

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 22 JANUARI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 22 JANVIER 2008

Après-midi

La séance est ouverte à 14.17 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 14.17 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de preventieve behandeling tegen bronchiolitis" (nr. 1292)

01 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du traitement préventif contre la bronchiolite" (n° 1292)

01.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, de vraag betreft de terugbetaling van de preventieve therapieën met monoklonale antilichamen van bronchiolitis.

Meestal worden baby's en prematuren erdoor getroffen. Professor Ramet, die u wellicht kent en die toch een autoriteit op het gebied van pediatrie is, heeft ook op Europees niveau de zaak al een aantal keren aangekaart. Hij heeft de hypothetische situatie naar voren gebracht indien er bij premature twee- of meerlingen neonatale problemen zijn en een van de baby's op een andere manier beademd wordt, endotracheaal, dan de andere. Daarbij kan voor de ene baby in terugbetaling van de behandeling met monoklonale antilichamen worden voorzien en voor de andere niet. Ik denk dat u heel goed begrijpt dat dat een moeilijke situatie is. Jammer genoeg is dat blijkbaar alleen in ons land het geval en niet in de andere landen van Europa.

Daarom zou ik u willen vragen, mevrouw de minister, of u voor de veertig procent van de risicobaby's, die vandaag uitgesloten zijn van de preventieve behandeling, een oplossing zou kunnen voorstellen. Ik ben benieuwd naar uw antwoord.

01.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, er is de voorbije jaren een gestadige toename van het gebruik van continue positieve nasale druk als ademhalingsondersteuning, exclusief of in combinatie met meer invasieve beademingstechnieken in de neonatologie. De techniek biedt een aantal voordelen bij de behandeling van aandoeningen met ademhalingsmoeilijkheden bij zeer jonge kinderen, aldus de Belgische Vereniging voor Neonatologie.

In de technisch-geneeskundige raad van het RIZIV wordt momenteel een voorstel uitgewerkt om ook die niet-invasieve ademhalingsondersteuning met continue positieve nasale druk terug te betalen voor pasgeborenen die gehospitaliseerd zijn in een dienst voor intensieve neonatologie, en bij pasgeborenen die verblijven in een ziekenhuis met een functie voor lokale neonatale zorg, onder bepaalde voorwaarden.

Het is correct dat de terugbetaling van Synagis voor prematuur geboren baby's van 28 tot 32 weken zwangerschapsleeftijd melding maakt van één beademingstechniek; mechanische ventilatie na endotracheale intubatie. Deze baby's mogen bovendien niet ouder zijn dan zes maand bij het begin van het respiratoir syncytieel virusseizoen. Voor prematuur geboren van minder dan 28 weken zwangerschapsleeftijd geldt overigens geen beperking voor de terugbetaling van Synagis op basis van ventilatietechniek.

Oorspronkelijk, dit wil zeggen vooraleer Synagis werd terugbetaald via de reguliere weg van hoofdstuk vier, werd Synagis terugbetaald volgens artikel 56 van de conventie. In dit artikel 56 werd toentertijd geen melding gemaakt van een beademingstechniek. Sinds 1 oktober 2006 geldt de betrokken hoofdstuk vier-bepanking van één beademingstechniek bij één segment van vroeggeborenen. Hiervoor heeft de commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen zich gebaseerd op een advies van een ad-hocwerkgroep met Belgische neonatologen. Op basis van hun inschattingen werd een groep van vroeggeborenen uitgekozen met het hoogste risico op RSV-overlijden, die het meeste baat hebben bij een Synagis-vaccinatie. Financieel ging deze keuze gepaard met een geraamde daling van het jaarlijkse Synagis-budget van 3 miljoen euro naar 2,1 miljoen euro. Deze CTG-raming werd nadien door de minister overgenomen.

Een eventuele afschaffing van de beperking tot één beademingstechniek zal leiden tot een nieuwe budgettaire raming van Synagis-uitgaven, wat kan gebeuren in het kader van het verzoek van de aanvrager, zoals voorzien in de CTG-procedures, hetzij op initiatief van de CTG. De opportuniteit van het wijzigen van de huidige voorwaarden en de budgettaire implicaties zullen in een nieuwe werkgroep worden besproken.

Destijds, in mei 2006, werd de impact van de beperkingen geraamd op 900.000 euro. Bijgevolg zal de verruiming van de terugbetalingsvoorwaarden gepaard moeten gaan met een prijsdaling.

01.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is natuurlijk net iets meer aan de hand dan alleen het budgettaire luik. Men heeft zich inderdaad gebaseerd op de experts en op de werkgroep die dat heeft voorbereid. Een groot stuk van uw antwoord gaat echter over de besparing of, andersom, over de meerkosten indien men de huidige of minder invasieve beademingstechniek zou toepassen.

Ik zou dan toch willen vragen om ook achteraf, ook op langere termijn, eventuele complicaties van respiratoire aandoeningen bij die baby's, zoals astma en een geïnduceerd immunologisch deficit mee in rekening te brengen. Men kan niet zomaar naakt zeggen dat dit het prijskaartje is. Het effect op lange termijn moet zeker mee overwogen worden.

Mevrouw de minister, ik hoop dat u het misschien met mij eens bent.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Dans le groupe de travail dont je vous ai parlé, les aspects budgétaires seront évidemment pris en compte, tout comme les critères de santé publique. Donc, les deux aspects seront, bien entendu, évoqués – et ce sera notamment le cas des complications dont vous parlez.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychosociale zorg in het ziekenhuis" (nr. 1293)

02 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins psychosociaux dans les hôpitaux" (n° 1293)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag is vooral aan u gericht als minister van Volksgezondheid.

Er werd naar mijn weten nauwelijks onderzoek verricht naar de effecten van een goed uitgebouwde dienst psychosociale zorg. Ik bedoel hiermee niet alleen de ombudsdienst of de patiëntenbegeleiding, maar het hele gamma.

Er worden nauwelijks normen gesteld aan ziekenhuizen. Moeten ze een dienst hebben met een bepaald aantal maatschappelijke assistenten, eventuele psychologische begeleiding of een onderbouwde sociale dienst?

Als gevolg van wat er leeft op het terrein en van symposia en congressen die her en der worden georganiseerd, stel ik mij de vraag of het niet zinvol zou zijn de outcome te meten dat ziekenhuizen met een goed ingerichte dienst voor psychosociale en maatschappelijke opvolging behalen. Wat is de meerwaarde van de dienstverlening die zij leveren? Welk effect heeft dat op het resultaat zowel wat therapietrouw, recidive en trajectbegeleiding binnen het ziekenhuis betreft?

Dit zou een van de criteria van kwaliteitsbewaking kunnen zijn. Men wordt dan weer geconfronteerd met de verdeelde bevoegdheden tussen de Gewesten en het federale niveau.

Ik wil met deze vraag een ballonnetje oplaten. Zou het niet zinvol zijn een aantal indicatoren op te stellen om te zien wat de impact van de ziekenhuizen met een goed uitgebouwde dienst psychosociale zorg is op de resultaten van therapie, thuisbegeleiding, recidive en heropname?

Er is naar mijn weten geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden. Vandaar dat ik u deze vraag heel open stel. Bent u bereid hieromtrent een onderzoek te voeren?

Ik heb drie concrete vragen geformuleerd. Ten eerste, bent u eventueel bereid dat onderzoek op te starten of eerst een platform op te richten om na te gaan of het zinvol zou zijn een onderzoek op te starten? Ten tweede, hebt u weet van een registratie van het aantal personeelsleden in de ziekenhuizen die psycholoog of trajectbegeleider zijn of van de liaisontherapieën die er in verschillende ziekenhuizen voorhanden zijn? Ten derde, speelt de maatschappelijke assistente ook een rol in de patiëntenbegeleiding?

Bent u bereid om dit thema eventueel te onderzoeken?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, comme vous, je pense qu'une enquête sur la politique psychosociale menée dans les hôpitaux est intéressante et même nécessaire.

Comme vous le savez, les arrêtés relatifs aux programmes de soins pour enfants et pour les patients gériatriques auxquels vous faites allusion, ont été publiés très récemment. L'arrêté relatif à l'oncologie date, quant à lui, du 21 mars 2003. De nombreuses dispositions vont, selon moi, dans le sens d'un renforcement de l'approche multidisciplinaire et donc de la prise en charge des aspects psychosociaux.

Pour les arrêtés plus récents, plusieurs points doivent encore être mis en œuvre. Une évaluation sera certainement réalisée, mais une période d'application plus longue est nécessaire pour que cette évaluation ait du sens, qu'elle soit pertinente pour l'analyse des résultats. En général, l'objectif, quand on lance un programme, est d'évaluer, après quelques années d'application, afin d'avoir des données pertinentes.

L'enregistrement des psychologues et des assistants sociaux se fait par différents biais. Je citerai notamment les statistiques annuelles des hôpitaux. Elles sont complétées par tous les hôpitaux et reprennent notamment le nombre d'assistants sociaux et de psychologues. On en parle d'ailleurs sur le site de la Santé publique.

Par ailleurs, les données financières et statistiques récoltées par le service de comptabilité et de gestion des hôpitaux reprend également le nombre de psychologues pour autant qu'ils soient salariés.

Enfin, je partage votre avis selon lequel une politique doit s'élaborer progressivement en concertation avec le secteur. Dans la mesure du possible, les besoins, exprimés par ce dernier sur base de l'expérience du terrain, doivent être rencontrés. C'est d'ailleurs dans cette perspective que s'inscrit le projet pilote sur l'information et l'accompagnement psychologique des patientes atteintes d'un cancer du sein. Ce projet, qui occupe un psychologue à mi-temps, répond à une demande du secteur. Il a débuté en juillet 2007 et se terminera le 31 décembre 2008.

En bref, concertation avec le secteur, tentative de généraliser l'approche multidisciplinaire. Cela se fait petit à petit, dans le temps. L'évaluation demande que la pratique de terrain soit bien installée.

02.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, inderdaad, rond pediatrie, oncologie en geriatrie zijn er al een aantal voorwaarden gesteld. Mijn vraag ging echter vooral over een algemene trajectbegeleiding en mogelijkheden in de ziekenhuizen, vooral aangaande het sociale luik, en meer naar een erkenning van een goed uitgebouwde sociale dienstverlening. Dat is namelijk enorm belangrijk voor de goede therapieopvolging, de goede therapietrouw en vooral voor een goed uitgebouwde sociale cel. Vooral voor les plus démunis, de minstbedeelden is dit bijzonder belangrijk.

In Frankrijk bestaan er "les samus sociaux". Dat is een begrip dat hier nog helemaal niet bestaat. Het komt erop neer dat over de grenzen van een departement heen wel hetzelfde resultaat bereikt kan worden. De link tussen welzijn, het sociale luik en de traditionele volksgezondheid, waarmee ik de curatieve sector

bedoel, kan volgens mij beter verweven worden.

Mijn concrete vraag luidde alleen of er indicatoren opgemaakt kunnen worden om die outcome te meten.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Avontroodt, vous savez bien que l'on ne peut pas faire tout en même temps! Je reçois beaucoup d'acteurs de terrain, notamment concernant le cancer, et l'approche psychosociale revient systématiquement. En règle générale, les acteurs de terrain sont demandeurs d'une telle approche. Elle existe maintenant d'une manière éclatée, vous l'avez dit vous-même. Nous procédons à une évaluation. Il serait peut-être intéressant d'élaborer un système général à partir de l'évaluation de ces matières éclatées. Mais il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs. Je veux bien évaluer sur base d'autres critères mais c'était de cette manière-là que je voyais les choses. Après évaluation, tentons d'élaborer une démarche générale relative au soutien psychosocial, dans nos hôpitaux notamment.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het meldpunt voor bijwerkingen van geneesmiddelen" (nr. 1381)

03 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le point de signalement des effets secondaires des médicaments" (n° 1381)

03.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, het is een korte vraag, die tijdens vorige legislatuur reeds aan bod kwam. Het tijdschrift Test-Aankoop heeft op een bepaald ogenblik gepubliceerd zelf een soort meldpunt te organiseren, waar patiënten terechtkunnen voor klachten over bijwerkingen van geneesmiddelen.

Dat een tijdschrift niet de juiste plek is om een meldpunt te organiseren, is evident. Uw voorganger heeft in dat verband reeds een aantal gesprekken gevoerd. Dat resulteerde in april 2007 in een overeenkomst met het federaal geneesmiddelenagentschap, waarin Test-Aankoop zich engageerde om de klachten door te sturen.

Inmiddels heerst windstilte rond het meldpunt. Er moest een aantal technische en legale voorwaarden worden ingevuld, onder meer en terecht inzake de wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Er zou aan de privacycommissie een advies zijn gevraagd. Er wordt op voornoemd advies gewacht.

Mevrouw de minister, mijn vraag is heel kort. Kunt u een initiatief nemen en er bij de Privacycommissie op aandringen om haar advies te geven?

Een meldpunt is een essentieel onderdeel van het agentschap. Wij hebben altijd gepleit voor een transparant en toegankelijk professioneel meldpunt, zodat op een correct wetenschappelijke manier de bijwerkingen kunnen worden geanalyseerd en geregistreerd.

03.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mijn antwoord is kort.

Mevrouw Avontroodt, zoals u al zei, werd in april 2007 tussen Test-Aankoop en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten effectief een akkoord gesloten. Het doel van het akkoord is vooral dat de informatie inzake ongewenste effecten van geneesmiddelen die door Test-Aankoop werd verzameld, aan het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten kan worden doorgespeeld.

De vragen die door bedoelde procedure naar voren kwamen, zijn de volgende. Ten eerste, het is noodzakelijk dat de patiënt die een ongewenst effect meldt, correct kan worden geïdentificeerd.

De geïnformatiseerde procedures, via een website, compliceren die identificatie.

Ten tweede, de persoonlijke medische gegevens zouden het voorwerp moeten uitmaken van een schriftelijk akkoord van de rapporteur, wat het gebruik van de gegevens voor wetenschappelijke doeleinden betreft. Het is aangewezen te verifiëren of de manier waarop Test-Aankoop het akkoord verkrijgt, in overeenstemming is met de wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Met dat doel heeft het agentschap op 12 november 2007 een advies gevraagd aan de commissie voor de Bescherming van de

Persoonlijke Levenssfeer. De commissie heeft bijkomende vragen gesteld aan het agentschap, dat het opstellen van de antwoorden op die vragen net heeft beëindigd.

De commissie zal zich dus binnenkort uitspreken over het onderwerp.

03.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van

- de heer Bart Laeremans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de noodzaak van een MUG-dienst te Halle" (nr. 1395)

- de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het oprichten van een MUG-dienst te Halle" (nr. 1399)

04 Questions jointes de

- M. Bart Laeremans à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nécessité d'un SMUR à Hal" (n° 1395)

- M. Michel Doomst à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création d'un SMUR à Hal" (n° 1399)

04.01 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, het is niet de eerste keer dat we met deze problematiek in deze commissie komen, zelfs niet in deze legislatuur. Er is duidelijk een consensus aan het groeien in Vlaanderen dat het PIT, het paramedisch interventieteam dat op dit moment wordt uitgebaat in Halle, een ersatzoplossing is die uitgerekend op momenten waarop levens bedreigd zijn geen afdoende oplossing kan bieden.

Wij hebben nu vastgesteld dat de meerderheidsfracties uit de provincieraad van Vlaams-Brabant u – volgens krantenberichten toch – aangeschreven of gecontacteerd zouden hebben in verband met die noodzakelijke omzetting van het huidig paramedisch interventieteam in een volwaardige MUG-dienst in Halle. Nieuw is ook dat het ziekenhuis – en dat is toch wel een zeer goede evolutie – zelf bereid is om in het systeem te stappen en daar blijkbaar ook de nodige financiële bijdragen toe wil leveren. De directeur is echter enkele dagen geleden via de media komen verklaren dat dit alleen mogelijk is via een apart KB omdat op dit moment het maximaal aantal MUG-diensten in het land vastligt. Met een extra MUG-dienst in Halle zou dit aantal worden overschreden.

Ik had van u dan ook graag een aantal zaken vernomen. Ten eerste, hebt u een schrijven ontvangen vanuit de provincie Vlaams-Brabant? Ten tweede, wanneer start u het noodzakelijk overleg met de betrokken ziekenhuizen en met de andere partners, waaronder de provincie en de Vlaamse overheid? Ten derde, binnen welke tijd kan het betrokken KB worden uitgevaardigd en gepubliceerd?

04.02 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, we rekenen op u om de onrechtvaardigheid die in dit dossier zit opgelost te krijgen. Ik denk dat het een domein is waarin de improvisatie die we moeten meemaken eigenlijk niet meer van deze tijd is. Ze is fundamenteel onrechtvaardig, om niet te zeggen onmenselijk.

Minister Donfut, uw voorganger, heeft gezegd dat hij zich in een periode van lopende zaken niet kon engageren. Het verontrustende in zijn antwoord was dat het voor ons niet alleen om een taalprobleem ging daar in zuidwest-Brabant maar ook dat de aanrijtijden blijkbaar bijna een half uur bedroegen, wat eigenlijk inzake medisch dringende interventie een totaal onaanvaardbare toestand is die wij in de toekomst absoluut moeten oplossen.

De provincie heeft u al gecontacteerd. Wij waren ook blij dat de directeur van het ziekenhuis zei dat hij wel mee wil. Hij wil wel mee maar eigenlijk kan hij dat niet omdat er 80 MUG-eenheden zijn toegekend en zij daar niet bij zijn. Wil men een extra MUG, dan moet men de toelating hebben van de minister. Zij moet dan willen meewerken om dat opgelost te krijgen.

Ik heb een drietal vragen.

Ten eerste, ik hoor dat de evaluatie van het PIT-systeem in Halle dichtbij is. Men heeft toen gezegd dat het

in druk was. Hoe ver staat het daarmee?

Ten tweede, zijn er inderdaad al aanzetten om daarover een overleg te hebben op het terrein?

Ten derde, zijn er al oplossingen voor de dispatching? Het is voor ons ook een probleem dat wij dikwijls vanuit de regio van zuidwest-Brabant over Gent naar Leuven moeten komen om uiteindelijk de medische dienst te verwittigen.

Eigenlijk is de samenvatting: wanneer kunnen wij ons rendez-vous in Halle met u hebben?

04.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Een uitnodiging! Wauw.

La **présidente**: Madame la ministre, tout ceci mérite une belle réponse.

04.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik zal het proberen.

Ik kom terug op het steeds weerkerende debat over de aanwezigheid van een mobiele urgentiegroep te Halle. Ik denk dat een korte opfrissing zich opdringt. De MUG-functies in ons land werden toegekend aan de ziekenhuizen, die dat aangevraagd hebben aan de hand van de programmacriteria die werden vastgelegd door een KB van 20 september 2002, ondertekend door de ministers Tavernier en Vandenbroucke. Het ziekenhuis van Halle stelde zich geen kandidaat voor de functie. Dat is de enige reden waarom het huidige probleem zich voordoet.

Tijdens de vorige regeerperiode heeft minister Demotte tien experimenten opgestart die ertoe strekken voor ons land het voordeel te evalueren van de aanwezigheid van een team bestaande uit een verpleger en een ambulancier, die tussenbeide kunnen komen bij veelvoorkomende situaties, waarbij men thans een MUG ter plaatse stuurt, terwijl de aanwezigheid van een team met een verpleger en een ambulancier zou volstaan. Dit zijn de bekende PIT-projecten.

Een dergelijke PIT-team werd ingesteld in het ziekenhuis van Halle, waardoor men ook het gebruik van het Nederlands kon garanderen tijdens de interventies. Het experiment te Halle geniet van een uitzonderlijke financiering die bijna gelijk is aan wat wordt toegekend voor de MUGs. Ik kan dus bevestigen dat het ziekenhuis van Halle het enige in België is dat van dit statuut geniet, wat veel hospitaalinstanties het benijden.

Om meer specifiek te antwoorden op de vragen, kan ik het volgende zeggen. Ten eerste, ik heb tot op heden geen brief ontvangen van de provincie Vlaams-Brabant. Ten tweede, ik ontvang evenmin een officiële aanvraag van de ziekenhuisdirectie van Halle inzake de MUG-functie. Ik zal waken over het zeer binnenkort organiseren van een ontmoeting met de diverse partners, zodat ik mondeling te horen kan krijgen of het ziekenhuis zich ertoe verbindt om te voldoen aan de normen voor een MUG-functie en met name om voor de noodzakelijke omkadering te zorgen. Dat was in het verleden niet het geval.

Het is bovendien oordeelkundig een maximum aan informatie te vergaren over de noodzaak om in Halle een MUG-functie te programmeren. Hiertoe zal een officieel advies gevraagd worden aan de provinciale commissie voor dringende medische hulpverlening van Vlaams-Brabant, die als opdracht heeft adviezen te verstrekken inzake de materies die behoren tot de toepassing van de wet of de uitvoeringsbesluiten ervan en van wie het advies in dit dossier maar al te vaak verwaarloosd wordt. Het lijkt mij nochtans evident te zijn dat een becijferde basis van de behoeften duidelijkheid zal scheppen bij alle uitspraken over de relevantie van deze functie.

Ten derde, indien uit het overleg zou blijken dat de MUG-functie in Halle de meest aangepaste oplossing zou zijn en ook de meest doenbare om te beantwoorden aan de lokale behoeften en dit aan de hand van een identieke financiering als die van de andere MUG-functies van het land, kan theoretisch voorgesteld worden om deze functie te programmeren.

Dit vereist het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Erkenning en Programmatie. Het KB dat het programmatiecriterium wijzigt, dient in de Ministerraad te worden overlegd en moet daarna voor advies naar de Raad van State.

Mijnheer Dooms, ik komt tot het antwoord op uw vragen.

Ten eerste, het rapport van het eerste experimentele jaar van het PIT werd verdeeld onder alle deelnemers van het project die daarom hebben gevraagd. Ik zal er over waken dat mijn administratie u hiervan een kopie bezorgt. Het rapport van het tweede jaar is voorzien voor september 2008.

Ten tweede, ik kan uw verklaring over het groot aantal incidenten niet delen. De cijfers van de klachten die door onze hygiënische inspectiediensten werden verzameld, tonen aan dat er een zeer beperkt aantal klachten is. Het komt mij trouwens voor dat bij de meerderheid van de gevallen die de pers haalden of die in deze vergadering naar voren kwamen, het voorwerp waren van een rationele uitleg die mijn administratie na analyse verstrekke. Op talrijke regio's van ons grondgebied moet men overigens veel langer wachten op de komst van de MUG dan in de streek van Halle, dat trouwens niet ver ligt van Tubeke of Anderlecht. De interventietijd voor Landen of Orp-Jauche bedraagt gemiddeld 20 minuten. Meestal gebeurt dat door een MUG van een ander taalgebied. Bijvoorbeeld voor Landen is dat de MUG van Waremmes.

Ten derde, u weet uiteraard dat er op initiatief van Rudy Demotte een aantal initiatieven is opgestart voor het moderniseren van de dispatching van de dringende medische hulpverlening. Deze werkzaamheden verbeteren de organisatie, de ontwikkeling van de competenties van het personeel en de technologische prestaties. Voor dat laatste wordt samengewerkt met de minister van Binnenlandse Zaken die bevoegd is voor de technologische aspecten van het eenvormige oproepsysteem op het niveau van de 100-centrale. Ik feliciteer trouwens de twee administraties voor het werk dat zij de laatste jaren samen hebben verricht.

Ten vierde, het punt dat u aanhaalt, betreft de rerouting van de oproepen naar Leuven.

U weet zeker dat er op technologisch niveau beslist werd de 100-centrale en de 101-centrale van Leuven te verhuizen naar een nieuwe locatie. Dit is een eerste stap in de richting van een oproepcentrum voor de samengevoegde hulpdiensten, 112. Mijn collega van Binnenlandse Zaken is bevoegd voor deze specifieke kwestie. Ik stel voor dat u zich tot hem wendt om de exacte planning van de werkzaamheden te vernemen.

Tot slot informeer ik u over het feit dat mijn administratie reeds aan de provinciale commissie van Vlaams-Brabant en aan die van Brussel gevraagd heeft om instructies over het transfereren van de oproepen te bestuderen.

04.05 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, eindelijk, na jaren, lijkt er dan toch enig schot te komen in dit dossier. Het gaat zeer langzaam. Ik apprecieer het echter dat u in dit dossier vandaag een stap vooruitzet en dat u in elk geval principieel zegt geen bezwaar te hebben tegen een MUG aldaar. U wilt luisteren en het dossier onderzoeken teneinde, als men aan de voorwaarden en de criteria voldoet, het noodzakelijke KB te laten goedkeuren. Dat is een belangrijke stap vooruit en dat verheugt ons.

Anderzijds zegt u dat de noodzaak nog steeds niet is aangetoond, omdat Tubeke in de buurt ligt of omdat er in Landen ook Franstalige MUG's zijn die zouden kunnen interveniëren. Mevrouw de minister, het is precies het taalprobleem dat er in het verleden reeds heeft voor gezorgd dat MUG-diensten veel te laat op het appel waren. Daardoor zijn er reeds heel ernstige zaken gebeurd. Men vindt de weg gewoon niet doordat men zich niet in het Nederlands kan uitdrukken. Er is ook geen enkele garantie dat dit zou verbeteren. Zelfs het Erasmusziekenhuis, waar tweetaligheid verplicht is voor de hulpdiensten, garandeert de tweetaligheid nog steeds niet. Er is dus wel degelijk een probleem.

Bovendien bevindt Halle zich in een zeer gelijkaardige situatie. Net als in tal van andere regio's in Vlaanderen en in tal van andere klinieken waar men wel een MUG-dienst heeft, is die ook in Halle noodzakelijk. Daarover zijn wij het gelukkig, eindelijk allemaal eens.

Mevrouw de minister, ik stel vast dat er nog geen brief is gekomen van de meerderheidsfracties van de provincie. Ze hadden dat nochtans beloofd. De Post is toch ook niet zó traag dat die er nog niet is. Mijnheer Doomst, u zal uw partijgenoten op de hoogte moeten brengen dat hun brief dringend moet ondertekend en verzonden worden, want ze zijn blijkbaar traag in de verzending.

Het ziekenhuis heeft blijkbaar nog geen officiële aanvraag gedaan. Mevrouw de minister, ik kan u zeggen dat zij dat wel hebben gedaan op de regionale televisie. Ik hoop dat zij u dat ook formeel zullen bevestigen.

Ten derde, u zegt dat u een advies zult vragen. Ik zou degenen die daarbij betrokken zijn en ook de provincie Vlaams-Brabant – u heeft daar ook uw connecties en wij zullen de onze gebruiken – vragen om

een zeer stevig en sluitend dossier te maken zodat er geen betwisting meer bestaat over die criteria. Wij weten allemaal dat er een noodzaak is en dat er een objectieve grond is om daar een MUG te hebben. Ik hoop dat alle instanties nu aan een zeel zullen trekken zodat dit dossier snel kan worden afgewikkeld.

Ik dank u in elk geval voor uw antwoord, mevrouw de minister.

04.06 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik voel dat wij op de goede weg zijn en dat de toenadering groeit om voor dit dossier een oplossing te vinden.

Ik heb nu ook wel wat meer klaarheid van u gekregen in de wijze waarop een aantal vormen van communicatie blijkbaar mislopen. Ik moet ook vaststellen dat het allemaal veel trager verloopt sinds ik uit de provincie Vlaams-Brabant weg ben. Ik ben daar nog maar zes maanden weg en het loopt allemaal al veel moeilijker dan vroeger. Ik zal hen eraan herinneren dat zij sneller moeten werken zoals dat vroeger het geval was.

Ik denk dat wij heel dringend aan het ziekenhuis van Halle moeten vragen om een onderbouwd dossier en een onderbouwde aanvraag aan u over te maken, wat blijkbaar tot op heden nog niet is gebeurd. Aldus kan op objectieve basis worden gehandeld. Ik blijf erbij dat het niet meer aanvaardbaar is, zelfs niet één keer, dat men in onze streek bijna een half uur moet wachten op een dringende medische interventie. Er moet absoluut een oplossing komen. Ik denk dat wij ter plaatse in het ziekenhuis moeten gaan. Halle is ook een heel toffe winkelstad. Men kan daar het nuttige aan het aangename koppelen. Wij zouden dit echt eens ter plaatse in het ziekenhuis moeten kunnen gaan bekijken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opkoop van klinische labs door buitenlandse commerciële groepen" (nr. 1425)

05 Question de M. Koen Bultinck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rachat de laboratoires cliniques par des groupes commerciaux étrangers" (n° 1425)

05.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, de medische vakpers heeft de jongste dagen minimaal zijn vrees uitgedrukt voor een opkoop van de Belgische klinische labo's door buitenlandse commerciële groepen.

Het is goed om toch nog even de situatie te schetsen, want dat dossier is al enkele jaren hangende. Wat zijn de feiten? Tot maart 2004 waren de labo's wettelijk verplicht om de aandelen in handen van de biologen die in het labo werkten, te houden. Het fameuze koninklijk besluit 143, zoals u ongetwijfeld weet, voorzag wel degelijk in een niet-commercieel kader. Iedereen die het dossier de voorbije jaren wat gevolgd heeft, weet dat er toen een klacht bij Europa ingediend werd door een van de direct betrokkenen, wat geleid heeft tot een veroordeling van de Belgische Staat. Uiteindelijk zijn we in de vorige legislatuur overgegaan tot een wijziging van de wetgeving. Met andere woorden, er is een verplichte herziening gekomen, waarbij uiteindelijk iedereen nu in de praktijk eigenaar van die klinische labo's kan zijn.

De bezorgdheid, die wij op zijn minst allemaal moeten delen, is uiteraard ingegeven door onze kennis van het verleden. Ik verwijs naar de zware ontsporingen in de uitgaven voor de klinische biologie in de beginjaren 80; wij hebben allemaal zeer slechte herinneringen aan de intrede van de commerciële sector met zijn enorme impact tegenover de klinische labs.

De vrees die door de medische vakpers geuit wordt, wordt voor een stuk in de feiten onderschreven door het feit dat buitenlandse groepen veelvuldig informatie opvragen bij het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid.

Daarnaast is een aantal deskundigen erover aan het nadenken wat er al dan niet hervormd moet worden aan het fameuze koninklijk besluit 143, om eventueel een rem op de commercialisering die opnieuw dreigt, in te voeren. Een aantal mensen overweegt om de labs gedeeltelijk opnieuw te verplichten om een college van artsen en apothekers in te stellen dat toezicht zou moeten houden op de kwaliteit van het werk.

Mevrouw de minister, vandaar heb ik de volgende drie vragen. Ten eerste, bent u op de hoogte van de problematiek?

Ten tweede, wat is uw beleidsvisie ter zake? Tot nader orde hebben we geen beleidsbrieven, dus moeten wij met mondelinge vragen even op dat soort van dossiers voortgaan.

Ten derde, bent u eventueel bereid om een bijsturing van het fameuze koninklijk besluit 143 te overwegen, om tegemoet te komen aan de vraag van de deskundigen om een nieuwe rem in te bouwen tegen de commercialisering?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, als minister gelast met het toezicht op de erkenningsvoorwaarden opgelegd aan klinische laboratoria, ben ik op de hoogte van de wijzigingen die zich voordoen in die laboratoria wat hun uitbating aangaat. Het koninklijk besluit van 3 december 1999 verplicht de laboratoria immers om die wijzigingen mee te delen.

De afdeling Klinische Biologie van het WIV krijgt de jongste tijd via de commerciële diensten van ambassades ook meer vragen van buitenlandse investeerders over de mogelijkheid te investeren in klinische laboratoria in België. De interesse van buitenlandse investeerders is een gevolg van de wijziging van de voorwaarden die zijn opgelegd door koninklijk besluit nummer 143 om een laboratorium voor klinische biologie in België te mogen uitbaten.

De wijzigingen vastgelegd in de wet van mei van mei 2005, zijn het gevolg van een klacht bij de Europese Commissie, waardoor België verplicht werd de uitbating van een laboratorium voor klinische biologie open te stellen voor andere personen en rechtspersonen dan de klinisch biologen die in dat laboratorium werkzaam zijn.

De wet van 2005 stipuleert echter dat er een schriftelijke overeenkomst moet worden gesloten tussen de uitbater en elke verstrekker in het laboratorium, hoofdzakelijk met de bedoeling de professionele onafhankelijkheid van de verstrekkers te waarborgen. Die overeenkomsten moeten bovendien ter goedkeuring worden voorgelegd aan de commissie voor Klinische Biologie. Dat op zichzelf is reeds een garantie voor de professionele onafhankelijkheid.

Het is bovendien mijn bedoeling een recent voorstel van de commissie voor Klinische Biologie tot het verplicht instellen van een college van biologen in de privélaboratoria zo snel mogelijk op te nemen in koninklijk besluit 143, teneinde de klinisch biologen de mogelijkheid te geven meer betrokken te zijn bij de uitbating van het klinisch laboratorium. Dat zal dus een bijkomende garantie zijn.

05.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u uitdrukkelijk voor uw antwoord. Ik heb nog een klein detailvraagje. U zegt dat u zo snel mogelijk koninklijk besluit 143 wil aanpassen om die bijkomende garantie in te bouwen. Mag ik zo stout zijn naar de timing te vragen? Wat is zo snel mogelijk? Wanneer wij onze parlementaire controle treffelijk willen uitvoeren, durven wij toch even naar uw tijdsindeling te polsen.

05.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik ken de exacte termijn niet, maar ik zal het binnenkort doen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het euthanasiebeleid van de rusthuizen" (nr. 1461)**

06 **Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique d'euthanasie des maisons de repos" (n° 1461)**

06.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij hebben in het verleden nog samen aan deze tafels gezeten. Welkom terug, als minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Uit een onderzoek van het Centrum voor Biomedische Ethiek van de K.U.Leuven over het euthanasiebeleid in Vlaamse rust- en verzorgingstehuizen blijkt dat slechts 15% van de rustoorden in Vlaanderen een euthanasiebeleid heeft. Van die groep van 92 tehuizen met een beleid weigerden zeven instellingen euthanasie aan wilsbekwame terminale patiënten. Het gaat hier telkens om christelijke rustoorden.

De meeste van de rustoorden die euthanasie toelaten, laten dit toe onder voorwaarden, meer bepaald een strengere palliatieve filter, dus slechts na nog een bijkomend palliatief consult. 85% van de rustoorden heeft helemaal geen euthanasiebeleid. In de rustoorden die een beleid hebben, wordt de wet in een verstrengde vorm toegelaten, want in de wet die hier werd goedgekeurd werd er duidelijk voor gekozen om niet voor een bijkomende palliatieve filter te zorgen. Er werd van uitgegaan dat de nodige palliatieve zorg sowieso al verleend was, voor de patiënt een wens tot euthanasie formuleerde.

Ten slotte bleek uit het onderzoek dat het beleid van het rust- of verzorgingstehuis helemaal niet bekend is voor de buitenwereld, noch voor de mensen die er hun intrek willen nemen, noch voor de familie. Zo bleek ook dat slechts 36% van de rusthuizen het euthanasiebeleid kenbaar maakt aan de huisarts van de bewoner. Nochtans kan dit duidelijk problemen opleveren bij een latere fase in de verzorging van hun patiënt.

Ik heb een aantal concrete vragen, mevrouw de minister.

Acht u het wenselijk dat rust- en verzorgingstehuizen een euthanasiebeleid zouden ontwikkelen en dat ook meedelen aan hun bewoners en de artsen die hen verzorgen? Vindt u het aanvaardbaar dat in een aantal rust- en verzorgingstehuizen die euthanasie bij wilsbekwamen toelaten de voorwaarden die door de wet worden bepaald strenger gemaakt worden, door een bijkomende palliatieve filter in te voeren? Is het niet absoluut wenselijk dat rust- en verzorgingstehuizen duidelijk communiceren over hun euthanasiebeleid, zowel naar de bewoners als naar de huisartsen? Overweegt u een rondzendbrief of een brief met informatie naar deze rust- en verzorgingstehuizen om hen te wijzen op hun plicht en hen mee te delen dat dit een deel van de zorg is die zij aan hun mogelijke bewoners zouden kunnen leveren?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het zou nuttig zijn dat de rust- en verzorgingstehuizen, naast een beleid inzake palliatieve zorg, ook een beleid op het vlak van euthanasie zouden uitwerken en hieromtrent reeds bij de opname van de patiënt duidelijk zouden communiceren.

Het is echter evident dat dit beleid de bepalingen van de wet betreffende euthanasie van mei 2002 moet respecteren.

Het ontbreken van een dergelijk beleid in de rust- en verzorgingstehuizen is waarschijnlijk deels te wijten aan een gebrek aan kennis van de wet betreffende de euthanasie. Daarom zou een informatiecampagne gericht naar de artsen, de patiënten als de instellingen kunnen worden overwogen, waarbij de wet ruim wordt toegelicht.

Aan mijn administratie zal worden gevraagd om in de RVT-enquête voortaan ook het beleid inzake euthanasie en de toepassing hiervan op het terrein in te voegen.

Zodra we een betere kennis hebben van de toepassing van de wet betreffende de euthanasie en de gegevens uit de RVT-enquête beschikbaar worden, zal de noodzaak van bijkomende maatregelen worden geëvalueerd.

06.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Wij delen dezelfde bezorgdheid. De wet is er nu. De communicatie, het doen respecteren van de wet en het mogelijk maken van euthanasie volgens de in de wet bepaalde voorwaarden zullen nog een hele opdracht zijn.

Het is nog te weinig geweten. Er zijn nochtans sprekers genoeg voorhanden. Er zijn tal van mensen die in de palliatieve sector werken die gratis voordrachten willen houden en informatie willen verstrekken. Het is echter nog steeds een beetje taboe. Men gaat liever naar een avondje waar een aangename onderwerp wordt besproken dan een avondje rond euthanasie.

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

07 Question de M. Jean-Luc Crucke à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lancement de la fondation Happy Body" (n° 1493)

07 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oprichting van de stichting Happy Body" (nr. 1493)

07.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, madame la ministre, cela va peut-être vous paraître bizarre que je vous pose cette question qui parle de rondeurs.

Il n'y a pas de bons moments pour prendre de bonnes résolutions.

J'ai lu dans la presse très récemment que se lançait une fondation Happy Body. Partant du constat qu'une personne sur deux dans ce pays est atteinte d'obésité – ne me regardez pas tous ainsi –, cette initiative a été prise conjointement par le COIB, l'ASBL NUBEL et la FEBIA – ce qui est une marque de sérieux.

Cette fondation a pour objectif – et c'est ce qui m'a intéressé – la non-stigmatisation de ceux qui pourraient – mettez-le au conditionnel, au futur ou au présent, peu importe – être visés par cette catégorie. Pour cette fondation, il faut désacraliser la chose. Ce terme "désacraliser" n'est sans doute pas le bon mais il faut faire en sorte que des efforts soient consentis et ce, dans une démarche positive. De simples gestes peuvent permettre de maigrir mais il faut que ces gestes soient connus.

Cette fondation voudrait se placer dans le plan Nutrition-Santé avec à la clé, madame la ministre, un budget qui n'est tout de même pas ridicule de 2 millions d'euros.

Je me suis rendu hier soir sur le site pour essayer de connaître leur programme – je dois avouer avoir arrêté au bout d'un quart d'heure car le programme est compliqué.

Dès lors mes questions sont les suivantes.

1. Avez-vous connaissance de cette initiative?
2. Peut-on considérer qu'elle fait partie du plan national auquel elle fait référence de lutte contre l'obésité?
3. Y a-t-il un quelconque soutien de votre ministère en la matière? Des contacts, des collaborations ou des concertations ont-ils eu lieu?

Lorsqu'on voit les interlocuteurs faisant partie du projet, il donne a priori une impression de crédibilité. Je n'ai pas envie de dire que ce n'est pas le cas mais la meilleure manière de s'en assurer est peut-être de vous poser la question et d'obtenir une information directement.

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: J'ai été informée des objectifs et du lancement de la fondation d'utilité publique Happy Body.

L'objectif est d'induire au niveau du grand public et de toutes les couches de la population un changement au niveau des mentalités concernant le style de vie, ce qui constitue aussi un des objectifs du plan national Nutrition-Santé. Cette approche positive et dynamique est complémentaire et cohérente avec les plans existants, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées. Elle vise principalement à apporter sa contribution dans le cadre de la lutte contre le surpoids et l'obésité. Vous savez que cela touche beaucoup de personnes et notamment beaucoup de jeunes, ce qui est une grande inquiétude. Comme vous le savez, le plan national Nutrition-Santé fait appel à tous les secteurs concernés et leur demande de s'impliquer et de développer des actions soutenant cet objectif. Happy Body constitue une des réponses de l'industrie alimentaire à ces obligations. L'originalité de cette fondation est de mettre en place un partenariat public-privé, associant, d'une part, l'alimentation saine et nutritionnellement équilibrée avec le support de l'ASBL NUBEL et, d'autre part, l'activité physique avec le support du Comité olympique interfédéral belge.

Pour l'industrie alimentaire, des actions centrées sur leur "core business" - formulation des produits, étiquetage, communication, marketing - ne permettent pas à elles seules d'obtenir des changements de mentalité. Happy Body doit être vue comme une approche proactive qui va au-delà grâce à plusieurs campagnes de communication par an, mais aussi un soutien des projets de terrain, tout en n'excluant pas d'autres initiatives. J'apprécie et je soutiens cette initiative car elle a les mêmes objectifs que le plan national Nutrition-Santé. Elle peut aussi renforcer les initiatives. La collaboration avec les trois partenaires de Happy Body existe déjà dans le cadre du plan national Nutrition-Santé puisqu'ils participent tous les trois activement à des groupes de travail. Par ailleurs, une co-coordinatrice du plan fait partie du jury chargé

d'évaluer les actions proposées dans le cadre de Happy Body.

J'attire votre attention sur le fait qu'il n'y a pas d'intervention financière dans le projet, ni de la part du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire, ni de NUBEL, ni du COIB.

07.03 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, en dehors du fait que l'on a affaire à une participation public-privé que je trouve toujours intéressante, la réponse donne de la crédibilité au projet. On a une tendance à se limiter au côté ludique du projet. Mais il y a derrière cela une image de fond qui me semble sérieuse. Je suis heureux de vous avoir entendue sur ce dossier.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- **M. Jean-Luc Crucke à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'octroi d'une intervention financière dans les abonnements à des salles de fitness" (n° 1494)**

- **Mme Rita De Bont à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une intervention éventuelle de l'INAMI dans le coût du fitness de qualité" (n° 1502)**

08 Samengevoegde vragen van

- **de heer Jean-Luc Crucke aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekenning van een financiële tegemoetkoming in de kosten voor fitnessabbonementen" (nr. 1494)**

- **mevrouw Rita De Bont aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een eventuele vergoeding door het RIZIV van kwaliteitsvolle fitness" (nr. 1502)**

08.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, comme vous pouvez le constater, je ne me départis pas d'un certain créneau! Cette fois-ci, c'est pour être certain que l'étape suivante pourra être franchie.

Des professeurs de la VUB ont récemment plaidé pour une aide financière dans les abonnements à des salles de fitness, partant du principe qu'il vaut mieux prévenir que guérir et que tout remboursement en la matière représenterait sans doute des économies qui pourraient être faites par le ministère de la Santé sur un certain nombre de remèdes employés ultérieurement. Cette fois-ci, il ne s'agit donc pas d'un investissement mais c'est la conception de ces professeurs.

Je vous avoue, madame la ministre, que j'ai quand même regardé cela avec une certaine curiosité en me posant la question de savoir s'il s'agit bien là du rôle des pouvoirs publics. Ce n'est bien entendu pas à moi d'y répondre. Vous êtes celle qui pourra répondre à ce genre de questions. Quelle est votre appréciation par rapport à ce type de pensées, d'avancées ou, en tout cas, de propositions mises sur la table? En effet, une fois que l'idée est lancée, elle est inévitablement répercutée dans la population. On en parle.

Madame la ministre, des marges sont-elles disponibles pour une telle initiative? Demain, tous ceux qui font du fitness pourraient-ils voir leur abonnement remboursé? Pourrait-on payer tout le monde à faire du sport? J'ignore, si c'était le cas, si nous ferions encore autre chose! C'est une manière comme une autre de dire qu'il y a là une piste.

Pour être non pas plus sérieux mais plus concret, l'idée, si elle a un sens, ne devrait-elle pas être plus développée au niveau de ceux qui doivent s'occuper de la prévention? Je vise entre autres les mutuelles. J'ai pu constater que, parfois, des mutuelles payaient certains abonnements. Je ne tiens pas à en faire ici la publicité, d'autant plus qu'il ne s'agit pas de la mutuelle à laquelle j'appartiens.

Vous non plus, d'ailleurs, madame la ministre! Ce sont les autres!

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Crucke, c'est ma vie privée! Comment pouvez-vous savoir à quelle mutuelle j'appartiens?

08.03 Jean-Luc Crucke (MR): Je me doute que vous avez un penchant! Je peux évidemment me tromper et, dans ce cas, vous pouvez éventuellement me corriger!

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: J'en ai plusieurs!

08.05 Jean-Luc Crucke (MR): Vous en avez plusieurs!

Je ne parlais pas de ces penchants-là. Je parlais plutôt de celui auquel nous sommes affiliés l'un comme l'autre. Il ne s'agit évidemment pas du même mais nous passons tous par une mutuelle.

Madame la ministre, ne pourriez-vous pas jouer un rôle, à savoir être le relais vis-à-vis de ces instances et organismes qui pourraient éventuellement étudier cette proposition en profondeur?

La **présidente**: Toutes les mutuelles interviennent, vous savez! Sous des modes différents, mais elles interviennent toutes!

08.06 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijnheer Crucke, ik was wel aanwezig op die studiedag bij de VUB. Dat was een vrij interessante studiedag. Ik weet niet of hij ook de Franstalige media heeft bereikt, maar er is nogal wat aandacht voor geweest in de Nederlandstalige media, wellicht omdat Vlaams minister van volksgezondheid Steven Van Ackere daar aanwezig was. Mevrouw de minister heeft zich verontschuldigd en men had daar alle begrip voor, omdat u pas in functie was. Ik vind dat toch jammer, want het gezondheidsbeleid is spijtig genoeg nog geen homogene gemeenschapsbevoegdheid.

Het terrein waarin zich die fitnesssector begeeft, bevindt zich eigenlijk een beetje in de grijze zone tussen de gemeenschapsbevoegdheden en het federale niveau. Het RIZIV is nog altijd een federaal agentschap en de beslissing om een zekere terugbetaling te verstrekken voor door dokters voorgeschreven fitness die aan zekere voorwaarden voldoet en dit voor bepaalde doelgroepen, is nog altijd een federale verantwoordelijkheid. Zoals op de studiedag heel interessant werd uiteengezet, zou het werkelijk een kostenbesparende beslissing zijn, vooral voor specifieke doelgroepen als obesitaspatiënten, oudere patiënten en kinderen met obesitas. Daarvoor zou het kostenefficiënt zijn en nog meer dan het terugbetalen van medicatie tegen bijvoorbeeld cholesterol. Dit is dus niet iets om zomaar weg te lachen: ik denk dat er serieus onderzoek naar moet gebeuren. Het zou dan misschien ook voor de zwakkeren en minder begoeden uit de maatschappij een efficiënt behandelingsmiddel zijn om voor zekere problemen die zich vooral in die groep nog meer stellen dan bij de doorsnee bevolking, die therapie in hun bereik te brengen. Vandaar mijn vraag aan de minister.

Heeft uw administratie weet van deze studies? Werd door de administratie zelf al een kosten/batenanalyse uitgevoerd en besproken?

Ten tweede. Heeft uw administratie in verband hiermee reeds contact opgenomen met de betrokken sectoren? Ik bedoel dan de fitnesscentra, maar ook de artsen en de patiëntenorganisaties.

Ten derde. Acht de minister een zekere tegemoetkoming door het RIZIV onder bepaalde voorwaarden en voor bepaalde risicopatiënten mogelijk?

Hierbij aansluitend: indien ja, welke voorwaarden zou de minister dan aan deze terugbetaling verbinden?

Ten vijfde. Voor welke doelgroepen zou dergelijke terugbetaling eventueel volgens u haalbaar zijn?

08.07 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, évidemment, je souscris à l'idée que la pratique du sport dès le plus jeune âge permet de prévenir certaines pathologies. Cela dit, à l'analyse du dossier, il est clair que ce type d'initiative relève des Communautés. Je suis pour la refédéralisation de la prévention santé et je n'ai donc aucun problème à devoir m'en occuper un jour ou l'autre; cependant, pour le moment, cet aspect ne fait pas partie de mes compétences institutionnelles.

Het is juist dat bepaalde ziekenfondsen via hun bijkomende verzekering tussenbeide komen in de kosten voor bijdragen aan sportclubs. Deze praktijk is helemaal in overeenstemming met de opdracht van permanente vorming die deze verzekeringsorganismen uitvoeren naast hun wettelijke opdrachten binnen de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

Par contre, il va de soi qu'une intervention directe de l'assurance maladie dans ces frais ne rentre pas dans les missions définies par la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Non seulement, comme je l'ai dit, nous sommes dans le champ de la prévention mais en outre et comme M. Crucke me le murmurait au début de son intervention, la pratique du sport n'est pas une prestation de soins pouvant justifier à l'instar de la

vaccination par exemple des interventions croisées du fédéral et des Communautés.

Il va sans dire que mon message est que le sport est bon pour la santé mais pas au point de prendre en charge financièrement la pratique du sport.

08.08 Jean-Luc Crucke (MR): Je remercie la ministre pour sa réponse claire. Je ne voudrais pas apparaître non plus comme réticent au sport et dissuadant de le pratiquer. Chacun ses priorités. Vous avez rappelé celles du fédéral et je vous en remercie.

08.09 Rita De Bont (Vlaams Belang): Het antwoord van de minister is nogmaals het bewijs dat de versnippering van bevoegdheden zoals we die in België kennen een kostenefficiënt en doeltreffend beleid dikwijls in de weg staat.

Uiteraard zijn wij ervoor te vinden, rekeninghoudend met het subsidiariteitsprincipe, dat het gezondheidsbeleid volledig wordt overgeheveld naar de Gemeenschappen. De Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid heeft ook gezegd dat het niet zijn bevoegdheid is. Het is weliswaar een preventieve maatregel maar indien men die tegemoetkoming vraagt voor individuele gevallen dan is het volgens hem een bevoegdheid van het federale niveau. Die versnippering van bevoegdheden is een gemakkelijk excuus om niets te doen en om de patiënten van het kastje naar de muur te sturen. Het is inderdaad een federale bevoegdheid want zowel de inenting tegen baarmoederhalskanker – een preventieve behandeling – als de medicatie tegen cholesterol wordt terugbetaald door het Riziv. Dit is eigenlijk efficiënter dan de medicatie hiervoor die wel wordt terugbetaald.

Ik denk dat de minister beter de studies en de uiteenzettingen eens onder ogen zou nemen dan zou ze eventueel kunnen terugkomen op haar beslissing en uitspraak.

La **présidente**: Nous dirons donc qu'il y a deux lectures du sujet, qui se croisent sans forcément se rencontrer!

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

Je vais demander à Mme Avontroodt de prendre ma place au banc de la présidence, afin de me permettre de poser mes questions.

*Voorzitter: Yolande Avontroodt.
Présidente: Yolande Avontroodt.*

09 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement d'Impulseo II" (n° 1472)

09 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van Impulseo II" (nr. 1472)

09.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, ma première question concerne le financement d'Impulseo II. Votre prédécesseur, M. Demotte, avait élaboré un projet de soutien aux pratiques de groupe en médecine générale, intitulé Impulseo II. Ce projet est pratiquement abouti puisque l'INAMI a donné son accord, que les budgets étaient prévus et qu'il ne restait qu'à attendre la publication d'un arrêté royal permettant sa mise en application.

Du côté des généralistes, l'attente est forte de la réelle concrétisation du projet, et ce depuis plus de dix ans. Cette demande est d'ailleurs relayée par le syndicat majoritairement composé de généralistes, le Cartel; peut-être aussi d'ailleurs par les autres.

Comme il ne restait qu'à publier l'arrêté royal, je m'attendais à ce que les dispositions soient prises dans le projet de loi portant des dispositions diverses, présenté en décembre en affaires courantes. Ce ne fut pas le cas.

Cette situation constitue-t-elle un changement d'orientation politique? Si oui, pour quelle raison? Dans le cas contraire, s'agit-il d'un oubli, d'un problème technique, d'un problème budgétaire qui expliquerait la non-concrétisation de cet arrêté royal?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame, je suis d'accord avec vous sur l'importance d'Impulso II. C'est un soutien essentiel pour la médecine générale de première ligne. J'ai donc relancé toute la dynamique.

Vous avez raison lorsque vous dites qu'un arrêté royal était prêt, mais des problèmes techniques ont quelque peu retardé son évolution. Pour le moment, il se trouve à l'Inspection des Finances. J'espère donc pouvoir en terminer avec l'ensemble de la procédure très prochainement.

Soyons clairs, le fonds est maintenu, nous opérerons un travail d'information auprès du corps médical à ce sujet. S'il est possible d'amplifier encore le projet ultérieurement, nous le ferons, car il est particulièrement intéressant.

09.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Effectivement, je suis rassurée. Peut-être pouvons-nous l'espérer dans la prochaine loi-programme annoncée fin mars, avec le budget de 2008.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du KCE 'Dix ans de numerus clausus: situation actuelle et défis pour l'avenir'" (n° 1473)

10 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het KCE 'Tien jaar numerus clausus: huidige situatie en toekomstige uitdagingen'" (nr. 1473)

10.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, ma question concerne le numerus clausus et les quotas INAMI. En effet, le Kenniscentrum vient de publier un avis à ce sujet, intitulé "Numerus clausus: situation actuelle et défis pour l'avenir".

Comme vous le savez, cette problématique m'intéresse depuis très longtemps. En 2003, je passais pour une martienne ou une utopiste quand j'ai déposé une proposition demandant un moratoire sur le système du numerus clausus et des quotas INAMI, parce que la pénurie de certaines formes de médecine comme la médecine générale et une mauvaise organisation de la présence des prestataires de soins sur l'ensemble du territoire apparaissaient déjà. Idem en 2006: il y avait des différences entre les Régions et les Communautés dans l'approche de la fixation des quotas et du numerus clausus. À présent, on constate certaines formes de pénurie: l'âge trop élevé des médecins pratiquant actuellement, le manque de spécialistes de bon nombre de disciplines dans les hôpitaux, en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie.

Voilà le Kenniscentrum qui sort cet avis et établit le même constat. Or c'est un organisme sérieux. J'aurais voulu savoir quelles suites allaient être données à cet avis du Kenniscentrum, sachant aussi qu'on s'attend à un surnombre par rapport aux quotas de 700 étudiants côté francophone, environ 500 côté flamand, et ce malgré les dispositions prises en Flandre, par exemple l'examen d'entrée. Des étudiants risquent donc de se faire interdire l'exercice de la profession en cours d'études alors que les évaluations parviennent toutes au même constat de pénurie.

Le SPF Santé publique est en train d'améliorer son outil d'évaluation et annonce qu'il établit un cadastre des médecins. Où en est ce cadastre? Le SPF dispose-t-il de tous les renseignements nécessaires à son établissement, sachant également que la participation des médecins est nécessaire pour qu'il soit pertinent? Où en sommes-nous dans cette dynamique?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Gerkens, comme vous l'avez dit, le numerus clausus s'inscrit dans le cadre d'une politique de planification médicale. Les chiffres annuels repris dans les différents arrêtés royaux ont été élaborés sur la base d'avis de la commission de Planification.

Un premier bilan montre que les chiffres minima de généralistes, à savoir 43%, ne sont pas atteints et ce, essentiellement du côté néerlandophone, alors que le chiffre des spécialistes est légèrement dépassé. Par ailleurs, si on comptabilise les étudiants ayant réussi l'examen de sélection, au début ou à la fin de la première année selon les Communautés, on constate actuellement un dépassement de 475 du côté néerlandophone et entre 450 et 600 du côté francophone.

Sur suggestion de la commission de Planification, les chiffres ont été rehaussés pour les prochaines années, passant de 757 en 2008 à 975 en 2013. Le chiffre avancé par la commission de Planification pour 2014 est 1.025. Plusieurs indicateurs montrent qu'une certaine forme de pénurie est occupée à s'installer en médecine générale dans plusieurs régions et également dans certaines spécialités telles que la pédopsychiatrie, la médecine d'urgence, la gériatrie, la biologie clinique et j'ajouterai, après avoir reçu des spécialistes hier encore, l'oncologie.

Un cadastre permettant d'évaluer avec exactitude le nombre de médecins exerçant de manière effective sur le terrain est d'ailleurs en voie d'élaboration. Après une première phase, ce cadastre sera affiné en collaboration avec les médecins. La commission de Planification réévaluera les besoins sur la base de ce cadastre et des réalités de terrain. L'analyse devra intégrer l'offre et la demande actuelles, la répartition des rôles entre la première et la deuxième ligne, la répartition des tâches entre médecins et paramédicaux, sans oublier, bien entendu, des facteurs sociologiques comme le vieillissement de la population.

Plusieurs mesures ont déjà été prises pour améliorer la situation de la première ligne: revalorisation financière (Fonds Impulso I) permettant d'obtenir des primes de 20.000 euros à l'installation dans les zones à faible densité ou encore le Fonds Impulso II qui, par la subsidiation d'une aide administrative, permettra évidemment de simplifier le travail administratif des acteurs de première ligne.

Par ailleurs, en dehors de l'augmentation des quotas généraux, plusieurs spécialités en difficulté ont été placées hors quota. C'est le cas de la pédopsychiatrie ou de la médecine d'urgence. La commission de Planification a, par ailleurs, proposé un lissage au cours des prochaines années pour permettre aux étudiants hors quota d'obtenir un numéro INAMI en fin d'études. Cette proposition de lissage sera étudiée très prochainement par le SPF Santé et Affaires sociales.

Il va de soi que l'étude du Kenniscentrum mérite un examen approfondi et qu'il conviendra de réévaluer le système des quotas à la lueur des conclusions de cette étude.

Personnellement, je suis favorable à une révision sans abandonner l'idée de planification, qui peut être vraiment importante en matière de gestion globale de la santé publique. Mes propos prouvent à suffisance qu'une dynamique est en place, faisant suite à une bonne concertation de l'ensemble des acteurs.

10.03 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Personnellement, je suis intimement convaincue que la manière dont on organise et dont on évalue l'offre, en présence de prestataires de soins, par rapport aux besoins doit être revue. Il faut effectivement un cadastre et revoir les choses différemment. Toutefois, changer de système ne signifie pas renoncer à toute planification ou régulation.

Madame la ministre, avez-vous une idée du temps nécessaire pour passer à l'étape suivante qui consiste à avoir les informations concernant le cadastre ou à avoir une relecture du processus? Si je vous pose cette question, c'est parce que j'estime que cette réflexion doit pouvoir se faire avec les différents acteurs. Il serait intéressant d'avoir des échéances dans le temps qui nous permettent de continuer la réflexion ensemble.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je vais me renseigner auprès de mon administration et du Kenniscentrum et je vous ferai parvenir les informations par écrit.

10.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): D'accord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Présidente: Muriel Gerken.

Voorzitter: Muriel Gerken.

11 Question de Mme Zoé Genot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi médical difficile de 140 grévistes de la faim" (n° 1506)

11 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de moeilijke medische follow-up van 140 hongerstakingen" (nr. 1506)

11.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, sollicités par des porte-parole des grévistes de la faim pour assurer le suivi médical de personnes ayant entamé une grève de la faim rue Royale, les médecins constatent qu'ils n'ont pas les moyens d'assurer un suivi médical suffisant. 140 personnes font donc la grève de la faim depuis 21 jours. Or à ce jour, aucun suivi médical structuré n'a pu être mis en place.

Pour suivre les 140 grévistes de la faim, les médecins estiment qu'ils doivent être 50, chacun passant deux heures par semaine, ce pour assurer un suivi minimaliste du type travail à la chaîne, auquel il est extrêmement difficile de se limiter dans ce contexte de souffrance psychosocial aiguë. En outre, il faut assurer la gestion médicale des urgences, les transferts en hôpital, le travail administratif pour obtenir l'aide du CPAS, l'organisation des prises de sang, l'achat de médicaments, la gestion du stock et l'organisation logistique sur place.

Ne disposant pas de ces moyens, les médecins conscientisés considèrent qu'il leur est éthiquement impossible d'accepter la responsabilité de suivi, ce malgré la conscience des risques encourus par les personnes menant une grève de la faim sans suivi médical: risque de décès dès le quarantième jour, mais bien avant cette extrémité, détérioration mentale, perte de vision, troubles rénaux et cardiaques, ulcères gastriques, etc., potentiellement irréversibles.

Les grévistes ont été pleinement informés de cette incapacité, mais se montrent malgré cela déterminés à poursuivre leur grève.

Les médecins soucieux de la santé des grévistes, sous la houlette de "Médecins du monde", souhaitent organiser un suivi médical décent, mais rencontrent pour ce faire des difficultés.

Madame la ministre, quel soutien pouvez-vous apporter aux équipes médicales pour superviser les grévistes du 91 rue Royale ou toute autre personne dans la même situation?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cette problématique n'est malheureusement pas neuve. Ces dernières années, plusieurs grèves de la faim collectives ont eu lieu: Petits-Carmes, Saint-Gilles, Etterbeek, Evere, Petit-Château. De plus, vous le savez, le problème de la médicalisation d'une personne éventuellement non consentante n'est pas simple.

La situation est grave bien entendu, on sait qu'elle peut mener à la mort du gréviste. Vous connaissez la définition d'une grève de la faim et ses conséquences. Je voudrais rappeler qu'à partir de la troisième phase, c'est-à-dire à partir du vingtième jour, on peut avoir des destructions de tissus musculaires, des déshydratations, oedèmes, cachexie, troubles neurologiques pouvant aller jusqu'à la mort. Je dis cela notamment pour celles et ceux qui soutiennent les grèves de la faim, il y a une responsabilité qui n'est pas mince en la matière et je tiens à le dire officiellement et formellement.

Légalement nous sommes face à des dispositions contradictoires.

Je pense notamment à l'obligation de porter secours à personne en danger. C'est nécessairement le cas pour une grève de la faim prolongée.

Ensuite, le protocole de Tokyo de 1975 vise à interdire de nourrir une personne de force, acte qui est assimilé à de la torture.

En outre, les différents avis du conseil de l'Ordre des médecins à ce sujet vont tous dans le même sens: aussi longtemps que le patient est conscient, le médecin ne peut pas aller contre sa volonté.

S'agissant des 140 grévistes de la faim – plus précisément, il y a 116 grévistes et 24 hospitalisés – qui occupent actuellement un bâtiment à Bruxelles, en tout état de cause, il y a lieu de prévoir la mise en place du plan d'urgence en réponse à une dégradation de l'état de santé global de ceux-ci.

Ce plan général, appliqué sur recommandation de notre médecin inspecteur fédéral d'hygiène pour l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, est le suivant.

D'abord, le docteur Michel Moreau de l'hôpital Saint-Pierre, bien connu des grévistes étant donné les grèves précédentes, est envoyé auprès d'eux afin d'établir un bilan.

En fonction de ce bilan, le plan propose l'hospitalisation des cas les plus graves en vue d'une régulation appropriée et d'un resucrage, à la limite sur place – selon l'éventuelle surcharge hospitalière.

Il s'agit ensuite de mettre en place un suivi médical journalier par les autorités compétentes – cercles de médecins, médecins de CPAS, etc.

On recommande aussi la mise à disposition de vecteurs de transport (bus, ambulances) par l'autorité compétente (Croix-Rouge, service d'ambulance privé, STIB, commune, etc.) avec une augmentation possible des moyens.

Enfin, au cas où une évacuation devait être décidée par l'autorité administrative, les structures du plan d'intervention psychosocial de Bruxelles-Ville devraient être activées après concertation avec les intervenants, mais sans déploiement d'urgence.

Pour l'ensemble de ce plan, la compétence de mon administration est très relative. Elle assure un rôle de consultance et, si nécessaire, de coordination sur demande ou à défaut d'autres pistes de responsabilité.

Dans la situation présente, je vous signale que la mise en alerte des directeurs des secours médicaux a déjà été réalisée par le centre d'appel unifié 100 de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, considérant, d'une part, une difficulté de plus en plus grande à trouver une destination pour les grévistes et que, d'autre part, la première phase du plan (visite sur place pour bilan) a lieu aujourd'hui même, à la demande de l'inspecteur fédéral d'hygiène.

Par ailleurs, suite à l'appel lancé par les médecins responsables du suivi des grévistes, j'ai pris l'initiative d'organiser aujourd'hui une réunion à mon cabinet; elle vient de s'achever. Elle était présidée par mon collaborateur, le docteur Schetgen.

Il y a eu plusieurs demandes de médecins auxquelles nous tentons d'apporter les bonnes réponses. Premièrement, au sujet du nombre de médecins sur le terrain, un appel a été lancé tous azimuts pour soutenir ceux qui sont en place: appel aux universitaires, aux jeunes assistants, etc. pour venir augmenter le nombre de praticiens sur le terrain. Pour rappel, il y a 28 médecins et 12 infirmières pour l'instant, tous bénévoles, et il faut les saluer.

Deuxièmement, ils ont demandé une aide administrative sur le terrain pour assurer le suivi. En fait, ils ont déposé une sorte de cahier des charges. Les missions consisteraient à garder les dossiers médicaux et de les fournir aux médecins ou infirmiers lors des visites, tenir un cahier de liaison des soignants, dresser une liste complète des grévistes pour pouvoir y indiquer chaque jour qui a été vu par quel médecin et chaque semaine qui a subi une prise de sang, gérer les prises de sang, gérer les médicaments, identifier les grévistes – ils demandent notamment de fournir un bracelet d'identification pour chaque gréviste.

Toute une série de demandes sont formulées par les médecins. Pour le moment, on interpelle la Croix-Rouge pour savoir si une aide de ce type peut être apportée.

En ce qui concerne les prises de sang – Yvan Mayeur est là –, c'est une charge extrêmement importante pour l'hôpital Saint-Pierre. On va toujours vers le même hôpital. Cela démontre la nécessité de prise en charge financière pour ce genre d'hôpital qui est toujours là pour assurer quand il y a des cas de ce type.

Nous avons pris contact avec le président du CPAS auquel est lié l'hôpital Saint-Pierre. À partir du moment où il faut un réquisitoire pour l'analyse des prises de sang, il y en aura un, bien entendu. Pour le moment, nous avons envoyé le tout sans réquisitoire, cela ne va pas. Les médecins nous disent que cela prend du temps pour réaliser les réquisitoires. Mais puisque nous allons travailler avec la Croix-Rouge pour une aide administrative, nous pourrions réaliser cela à très court terme. Cela ne règle pas le problème du coût mais cela règle le problème de l'analyse des prises de sang.

Ils ont encore des questions concernant les ambulances, mais elles sont plus compliquées. Ils voudraient notamment que les ambulances appelées en urgence soient composées d'équipes particulièrement sensibles à ce qui se passe sur le terrain. Nous verrons tout cela avec eux.

Nous en sommes là et nous essayons de répondre aux nécessités et aux besoins des médecins sur le

terrain. Entamée le 1^{er} janvier, la grève dure donc depuis 21 jours; la situation devient très critique. Je dis et redis que la grève de la faim n'est pas nécessairement la meilleure solution et que tous ceux qui l'appuient prennent des responsabilités: des vies sont en jeu.

11.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, j'apprécie le fait que la ministre se soucie pratiquement du problème puisqu'elle a organisé cette réunion de coordination à son cabinet.

J'espère qu'elle aura permis de dégager quelques pistes. En effet, actuellement, les nombreuses bonnes volontés qui s'étaient rassemblées hésitaient à se lancer dans ce suivi, sans disposer de certaines conditions minimales pour un véritable suivi de qualité, capable au moins de diagnostiquer les difficultés qui se présenteront.

J'attendrai de recevoir les conclusions des réunions qui se sont tenues. Mais je suis satisfaite de voir que, contrairement à ce matin où on me disait que tout va bien, ici, on prend les problèmes à bras le corps et on essaie de trouver des solutions.

La **présidente**: Nous allons clore l'incident en espérant que ce genre de situation puisse trouver des réponses et que la grève de la faim ne devienne pas un outil et qu'elle ne soit pas banalisée. Ici, personne ne soutient son utilisation comme outil.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le développement des questions et interpellations se termine à 15.49 heures.

De behandeling van de vragen en interpellaties eindigt om 15.49 uur.