

Ten tweede, hoe denkt u het tekort aan jeugd- en kinderpsychiaters weg te werken?

Ten derde – dit is zeer uitdrukkelijk en belangrijk, want het is een gemengde bevoegdheid -, is er overleg met de Gemeenschappen?

Ten vierde, uiteraard, hoever staat het met de erkenning van de gezondheidswerkers in de geestelijke gezondheidszorg? Met andere woorden, binnen welke timing denkt u het dossier dat uw voorganger, minister Demotte, niet heeft kunnen afwerken, hier te kunnen afwerken?

11.03 Minister **Laurette Onkelinx**: De toekomstige arbeidsmarkt vertoont een krapte aan hoger opgeleiden, niet alleen in de gezondheidszorg, maar eveneens in de andere sectoren. Dat fenomeen staat bekend als de ontgroening.

Ook wanneer er proportioneel evenveel of zelfs meer jongeren dan vroeger kiezen voor het artseneroep, daalt het absolute aantal jongeren. Zaak is dus te waken over de efficiënte inzet van mensen en middelen, meer nog dan in het verleden.

In de gezondheidszorg zijn daarom verschillende instanties op zoek naar formules van substitutie van hoger gekwalificeerden door lager gekwalificeerden en naar formules van herdefinitie van het takenpakket, samen met de beroepen in de belendende percelen.

In de huisartsenpraktijk wordt dat onderzocht. In de wereld van de verpleegkunde is die beweging al in gang gezet.

De vraag die we ons samen met de betrokken beroepsgroep zouden moeten stellen, is of er in de geestelijke gezondheidszorg ook geen mogelijkheden zijn. In die zin kan het eveneens interessant zijn om de erkenning van andere beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg weer op de agenda te plaatsen.

Specifiek voor de kinder- en jeugdpsychiaters worden er in 2008 bijkomende middelen vrijgemaakt, zoals een herwaardering van het toezichthonorarium in K-diensten met 30%; een verhoging van het aantal toegestane evaluatievergaderingen van vijf tot zeven; een nieuwe prestatie, met name de financiering van een multidisciplinair overleg op de afdeling.

Op de tweede tot vijfde vraag kan ik het volgende antwoorden. Om over een tekort of een teveel te kunnen spreken, zijn er normwaarden nodig. Zoals u weet, is de geestelijke gezondheidszorg, waarbinnen jeugdpsychiaters actief zijn, niet alleen een federale bevoegdheid. De normwaarden kunnen worden gevonden in de ziekenhuisnormering, alsook binnen de planning van het medisch aanbod.

De planning van het medisch aanbod richt zich op de toegang tot het beroep in het algemeen en bij de artsen op de toegang tot de opleiding die leidt tot het verkrijgen van de beroepstitel of specialisatie in het bijzonder. Het koninklijk besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod bepaalt in artikel 3.4 dat 180 kandidaten die zich wensen te specialiseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie, waarvan 108 met een diploma van de Vlaamse Gemeenschap en 72 met een diploma van de Franse Gemeenschap, voor de periode van 2004 tot 2012 vrijgesteld zijn van de contingentering. Voor de Vlaamse Gemeenschap vallen er dus jaarlijks 12 en voor de Franse Gemeenschap 8 buiten de contingentering. Die aantallen komen nog boven op degenen die zich kunnen specialiseren binnen de contingentering. In de periode 2004-2006 zijn aan Vlaamse zijde 34 van de 36 die voor die periode zijn vrijgesteld, kandidaten gestart met hun opleiding.

Voor de Franstalige Gemeenschap is het cijfer onbekend, omdat het cijfer mee is opgenomen in het cijfer van alle psychiaters. Net omdat de keuze van studenten in de richting van kinderpsychiatrie zo belangrijk is, werd er destijds, in het kader van de planning van het medisch aanbod, voor gekozen om de kinderpsychiaters uit de contingentering te houden. Er zijn geen aanwijzingen dat er van dit beleid moet worden afgestapt. Integendeel, zelfs de kinder- en jeugdpsychiaters blijven in de planning van het medisch aanbod een beschermd beroep.

Wat de derde vraag betreft, de Gemeenschappen en de universiteiten kunnen inderdaad rekening houden met die systemen van immunisatie van kinder- en jeugdpsychiaters, bij het bepalen van het aantal studenten geneeskunde dat de studie mag aanvatten. Dat doen zij dan ook. Het probleem doet zich veeleer voor na de basisopleiding, zodra de keuze van de specialisatie moet gebeuren. Op dat ogenblik wordt de aantrekkelijkheid van de stage en het latere beroep belangrijk.

Zoals u weet, zijn bij het RIZIV een aantal honoraria – die van de intellectuele prestaties en die van de wachten – gerevaloriseerd, precies om specialisaties als de psychiatrie aantrekkelijker te maken.

Wat het overleg met de sector inzake het ontwikkelen van zorgtrajecten voor psychiatrische patiënten betreft, heeft mijn voorganger in zijn beleid het accent gelegd op de uitbouw van zorgcircuits en netwerken. In de interministeriële conferentie Volksgezondheid werd op 24 mei en 6 december 2004 beslist om projecten op te starten die op termijn moeten leiden tot een uitbreiding en een betere organisatie van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg.

Om het akkoord uit te voeren, werd op het niveau van het RIZIV en Volksgezondheid 15 miljoen euro uitgetrokken voor een periode van drie jaar. Sinds 1 april 2007 lopen de therapeutische projecten op het niveau van het RIZIV. Het opzet, de selectie, en de verdere opvolging van deze projecten wordt uitvoerig besproken met de sector.

Vanuit de FOD Volksgezondheid zijn er verschillende overeenkomsten opgemaakt. Het federaal kenniscentrum zal instaan voor de gevraagde methodologie-ontwikkeling, de procesevaluatie en het schrijven van beleidsrelevante conclusies.

Er werd voor de zorgverleners van de therapeutische projecten een registratiemodule gerealiseerd. Er werden ook contracten gesloten met de overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg en met de patiënten- en familieorganisaties.

Al de verschillende opdrachten zijn in de loop van vorig jaar opgestart en lopen voor een periode van drie jaar tot eind maart 2010.

De werkzaamheden worden van nabij en op regelmatige basis gevolgd door de gemengde werkgroep FOD, waardoor de sector op de hoogte blijft van de ontwikkelingen en tevens adviezen formuleert tot bijsturing van het groot project.

11.04 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord op al mijn vragen.

Ik hoop dat er nog wat meer incentives zullen komen, opdat de jongeren die de studies aanvatten, voor die specialisatie zouden kiezen. Ik zie dat u daarmee bezig bent.

11.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik pik nog even in op uw antwoord op mijn vierde vraag. U zegt terecht dat wij het dossier opnieuw op de politieke agenda moeten plaatsen wat betreft de erkenning van de gezondheidswerkers in de geestelijke gezondheidszorg. Het enige wat ik graag van u verneem, is de timing die u vooropstelt?

11.06 Minister Laurette Onkelinx: Ik zal naar de commissie terugkomen voor deze vraag.

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

*Présidente: Muriel Gerkens.
Voorzitter: Muriel Gerkens.*

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

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

12.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, un constat plutôt angoissant a été signalé, à plusieurs reprises, par le Centre belge de pharmacovigilance concernant la prématurité des autorisations de mise sur le marché des nouveaux médicaments. Le Centre affirme qu'au moment où un nouveau médicament est enregistré, la connaissance de ses effets indésirables est souvent relativement limitée, l'accent étant davantage mis sur l'efficacité du nouveau médicament plutôt que sur les effets secondaires. Il apparaît également que le nombre de patients testés est souvent un peu faible et que la durée des études est trop courte pour détecter des effets indésirables plus tardifs. Il met également en avant que les personnes davantage à risque, telles que les personnes âgées, ne font pas partie des personnes-test.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, madame la ministre, 73 médicaments sont d'ailleurs tenus à l'œil, procédure mise en œuvre par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Parallèlement, dans son numéro de décembre 2007, la revue française "Prescrire" – pour ne pas la citer – estime que les firmes pharmaceutiques et les autorités sanitaires auraient tendance à s'accorder afin de pouvoir effectuer des études après la mise sur le marché et, de surcroît, dénonce le manque de transparence quant au suivi des médicaments après leur commercialisation.

Madame la ministre, j'en viens à mes questions. Même si le Centre belge de pharmacovigilance tend à renforcer la procédure de contrôle, j'aurais souhaité connaître votre réaction à la suite de ces constatations. Comment remédier à ce type de situation? Qu'en est-il du suivi des signalements des effets secondaires? Avec quelle rapidité des suites sont-elles données?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, il est exact que les nouveaux médicaments sont enregistrés sur la base d'études cliniques portant sur un nombre restreint de patients. Il est aussi exact que ces patients volontaires pour participer à des études cliniques sont soigneusement sélectionnés pour rendre les résultats des études les plus homogènes possibles et permettre ainsi l'interprétation des résultats.

Ces études cliniques et les conclusions qui sont tirées sont soigneusement analysées par la commission d'enregistrement des médicaments à usage humain et/ou au niveau de l'Europe, par le Comité des médicaments à usage humain. Les mises en garde nécessaires sont incluses dans le résumé des caractéristiques du produit, à savoir la notice scientifique, et dans la notice pour le patient qui sont finalement approuvés.

Dès qu'un médicament est effectivement mis sur le marché à la disposition des patients, le nombre de patients soumis aux effets de ces spécialités est fortement plus élevé. Les grandes bases cliniques pour l'analyse de nouveaux médicaments portent rarement sur plus de 10.000 cas et il faut souvent plusieurs années de recherche clinique pour y arriver, alors que les patients traités se chiffrent par millions.

Il est particulièrement important de suivre de près ce qui se passe "dans la vie réelle" du médicament, son utilisation ne correspondant pas toujours, c'est inévitable, aux critères stricts qui ont prévalu lors des études cliniques.

Les différents États membres de l'Union européenne ont tous mis en place des systèmes de pharmacovigilance. Les données récoltées sont centralisées dans une banque de données européenne, l'EudraVigilance, accessible à tous les États membres.

Un système d'échange d'informations urgentes et non urgentes fonctionne également au niveau européen. Des évaluations régulières du rapport bénéfice/risque de chaque médicament, en ce compris les médicaments plus anciens, sont faites. En cas de rapport défavorable, des mesures sont prises. Elles peuvent aller de mises en garde adressées aux prescripteurs au retrait pur et simple du médicament. Ainsi, le Lumiracoxib, un anti-inflammatoire non stéroïdien, non corticoïde, a été retiré du marché en Europe quelques mois seulement après sa mise sur le marché en Belgique, en raison de l'observation de cas préoccupants d'atteinte hépatique.

Agir autrement en attendant que des millions de patients soient inclus dans des études cliniques couvrant tous les cas de figure cliniques possibles causerait un retard énorme à l'accès à l'innovation et serait en fin de compte préjudiciable aux patients eux-mêmes.

Comme vous le signalez, nous avons fortement renforcé nos procédures de suivi. Ainsi, l'Agence fédérale

des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a décidé, à partir de janvier de cette année, de demander aux professionnels de la santé d'assurer un suivi particulier des médicaments commercialisés récemment et contenant un nouveau principe actif. Des initiatives comparables ont aussi été prises dans d'autres pays (Royaume-Uni, Nouvelle Zélande).

Une liste de ces médicaments figure sur le site de l'agence. De plus, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique, dans la prochaine mise à jour électronique de son "Répertoire commenté des médicaments", va systématiquement attirer l'attention des prescripteurs sur le fait qu'il s'agit d'un nouveau médicament via un sigle spécial. Cette mise à jour est prévue pour la fin de ce mois. La prochaine version papier, le fameux petit livre vert, prévue pour avril de cette année, intégrera bien entendu ce signe spécial pour les nouveaux médicaments.

Dans les "Folia Pharmacotherapeutica", envoyées chaque mois à tous les médecins, sont incluses des fiches spéciales pour le signalement d'effets indésirables que ces prescripteurs auraient rencontrés.

Le suivi de ces effets indésirables se fait donc non seulement via les médecins prescripteurs de notre pays, mais aussi via les données collectées dans les autres pays de l'Union européenne, ainsi que par la communication obligatoire par les firmes pharmaceutiques elles-mêmes de tout effet indésirable qui, soit serait apparu dans de nouvelles études cliniques, soit qui leur auraient été communiqué directement par un prescripteur.

Le centre belge de pharmacovigilance est très attentif à cet aspect des choses et suit de près tout effet indésirable qui lui est communiqué dans les plus brefs délais.

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

12.03 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, je voudrais tout d'abord remercier la ministre pour sa réponse.

Personnellement, je pense qu'il est important de pouvoir accéder rapidement aux nouveaux médicaments. Il n'y a pas de divergence à ce sujet.

Toutefois, il ne faudrait pas négliger les garanties de sécurité pour les patients. Comme vous l'avez rappelé, je crois que toutes les mesures sont prises en Belgique mais il faut rester vigilant.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

13.01 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, verschillende ziekenhuizen over het hele land trokken begin januari aan de alarmbel wegens een tekort aan ziekenhuisbedden. Geplande ingrepen moesten worden uitgesteld, herstellende patiënten werd gevraagd even naar huis te vertrekken en vergaderzalen werden omgetoverd tot noodkamers. De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid verklaarde reeds dat het opvangtekort geen structureel probleem is, maar het gevolg van de traditionele drukte aan het einde van het jaar, gecombineerd met een epidemie van infecties aan de luchtwegen.

Ik volg de overheidsdienst in zijn conclusies dat het tekort niet structureel is en dat er in normale omstandigheden meer dan voldoende capaciteit aanwezig is in de Belgische ziekenhuizen. Toch maak ik mij ernstig zorgen over de situatie in de ziekenhuizen bij het uitbreken van een pandemie.

Als een kleine opstoot van infecties van de luchtwegen al kan zorgen voor een tekort aan bedden, dan vrees ik een ernstig probleem bij het uitbreken van een pandemie. De kans op een dergelijke pandemie is nochtans reëel.

Zo waarschuwde de Wereldgezondheidsorganisatie nog maar enkele dagen geleden voor een mogelijke

wereldwijde uitbraak van het vogelgriepvirus na alweer enkele nieuwe gevallen in Egypte en Israël. Vandaag nog berichtten verschillende media over de nieuwe uitbraak in Oost-Indië. Wanneer het virus overdraagbaar wordt van mens op mens, zou het op korte tijd wereldwijd tienduizenden slachtoffers kunnen maken. Enkele jaren geleden waarschuwde de Wereldgezondheidsorganisatie ook al dat de longaandoening SARS weleens de vorm van een pandemie zou kunnen aannemen.

Mevrouw de minister, over hoeveel bedden beschikken onze Belgische ziekenhuizen samen? Wat is in normale omstandigheden de gemiddelde bezettingsgraad van die bedden? In welke mate volstaat het huidig structureel overschot aan bedden in het geval van het uitbreken van een pandemie met duizenden zieken op hetzelfde moment? Welke noodplannen hebt u klaarliggen voor het uitbreiden van de capaciteit van onze ziekenhuizen in geval van een pandemie?

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

Er moet in de eerste plaats een onderscheid tussen twee hypothesen worden gemaakt: ten eerste, een onverwachte toename van het aantal hospitalisaties wegens acute problemen, zoals vorige week. De toestand was op vrijdag 11 januari echter al genormaliseerd.

De tweede hypothese bestaat uit een enorme toename van hospitalisaties ten gevolge van een pandemie met duizenden zieken.

Wat de onverwachte toename betreft, moet elk ziekenhuis een noodplan hebben waarin onder meer de procedures moeten worden opgenomen om het aantal bedden te verhogen of te verplaatsen ten gevolge van een intern probleem, zoals een brand, of ingevolge een extern probleem met een belangrijke toevloed van zieken. Die verplichting is gepreciseerd in het kader van de erkenningsnormen van de ziekenhuizen met uitvoering van de ziekenhuiswet. De provinciegouverneur moet die plannen goedkeuren. Het is bovendien de inspectie van de Gewesten die waakt over de naleving van de erkenningsnormen.

Conform de internationale aanbevelingen beschikt België over een plan van influenzapandemie, dat zich zowel richt op de ambulante medische praktijk als op de ziekenhuizen. In een eerste fase richt het plan zich vooral op alle mogelijke inspanningen om de gevolgen van een dergelijke uitbraak zoveel mogelijk te minimaliseren door middel van een snelle opsporing van de eerste ziektegevallen en hun contacten om verdere verspreiding bij de bevolking in te dijken.

In het geval van een wereldwijde pandemie is het helaas onvermijdelijk dat ook België zwaar zal worden getroffen. Geen enkel land, ook België niet, beschikt over een dusdanige overcapaciteit in de ziekenhuizen om de toestroom van patiënten naar de ziekenhuizen te kunnen opvangen. In die context zal men de patiënten moeten opsplitsen. Alleen de zwaar zieke patiënten, bijvoorbeeld degenen die kunstmatige ademhaling behoeven, zullen worden opgenomen, terwijl de andere patiënten zoveel mogelijk thuis moeten worden behandeld.

Dan nog kan de normale werking van de ziekenhuizen in het gedrang komen. Ook de zorgverleners zelf kunnen immers ziek worden. Om hieraan zoveel mogelijk tegemoet te komen zullen de ziekenhuizen door de overheid gestimuleerd worden om een business continuity plan op te stellen om met een minimum aan mogelijkheden toch een maximum aan zorgverlening te kunnen realiseren.

Ik kom thans tot de reden van de toename van het aantal hospitalisaties. De gezondheidsinspecteurs van de FOD Volksgezondheid stelden een te grote bezettingsgraad van de hospitaalbedden vast. Dit was zo voor het hele land, maar de toename was vooral merkbaar in bepaalde provincies, waaronder Antwerpen. Er zijn twee verklaringen voor het fenomeen. Ten eerste, was er een toename van de ziekenhuisopnames wegens infecties van de luchtwegen. De cijfers van het Instituut voor de Volksgezondheid bewijzen dat een op vijf raadplegingen betrekking heeft op een acute infectie van de luchtwegen, waardoor het aantal hospitalisaties onvermijdelijk stijgt. Dat fenomeen is normaal deze tijd van het jaar, ook al is het nu meer uitgesproken dan vorig jaar. De statistieken van de voorgaande jaren tonen echter aan dat het om een tijdelijk fenomeen gaat. Ten tweede, zijn er de hospitalisaties die werden uitgesteld door de feestdagen. Een aantal geprogrammeerde hospitalisaties werd uitgesteld tot het begin van de laatste twee weken. Dit is een tijdelijk fenomeen dat normaal tegen het einde van de week zal verdwenen zijn.

Zijn er te weinig hospitaalbedden? Er is zeker geen structureel deficit inzake het aantal bedden. Het tekort

had alleen te maken met een grote toeloop, te wijten aan de twee reeds vermelde factoren. De voorbije jaren was er slechts een zeer kleine vermindering van het aantal bedden in de algemene hospitalen. Ons land beschikt thans in de algemene hospitalen over ongeveer 55.000 bedden. Ter vergelijking: begin 2000 waren er 56.500 bedden.

Bovendien vermindert de duur van de hospitalisatie constant. De gemiddelde verblijfsduur ging van circa 14 dagen in 1986 naar 8,5 dagen nu. Die evolutie is te danken aan nieuwe zorgtechnieken. Daaruit volgt een structurele vermindering van de bezettingsgraad. Wij zijn thans aan een bezettingsgraad van 80%, tegenover 85% enkele jaren geleden.

De situatie is dezelfde in de verschillende provincies, maar de bezettingsgraad verschilt van dienst tot dienst. In de chirurgie bedraagt die nog ongeveer 68% maar in de interne geneeskunde is dat 80%.

Voor de doorlopende opvolging zorgen de provinciale inspecteurs. Zij volgen de situatie in de hospitalen nu op de voet. In elke provincie formuleren zij, naargelang de situatie, aanbevelingen om voorrang te geven aan de dringende opnamen en om de minder dringende uit te stellen.

Er werd hun bovendien gevraagd een inventaris op te maken van de dringende gevallen waarmee men geen rekening kan houden, teneinde de oorzaken te kunnen analyseren. Op 10 januari was de situatie reeds verbeterd.

In de toekomst zal de registratie in de hospitalen en in het bijzonder de hervorming van de registratie van de dringende gevallen, toelaten sneller te reageren wat de bezettingsgraad betreft. De analyse van deze gegevens zal het mogelijk maken van dag tot dag een zicht te hebben op de evolutie van de hospitalisaties.

Ik kom tot slot tot het onthaal bij grote toeloop. Bij overbezetting van de bedden worden de geprogrammeerde hospitalisaties, die ongeveer 55% tot 60% van de opnames vertegenwoordigen, naar later verschoven, waardoor de opnamecapaciteit snel toeneemt. Het proefproject Mobil Team, dat mijn voorganger heeft opgestart, zal het mogelijk maken op gerichte manier het aantal personeelsleden te verhogen in de diensten waar men tijdelijk met een grotere activiteit wordt geconfronteerd.

13.03 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord. Ik hoop uit de grond van mijn hart dat er nooit een pandemie zal uitbreken.

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

14 Questions jointes de

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

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

14 Samengevoegde vragen van

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

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

14.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, tout récemment, l'Ordre des médecins vous a adressé, ainsi qu'à votre collègue de la Défense Pieter De Crem, un courrier concernant l'avis de l'Ordre sur l'exercice de la médecine dans le cadre d'un emploi militaire.

De ce courrier, il ressort les éléments suivants. Ainsi, l'exercice de la médecine dans le cadre d'un emploi militaire se distingue à tout le moins sur deux points de la médecine civile.

En premier lieu, les hôpitaux gérés par le ministère de la Défense ne tombent pas dans le champ d'application de la loi coordonnée sur les hôpitaux de 1987. Dans l'état actuel, le seul hôpital géré par le

SPF Défense est l'hôpital militaire Reine Astrid. En second lieu, seul le médecin militaire, au contraire des médecins non militaires en activité, n'est pas légalement tenu de s'inscrire à l'Ordre des médecins, sauf s'il pratique l'art médical en dehors de son emploi militaire (article 2 de l'arrêté royal 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins).

Le Conseil national est d'avis que cette distinction n'est plus justifiée et peut nuire à l'intérêt des patients. En effet, selon l'Ordre, l'élargissement du champ d'application de la loi sur les hôpitaux à l'hôpital Reine Astrid servirait les intérêts des patients tant civils que militaires.

La loi coordonnée de 1987 sur les hôpitaux, ainsi que ses nombreux arrêtés d'exécution, mettent en place différentes structures ou procédures, avec l'intérêt des patients pour finalité. La mise en place d'un comité d'éthique, d'un conseil médical, de services compétents en matière d'hygiène hospitalière ou encore l'organisation d'un audit médical sont autant de facteurs de qualité exigés par la loi du 7 août 1987 et ses arrêtés d'exécution.

S'abstenir de la mise en place de ces structures et procédures au sein de l'hôpital militaire Reine Astrid n'est plus justifiable, estime l'Ordre. Les patients ont droit aux mêmes standards de qualité que ce soit dans un hôpital civil ou militaire.

Enfin, l'Ordre insiste sur le fait qu'il n'a autorité et juridiction à l'égard des médecins militaires que s'ils pratiquent l'art médical en dehors de l'exercice de leur emploi militaire. Le Conseil national est d'avis que ce régime dérogatoire – pour l'instant – va à l'encontre des intérêts des patients et est difficilement compatible avec les réalités du terrain. Il fait observer que la notion "d'emploi militaire" prête notamment à confusion.

Lorsque les médecins militaires ne soignent presque exclusivement que des civils dans certains services des hôpitaux militaires, on peut s'interroger s'ils agissent toujours bien dans le cadre de leurs activités militaires.

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

Madame la ministre, pouvez-vous nous faire savoir la suite réservée à cette affaire? Quelle est votre position en la matière? Ne trouvez-vous pas les remarques de l'Ordre des médecins justifiées? Des modifications sont-elles envisagées?

14.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, la même information a attiré mon attention et je ne répéterai pas les développements de ma collègue.

Néanmoins, l'élargissement du domaine d'application de la loi sur les hôpitaux à l'hôpital militaire de Nederover-Heembeek serait, à mes yeux, positif pour les patients, d'autant plus que l'on sait que d'importantes questions se sont posées sous la législature précédente sur la qualité des soins et la gestion de l'hôpital. On sait également que sa spécialisation en matière de traitement des grands brûlés lui confère une sorte de monopole pour les patients malheureusement concernés.

Je n'ignore pas qu'une convention a été conclue entre l'hôpital militaire et l'hôpital Brugmann concernant leur collaboration; elle pourrait peut-être répondre partiellement aux questions que pose le Conseil de l'Ordre sur les obligations déontologiques des médecins et le respect par l'hôpital militaire de la loi sur les hôpitaux.

Ma question diffère de celle de ma collègue en ce sens qu'elle m'a fait penser à une situation que vous devez connaître en tant qu'ancienne ministre de la Justice. Les soins administrés aux détenus relèvent plutôt du SPF Justice que de celui de la Santé publique, ce qui soulève des interrogations éthiques et de santé publique. En effet, les détenus perdent leurs droits en matière de sécurité sociale et de soins de santé; de plus, ils ne peuvent bénéficier du recours à leur médecin habituel ou au suivi de leur dossier médical individuel. Cela entraîne une rupture dans la continuité des soins ainsi que des difficultés dans le cadre des réinsertions. Vous connaissez ces questions et je ne manquerai pas de vous interroger à ce sujet plus tard. Toutefois, je pense que l'on pourrait dès à présent réfléchir au fait de savoir qui est compétent pour l'hôpital militaire – le SPF Défense ou le SPF Santé publique – et pour les prisons – le SPF Justice ou le SPF Santé publique.

Madame la ministre, pouvez-vous me donner quelques explications sur la convention entre l'hôpital militaire et l'hôpital Brugmann? Estimez-vous qu'elle soit de nature à garantir la qualité des soins, malgré la non-obligation des médecins de s'inscrire à l'Ordre des médecins et le non-assujettissement de l'hôpital militaire à la loi sur les hôpitaux?

Ne faudrait-il pas sortir à tout le moins le service des grands brûlés de la structure de l'hôpital militaire pour le rattacher à Brugmann et faire en sorte que ce service soit un service qui réponde aux normes de santé publique? Des concertations ont-elles eu lieu ou sont-elles programmées à ce sujet avec votre collègue, le ministre de la Défense?

Ne pourrait-on pas modifier la loi sur l'Ordre des médecins pour faire en sorte que les médecins militaires soient tenus aux mêmes règles de déontologie que leurs collègues civils?

De même ne serait-il pas utile et positif de transférer la gestion des soins dans le cadre des institutions de justice vers la Santé publique comme on l'a fait précédemment pour les institutions de défense sociale? Une telle initiative est-elle programmée à court ou moyen terme?

14.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, vous savez que je n'ai pas pour habitude d'éluider les questions qui me sont posées, même si ces questions relèvent aussi des compétences du ministre de la Défense nationale.

En ce qui me concerne, je n'ai pas de tabou sur la problématique que vous évoquez, mais il faudrait démontrer qu'un changement, alors qu'il vient de s'en opérer un, s'avère nécessaire pour des raisons de santé publique. Ce sera mon fil conducteur lorsque nous aurons, très certainement en concertation avec le ministre de la Défense nationale, à examiner ce dossier.

En ce qui concerne notamment les intérêts du patient, tous les praticiens relevant de l'arrêté royal 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, qu'ils soient militaires ou non, sont tenus de respecter la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients.

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

À ce jour, on n'enregistre pas de difficultés. Toutefois, un avis récent du conseil national de l'Ordre des médecins se penche sur la question et met en cause la distinction entre médecins militaires et non militaires. On peut envisager de mettre fin à cette exception pour veiller à un principe d'égalité, mais cela demande une réflexion avancée avec mon collègue, M. De Crem, pour évaluer si les spécificités des forces armées sont toujours rencontrées au cas où une telle modification serait réalisée.

Une convention a été établie entre l'hôpital militaire et l'hôpital Brugmann qui a pour but d'organiser une collaboration entre l'hôpital militaire pour son centre des grands brûlés avec l'hôpital Brugmann. Cette collaboration envisage un appui général pour soutenir le centre des grands brûlés. Elle ne lie toutefois pas la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. La collaboration lie seulement l'hôpital avec les autorités militaires.

Par ailleurs, le financement des centres des grands brûlés est réglé par un arrêté royal pris dans le cadre de la loi sur l'assurance maladie-invalidité.

Par arrêté ministériel du 12 juillet 2007, le financement du centre des grands brûlés est subordonné au respect des normes des centres des grands brûlés (arrêté royal de mars 2007) qui sont d'application pour les hôpitaux qui relèvent de la loi sur les hôpitaux. Ces normes garantissent en tout cas la qualité des soins requis.

L'arrêté ministériel que je viens de citer permet également la possibilité de conclure une collaboration entre l'hôpital militaire et l'hôpital civil.

L'accord dont je viens de parler contient des annexes qui règlent trois aspects

1. Le ministre de la Défense loue des surfaces de l'hôpital militaire à l'hôpital Brugmann. Ces surfaces permettent à cet hôpital d'exploiter 96 lits qui proviennent du site de Laeken. Ces lits ressortissent à la loi sur les hôpitaux. Cela signifie qu'il y a un financement du SPF Santé publique et une inspection des autorités de Bruxelles.

2. L'hôpital Brugmann donne un appui au personnel de l'armée pour la formation et le recyclage du personnel infirmier en mission à l'étranger.

3. L'armée met à la disposition des hôpitaux civils, notamment l'hôpital Brugmann, du transport médicalisé pour les trajets entre les sites des hôpitaux et grâce à un paiement correct pour les prestations fournies.

En la matière, il serait donc intéressant de voir quelles sont les plus-values qui ont été enregistrées suite aux accords passés ces dernières années. Cela dit, je tiens à ce que vous sachiez que je suis toujours ouverte au dialogue.

En ce qui concerne les détenus, en tant que ministre de la Justice, sous l'ancienne législature, j'avais eu à cœur de m'occuper de la problématique des internés. Toutefois, il n'appartient pas au département de la Justice de la traiter. Cette matière relève de la compétence des Communautés ou du département de la Santé publique pour ce qui concerne le coût en termes de santé publique.

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

14.04 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse.

Madame la ministre, si je comprends bien, nous nous trouvons dans un régime dérogatoire à la loi de 1987 sur les hôpitaux?

14.05 Laurette Onkelinx, ministre: Si vous voulez.

14.06 Josée Lejeune (MR): En effet, l'hôpital militaire n'est pas obligé de respecter cette loi coordonnée sur les hôpitaux.

Sur quelle base l'hôpital militaire a-t-il été retiré de la liste pour ne pas devoir respecter cette loi coordonnée? Je suppose que la loi a été votée en y insérant une dérogation pour un tel hôpital.

14.07 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne dispose pas du texte de loi ici, mais l'exception doit certainement y être prévue. Il doit y être inscrit: "Exception faite de l'hôpital qui dépend du ministère de la Défense". Il suffit de vérifier dans la loi de 1987.

14.08 Josée Lejeune (MR): En ce qui concerne l'hôpital militaire Reine Astrid, je pense qu'il serait opportun d'obtenir l'avis de votre collègue, M. De Crem, puisqu'il s'agit d'une problématique qui touche deux départements, celui du ministre de la Santé publique et celui du ministre de la Défense, ce qui n'est pas évident.

14.09 Laurette Onkelinx, ministre: Si vous me proposez de prendre les deux compétences pour que ce soit plus cohérent, je peux essayer.

14.10 Josée Lejeune (MR): J'interrogerai donc M. De Crem pour connaître son avis et lui soumettrai votre proposition.

14.11 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Je vous donnerai la réponse de M. De Crem car je l'ai interrogé en commission de la Défense entre mes deux questions inscrites ici, en commission de la Santé.

Madame la ministre, j'entends que vous n'avez pas de tabous. M. De Crem dit à peu près la même chose mais il demande un peu de temps pour pouvoir analyser sérieusement la question.

Je sais que vous êtes attachée à ce qui a été mis en place sous la précédente législature par votre collègue de parti qui était ministre de la Défense. C'est respectable. Mais il me semble qu'un problème se pose notamment en termes de déontologie.

Applique-t-on à la Santé publique des logiques propres à la Défense ou suit-on des logiques propres à la Santé publique au département de la Défense? Il est certes utile d'avoir une médecine militaire, un centre des grands brûlés, ainsi qu'une collaboration entre cet hôpital et un hôpital civil mais j'estime qu'on ne peut pas accepter l'idée de dérogations en matière de déontologie. Je vous invite à y être attentive et à faire en sorte que les principes éthiques et déontologiques généraux, déterminés par les différentes lois sur les hôpitaux, soient appliqués dans cet hôpital.

En ce qui concerne la justice, j'y reviendrai dans un cadre plus propice.

J'entends que des efforts ont été consentis au niveau de la santé des détenus. Il faut en consentir davantage pour leur permettre de continuer à bénéficier, le cas échéant, des services de leur médecin habituel et ce, dans une logique de réinsertion et de bien-être. Cela pourrait être positif.

Connaissant pour le passé la logique de la Justice et, pour le futur, la logique du département de la Santé, vous êtes peut-être, madame la ministre, à la bonne place pour faire évoluer les choses en la matière. Je vous interrogerai à nouveau à ce propos.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

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

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

15.01 **Carine Lecomte** (MR): Madame la ministre, selon le constat forgé par le SPF Santé publique après qu'il eut mené 17 contrôles en 2007, tous les parcs zoologiques belges ne sont pas en ordre sur le plan des prescriptions en matière de bien-être animal. La loi du 14 août 1986 relative à la protection et au bien-être des animaux est pourtant très stricte en ce qui concerne les animaux détenus dans des parcs zoologiques.

Madame la ministre, pourriez-vous me dire quel était le degré de gravité des infractions constatées? Celles-ci étaient-elles délibérées ou dues à une méconnaissance de la loi? Dans ce dernier cas, ne pensez-vous pas qu'une campagne d'information destinée aux exploitants de parcs zoologiques serait nécessaire?

De combien de temps disposent les exploitants pour se mettre en conformité avec la loi?

Enfin, quelles seront les sanctions prises contre les parcs en question?

15.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chère collègue, le service Bien-être animal suit de très près la situation dans les parcs zoologiques afin d'assurer le respect de la législation. En 2007, huit avertissements et un procès-verbal ont été dressés. Il s'agissait essentiellement d'un non-respect des normes de détention des animaux ou de procédures non suivies conformément à la législation. Je pense, par exemple, à la soumission à la commission des parcs zoologiques d'un dossier pour les espèces pour lesquelles les normes de détention n'ont pas encore été fixées.

Les responsables des parcs zoologiques sont bien au courant de la législation. En 2005, ils ont tous reçu – ainsi que les vétérinaires contractuels de ces établissements – un compendium de la législation en vigueur.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, le service a conclu des accords précis et a défini des plannings d'aménagement avec les responsables des parcs, en concertation avec cette fameuse commission des parcs zoologiques. Depuis lors, le service veille au respect de ces accords pour s'assurer de l'adaptation des parcs zoologiques aux normes légales, et ce dans les délais convenus.

Deux collaborateurs – un néerlandophone et un francophone – sont affectés à la gestion des dossiers d'agrément. Des visites de contrôle sont organisées pour constater l'état d'avancement des plannings

convenus. De plus, des contacts réguliers sont entretenus avec les responsables. En outre, les dossiers sont présentés régulièrement à la commission des parcs zoologiques. Des contrôles sont également réalisés en cas de plainte.

Quant aux mesures à prendre et aux délais, ils sont imposés au cas par cas, selon la signature. Lorsque les obligations ne sont pas respectées, un procès-verbal est dressé avec pour conséquence l'imposition d'amendes administratives ou la poursuite de la procédure pénale par le parquet.

En outre, d'autres mesures peuvent être prises telles que la fermeture totale ou partielle du parc au public. Enfin, si d'une quelconque manière le bien-être animal est en danger, des mesures immédiates peuvent être imposées pour remédier à la situation.

15.03 Carine Lecomte (MR): Je vous remercie, madame la ministre. Je suis rassurée d'apprendre que les infractions constatées n'étaient pas de nature à mettre en péril les animaux. J'estime que les contrôles doivent être répétés et renforcés car ils constituent une garantie réelle pour les animaux de vivre dans un milieu approprié.

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

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

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

16.01 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, in de eerste plaats mijn felicitaties met uw ambt in de nieuwe regering. Ik wil u ook veel succes toewensen bij het verdedigen van sociale beleidspunten in de nieuwe regering. Ik denk dat u dat zeer goed zult kunnen gebruiken.

Ik kom tot mijn vraag. Op donderdag 3 januari is er een voor de mens gevaarlijke variant van het vogelgriepvirus in Israël opgedoken, vlakbij een kleuterschool en dichtbij de grens met Libanon en de Palestijnse gebieden. Daarop werd een schutkring van slechts 3.000 meter ingesteld. Gezien het feit dat Israël een bevoorrechte handelspartner is van de EU, is er toch wel enige toelichting vereist, vandaar een tweetal vragen.

Kunt u de berichten bevestigen? Is er contact geweest tussen de Israëlische autoriteiten en de officiële instanties op Belgisch of Europees niveau? Kunt u hierover enige toelichting verschaffen?

Welke maatregelen in België en/of Europa werden genomen tegen de uitbraak van het virus?

16.02 Minister Laurette Onkelinx: Excuseer, ik zal in het Frans antwoorden.

Je peux vous confirmer que des cas de grippe aviaire ont bien été signalés chez des animaux de compagnie dans un jardin d'enfants de Binyamina-Giv'at Ada dans la région d'Haïfa. Ce cas a été rapporté sur le site de l'OIE le 3 janvier 2008, l'événement ayant été détecté le 27 décembre 2007. Il s'agissait en fait d'une cage de 12 poulets, 8 canards et 6 pigeons. Je vous confirme qu'Israël a pris des mesures pour créer une zone de protection de 3 kilomètres et une zone de surveillance de 10 kilomètres.

Il n'y a pas lieu de prendre contact directement avec les autorités israéliennes, comme me le dit mon administration. Outre le fait que ce ne soit pas le premier cas dans cette région, ce sont les organisations internationales, tant l'OIE que l'OMS, qui sont en charge de ces contacts et de la transmission des informations. Chaque veille sanitaire des autres pays suit l'actualité sanitaire au travers des outils de communication ad hoc: il y a donc une centralisation des informations, ce qui n'est pas plus mal, à mon avis.

La Belgique n'a pris aucune mesure spécifique puisqu'il n'existe pas d'importation de volaille vivante en Belgique à partir de cette région. Je vous rappelle en outre que les mesures belges sont activées en permanence. Notre pays dispose d'un plan d'urgence pour la lutte contre la grippe aviaire et d'un plan d'urgence pour la lutte contre les pandémies grippales humaines, ces deux plans faisant l'objet d'une structure de coordination interministérielle.

16.03 Wouter De Vriendt (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, ik wil u danken voor uw antwoord.

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

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

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

17.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, l'Agence européenne du médicament a donné l'alerte à la mi-décembre concernant un médicament des laboratoires Pfizer destiné à arrêter de fumer et mis sur marché en décembre 2006: le Champix, une de ces spécialités épinglées tout à l'heure. Il semblerait – selon des témoignages que l'on m'a adressés personnellement – que l'usage de ce médicament augmente les risques d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide. Voilà qui ne reste pas sans impact sur la Santé publique et le budget; il en a été question hier à propos de l'augmentation du coût des antidépresseurs et de leur charge sur le budget général.

L'Agence européenne du médicament a donc demandé aux laboratoires Pfizer d'adapter les informations qu'il met à disposition des patients et du corps médical dans le sens d'une meilleure mise en garde quant aux effets négatifs. Ces modifications devaient être introduites pour le 19 décembre. La Belgique doit également veiller à une bonne information des patients concernés et prendre, le cas échéant, les mesures d'information et de précautions utiles afin de préserver la santé et la sécurité de nos concitoyens. De même, il est important d'évaluer les nouvelles spécialités mises sur le marché afin de vérifier qu'elles ne comportent pas d'effets secondaires qui justifieraient leur retrait du marché.

Madame la ministre, pouvez-vous me dire si vous avez été mise au courant de cette suspicion d'effets secondaires du médicament Champix?

Quelle a été l'attitude de l'Agence belge dans ce dossier? Quelles mesures ont-elles été prises suite au communiqué de l'Agence européenne?

L'Agence belge est-elle compétente pour vérifier la véracité des changements demandés au niveau européen?

Quelle procédure a-t-elle été mise en place pour vérifier que la firme a bien répondu à la demande de l'Agence européenne pour les produits mis en vente sur le territoire belge?

Dans des cas comme celui-ci, en vertu de l'article 4, alinéa 3 de la loi susmentionnée qui donne mandat à l'Agence de centraliser pour évaluer les notifications d'effets indésirables, une attention particulière a-t-elle été accordée aux médecins de manière à solliciter leurs commentaires et leurs éventuels observations sur les effets secondaires? De quelle manière?

Quelle est la procédure mise en œuvre pour s'assurer que toutes les informations sont bien récoltées?

Enfin, la mise sur le marché de ce produit a-t-elle été accompagnée d'un plan de gestion des risques en Belgique?

17.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, la problématique des effets indésirables observés chez des patients traités par Champix est bien connue de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé qui est compétente dans cette matière.

Durant le mois de novembre 2007, le groupe de travail de pharmacovigilance du Comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments a été alerté par l'État membre de référence, le Danemark, suite à la communication de rapports spontanés d'effets indésirables de tendance suicidaire et de suicide abouti d'ailleurs, impliquant le Champix.

Lors de leur réunion du 19 décembre 2007, il est apparu aux yeux des experts européens de pharmacovigilance, y compris le délégué belge, que les données dont ils disposaient n'étaient pas suffisantes pour établir un lien de causalité incontestable entre la prise de Champix et les problèmes suicidaires. Les données à leur disposition ne permettaient pas finalement d'établir si ces tendances avaient été provoquées par l'usage du Champix ou par un phénomène ignoré, lié à l'arrêt du tabac seul.

Suite au rapport des experts lors de sa séance du 20 décembre, le Comité a décidé des actions suivantes.

1. La mise en place par Pfizer d'une étude clinique spécifique destinée à étudier le problème des suicides et des tendances suicidaires.
2. La modification par la firme concernée du résumé des caractéristiques du produit et de la notice du Champix afin d'y inclure le risque précité. Une procédure rapide a été requise. Elle a débuté le 19 décembre auprès de l'EMA (European Medicine Evaluation Agency) et deviendra effective dès que la Commission européenne aura rendu sa décision définitive, probablement au courant du mois de mars prochain. Les suspicions d'effets indésirables relatives au Champix sont suivies par mon administration qui travaille en étroite collaboration avec l'Agence.
3. Suite au communiqué de l'Agence, un communiqué belge a été rendu public le 17 décembre, via le site web de notre agence. Le Champix a été autorisé en Europe, pour répondre à une autre de votre question, via la procédure européenne dite centralisée. La vérification de la mise en œuvre des modifications demandées est donc coordonnée par l'EMA.
4. La récolte des notifications d'effets secondaires et en particulier le problème préoccupant du nombre insuffisant de ces notifications par les professionnels de la santé fait l'objet de nombreux travaux aussi bien au niveau belge qu'europpéen et international. L'Agence met actuellement en place un programme prioritaire et ambitieux de pharmacovigilance active, destiné à augmenter le nombre de notifications.

Ce programme est élaboré en collaboration avec diverses instances de professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, hôpitaux et universités). Une action concrète dans ce sens a démarré le 1^{er} janvier 2008. Elle consiste à encourager les professionnels de la santé à notifier les effets indésirables survenant avec des médicaments contenant un principe actif récemment commercialisé. Le Champix fait bien évidemment partie de ces médicaments.

Enfin, le plan de gestion du risque du Champix, déjà en application dans les États membres, prévoit de collecter les données concernant des populations à risques non étudiées antérieurement. Ces études se penchent sur des patients de moins de 18 ans, des patients présentant une pathologie cardiovasculaire, des patients présentant une broncho-pneumopathie obstructive ou des patients présentant une psychose. Les observations liées au risque de suicide n'étant apparues que récemment, l'EMA a donc décidé de demander à la firme concernée de réaliser une étude nouvelle afin de trouver le plus rapidement possible une explication objective à ces problèmes.

17.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Je vous remercie pour cette réponse complexe. On voit que la collecte d'informations a posteriori est mise en œuvre mais on peut toujours s'interroger à propos des études a priori sur les conséquences négatives de l'usage de certains médicaments, ce qui était l'objet d'une question précédente. Il faut travailler avec des professionnels de terrain en les informant correctement des conséquences potentielles des prescriptions mais aussi en termes de recueil d'informations pour se donner une vision exhaustive des conséquences de la prise des médicaments et si nécessaire, oser retirer de la vente certains médicaments. Je ne sais pas s'il faut le faire pour le Champix mais donnons-nous le temps d'étudier ses conséquences négatives qui semblent inquiétantes.

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

- 18 Vraag van mevrouw Tinne Van der Straeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verhoogde kans op leukemie bij kinderen die wonen in de buurt van kerncentrales" (nr. 1302)**
18 Question de Mme Tinne Van der Straeten à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque accru de leucémie auquel sont exposés les enfants habitant à proximité de centrales nucléaires" (n° 1302)

18.01 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in december van vorig jaar zijn de resultaten bekend geworden van een Duits onderzoek uitgevoerd door de universiteit van Mainz, over de gezondheidsrisico's van kinderen die in de buurt van kerncentrales wonen. Er werd gekeken naar de statistieken voor kinderkanker en daarin werd gekeken naar de aanwezigheid van leukemie bij kinderen. Daaruit bleek dat in een straal van vijf kilometer rond de kerncentrales, zevenendertig kinderen leukemie kregen, terwijl uit een gelijkaardige studie voor kinderen die ver van de kerncentrales woonden, bleek dat er slechts zeventien kinderen leukemie kregen. Er bleek dus dat er een verhoogd percentage was van 60% op kanker in het algemeen wanneer men in een straal van vijf kilometer rond een kerncentrale woont en dat dat kan oplopen tot 117% als alleen rekening wordt gehouden met leukemie. In Duitsland is er daar heel veel ophef over geweest. Die studie zal nu verder worden bestudeerd.

Ik zou u ook willen wijzen op een gelijkaardig onderzoek waarvan de resultaten in de zomer van vorig jaar gepubliceerd werden in de *European Journal of Cancer*. Daar werd een gelijkaardig onderzoek gedaan op basis van statistieken en meta-analyse. Dat bracht dezelfde resultaten naar voren. Wanneer men dicht in de buurt van een kerncentrale woont, vergroot de kans op leukemie significant, zeker bij kinderen. Opgroeiende kinderen en adolescenten zijn gevoeliger voor veranderingen en zelfs voor zeer kleine dosissen radioactiviteit.

De vraag is wat de situatie in ons land is. Het is mij niet duidelijk of dit soort studies ook in ons land gerealiseerd zijn of misschien gepland zijn. Het is mij evenmin duidelijk of België beschikt over voldoende gedetailleerde epidemiologische statistieken om gelijkaardig onderzoek te kunnen doen.

Ik heb een aantal concrete vragen.

Ten eerste, bent u op de hoogte van die of andere gelijksoortige studies en wat is uw mening daarover?

Ten tweede, zijn dergelijke studies uitgevoerd en wat waren de resultaten? Als ze niet zijn uitgevoerd, zijn ze dan misschien gepland? Is het volgens u wenselijk om zo'n studie te bestellen? Welke instelling is daarvoor het beste geplaatst?

Ten derde, beschikt België over epidemiologische indicaties die de hypothesen van het Duits en Amerikaans onderzoek zouden kunnen bevestigen of tegenspreken? Zijn de registratiegegevens van het kankerregister voldoende om te kunnen dienen als basismateriaal voor eventueel onderzoek?

Ten slotte, zult u met de bevindingen van internationaal en/of nationaal onderzoek rekening houden in uw kankerplan en op welke manier?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, vu l'heure et si vous le permettez, je répondrai en français à votre question.

Comme vous l'avez dit, l'université de Mainz en Allemagne a mené une enquête sur les risques de santé chez les enfants qui habitent près des centrales nucléaires.

Il ressort de cette étude qu'un risque plus élevé existe sur le développement de la leucémie chez les enfants qui habitent dans un rayon de 5 km autour d'une centrale nucléaire.

Selon mes informations, une valeur radioactive normale en Belgique et en Allemagne est estimée à 2 millisieverts.

La radioactivité mesurée dans l'étude susmentionnée ne dépasse la limite prescrite que de 0,3 millisieverts par an.

Dans l'étude, il a été - dit-on - insuffisamment tenu compte de facteurs confondants, c'est-à-dire d'autres facteurs qui peuvent aussi avoir une influence sur le développement de la leucémie. C'est la raison pour laquelle le processus décisionnel sur les données peut être critiqué.

Cela dit, dans le passé, plusieurs études similaires ont déjà été faites sans résultat équivoque.

Par ailleurs, une telle étude n'a pas encore été réalisée en Belgique. Celle-ci ne dispose dès lors pas, à l'heure actuelle, d'indications épidémiologiques qui peuvent confirmer ou infirmer l'hypothèse de l'étude

germano-américaine.

Toutefois, en collaboration avec le Registre National du Cancer; la section épidémiologie de l'Institut scientifique de la Santé publique pourrait mettre en œuvre une telle étude, ce qui serait, selon moi, intéressant.

Le temps nécessaire pour la réaliser et pour identifier des cas suffisants de leucémie est estimé à 4 ou 5 ans au minimum.

Enfin, il serait intéressant de demander au Centre international de recherche sur le cancer de réaliser une telle étude prospective. En effet, cette problématique dépasse largement les frontières de chacun des pays européens. Peut-être qu'à ce niveau des contacts seront donc pris en la matière.

18.03 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, ik wil u toch het volgende voorleggen. Ook al bent u maar minister in een interim-regering en ook al zal zo'n onderzoek misschien langer duren, toch is het meer dan wenselijk om een dergelijk onderzoek uit te voeren. De gevolgen van het milieu, van onze omgeving, op de ontwikkeling van kanker, worden volgens mij vaak onderschat of er wordt weinig rekening mee gehouden wanneer er van kanker sprake is.

Wij zijn een nucleair land en zullen dat nog een – hopelijk korte – tijd blijven. Toch kunnen de gegevens niet onderschat worden.

Ik zal uw collega Patrick Dewael vanmiddag over hetzelfde onderwerp ondervragen om na te gaan of een eventuele samenwerking met het FANC niet is aangewezen.

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

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

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

19.01 Carine Lecomte (MR): Madame la ministre, "L'Avenir du Luxembourg", en son édition du 12 janvier 2008, décrit les sévices subis par une vache. Un individu s'étant introduit la nuit dans une étable a utilisé en guise de spéculum un bâton d'un mètre trente, créant de graves lésions internes chez l'animal qui a finalement dû être euthanasié.

Le Code pénal prévoit des peines sévères à l'endroit d'auteurs de tels faits. Toutefois, rapporte le propriétaire, la police ne procédera pas à une analyse génétique au motif qu'il ne s'agit que d'un animal.

Madame la ministre, ne trouvez-vous pas que, dans des cas de cruauté extrême à l'encontre d'animaux, ce type d'analyse est capital – d'autant plus qu'aucune confrontation ne peut être envisagée? Je précise également qu'une forte suspicion à l'endroit de l'auteur des faits existe.

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: C'est en effet un viol particulièrement odieux commis envers une vache. Comme vous, je considère qu'une telle maltraitance ne peut pas être simplement classée sans suite sous prétexte qu'il s'agit seulement d'un animal.

Il s'agit d'une infraction très grave à la loi sur la protection et le bien-être des animaux. Je suis donc d'avis, comme vous, que les services concernés doivent tout mettre en œuvre non seulement pour que les responsables n'échappent pas à leur peine, mais aussi pour éviter que de telles cruautés se répètent.

Puisque vous me parlez d'un classement sans suite, je ferai parvenir l'information aux ministres de l'Intérieur et de la Justice.

19.03 Carine Lecomte (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Vous prenez à cœur ce type de fait divers odieux. Puisque mes deux questions portent sur les animaux, je vais me permettre de conclure par une citation de Gandhi: "La grandeur et le progrès d'une nation se mesurent à la manière dont elle traite ses animaux". Compte tenu de vos propos, je n'ai aucun doute que vous partagez cette opinion.

Je vous remercie.

19.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: J'entretenais l'espoir que vous me compariez à Gandhi, mais c'est presque ça! Une autre fois peut-être!

La **présidente**: Vous avez déjà été comparée à Sarkozy; à présent à Gandhi: c'est le grand écart!

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

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

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

20.01 **Tinne Van der Straeten** (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, vorig weekend zijn er veel berichten verschenen over Nederlandse en Belgische longartsen die in de praktijk hebben vastgesteld dat het aandeel niet-rokers dat longkanker krijgt, stijgt. Longkanker werd traditioneel zeer sterk vertegenwoordigd bij mensen die roken. Het blijft natuurlijk ook het sterkst aanwezig bij rokers, maar volgens de specialisten is de toename zeer opmerkelijk, vooral bij vrouwen tussen 40 en 60 jaar. Het zou gaan over 10 à 15% van de patiënten.

In Verenigde Staten alsook in Azië is die trend al langer zichtbaar. De trend is ook stijgend. Het gaat niet meer over een percentage van 10-15% maar het kan oplopen tot een kwart van alle longkankers. De longtumor die ontwikkeld wordt, zou ook niet dezelfde zijn als de tumor bij rokers. Het zou gaan over een variant die minder agressief en makkelijker te behandelen is.

Een aantal specialisten, zoals de professoren Ben Nemery en Johan Vansteenkiste, van de Katholieke Universiteit Leuven, hebben in een verklaring vooral verwezen naar de kwaliteit van de omgeving. Zij hebben over drie aspecten gesproken: het passief meeroken, de schadelijke stoffen in het werkmilieu, namelijk de aanwezigheid van zware metalen, asbest en soorten plastic, en de algemene luchtkwaliteit. Wat het laatste betreft, zou vooral fijn stof de oorzaak zijn.

Zowel professor Nemery als professor Vansteenkiste stelt dat, om te kunnen ageren tegen het nieuwe type longkanker, verder onderzoek echt nodig zal zijn dat precies de oorzaken van het nieuwe type longkanker opspoort.

Wij hebben ook een nationaal plan Gezondheid en Leefmilieu waarbinnen een project Steden en Vervuiling plaatsvond. In onze commissie hebben wij daarover een hoorzitting gehad. Er werden drie steden geanalyseerd: Antwerpen, Luik en het Brussels Gewest. De spreekster die dat project heeft toegelicht heeft erop gewezen dat de eerste resultaten zouden aangeven dat er effectief een bijkomende sterfte te wijten is aan een grote blootstelling aan fijn stof. Zij heeft ook aangehaald tijdens dezelfde hoorzitting op 27 november 2007, dat zij, wat de milieugegevens betreft, dat model kon uitwerken, maar dat het voor de gezondheidsgegevens heel wat moeilijker was.

Ik heb een aantal concrete vragen.

Ten eerste, bent u op de hoogte van deze trend? Wat is uw mening hierover?

Ten tweede, is het wenselijk dat de overheid werk zou maken van onderzoek naar de oorzaken van dit type longkanker en specifiek naar de gevolgen van de luchtkwaliteit en luchtvervuiling voor de gezondheid? Werd er al een dergelijk onderzoek uitgevoerd? Door wie? Wat waren de resultaten? Plant u hierover overleg met uw collega bevoegd voor Leefmilieu en met de Gewesten, die belangrijke bevoegdheden hebben inzake de materie? Hoever staat het met de uitvoering van het nationaal plan Gezondheid en Leefmilieu?

Op welke manier zult u die informatie verwerken in het kankerplan?

20.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je partage vos constats. La relation entre le cancer du poumon et l'exposition à de fines particules issues principalement de la pollution

automobile est aujourd'hui clairement confirmée par de nombreuses études scientifiques. Longtemps suspectée, l'automobile et plus particulièrement les véhicules roulant au diesel sont aujourd'hui reconnus partiellement coupables de l'apparition de cancers du poumon. Longtemps remise en question, l'augmentation du risque de cancer pulmonaire apparaît aujourd'hui comme confirmée.

Deuxièmement, les facteurs de risque et les causes du cancer du poumon sont à présent bien connus: tabac, pollution, hérédité et génétique. Point n'est besoin de réaliser de nouvelles études pour confirmer ce que toute la communauté scientifique et médicale internationale a déjà objectivé.

Je souhaite cependant que, du point de vue belge, la Fondation Registre du Cancer poursuive son travail remarquable – je le souligne – de remise à niveau des statistiques belges en matière de cancer entamé il y a deux ans. Nous pourrions ainsi bientôt disposer d'une cartographie des cancers et d'un profil type des victimes des différents types de cancer.

Troisièmement, c'est depuis moins d'un mois que j'ai entamé mon mandat aux Affaires sociales et à la Santé publique. Actuellement, je consulte tous azimuts afin de mieux connaître l'épidémiologie du cancer en Belgique et les moyens mis en œuvre pour le prévenir, le dépister et le soigner. Prochainement, j'aurai une consultation avec mes collègues des entités fédérées responsables pour la politique de santé en vue d'envisager leur participation au Plan national cancer, dont je vous ai parlé hier, madame la présidente. Agir sur l'environnement est effectivement un des axes de travail pertinent. Je n'exclus donc nullement une concertation de même nature avec tous les ministres compétents en matière d'Environnement.

Bien sûr, je crains qu'on ne puisse tout réaliser d'ici mars et que ce ne sera qu'une première série de décisions, qui en nécessiteront d'autres. Si l'on accepte que la lutte contre le cancer est un phénomène transversal, il conviendra de remettre régulièrement le dossier sur le tapis.

À propos de l'état d'avancement du Plan national d'action Environnement-Santé, je vous invite à consulter le site consacré à ce plan au départ du site-portal SPF Santé publique. Vous le connaissez: vous y trouverez toutes les réalisations et tout ce qui est d'ores et déjà programmé pour les prochains mois. Je crois que vous disposez du nom du site: "portal.health.fgov.be".

Enfin, il est trop tôt pour pouvoir vous indiquer la place qu'occuperont les facteurs environnementaux dans mon Plan national cancer. Ils font partie des éléments que nous sommes en train d'étudier. D'ici la mi-mars, nous allons examiner toutes les possibilités et, à chaque fois, on ajoutera des éléments pour aboutir à quelque chose de global et transversal.

20.03 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik denk dat het misschien iets te vrijblijvend is, zeker wat het laatste punt betreft. België is immers een van de meest kwetsbare regio's in Europa. Er is geen regio dan België die zo is blootgesteld aan milieurisico's. Wij zijn een distributieland met een groot aandeel aan transport met veel wagens. Wij hebben een zwaar energie-intensieve industrie. De vervuiling die dat veroorzaakt, is enorm.

Ik verwacht van de regering dat zij ook andere initiatieven zal nemen. U hebt zelf naar de automobielsector en de dieselwagens verwezen. Ik zou willen suggereren om de fiscale begunstiging van diesel te herbekijken en na te gaan of het wel nuttig is om bedrijfswagens fiscaal te herbegunsten. Dat zijn ook maatregelen die zeer nuttig kunnen zijn om op de omgevingsfactoren in te grijpen.

Onze fractie zal ter zake de nodige voorstellen indienen.

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

La **présidente**: Nous pouvons clôturer nos travaux, Mme Avontroodt a demandé le report de ses questions n° 1292 et n° 1293.

*La réunion publique de commission est levée à 13.17 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.17 uur.*