

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 11 MAART 2008

Namiddag

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

du

MARDI 11 MARS 2008

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 14.50 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.50 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Question de M. Yvan Mayeur à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de dons d'ovocytes" (n° 2230)

01 Vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan eiceldonoren" (nr. 2230)

01.01 Yvan Mayeur (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je souhaite attirer votre attention sur l'assistance médicale à la procréation, sur les lacunes et les difficultés liées à cette problématique et plus spécifiquement sur la rémunération des dons de gamètes.

Environ un couple belge sur six est aujourd'hui confronté à une infertilité et, chaque année, plus de 15.000 couples ont ainsi recours à des hormones de la fertilité stimulant les follicules pour une fécondation in vitro. On estime ainsi que 2% des enfants nés en Belgique ont été aidés à la conception. Cette proportion pourrait toutefois passer à 10% d'ici 15 à 20 ans, ce qui est bien entendu un progrès en soi.

Si le don de spermatozoïdes est aujourd'hui répandu, le don d'ovocytes reste encore rare. Il existe ainsi un gros décalage entre la demande et l'offre. Certains pays européens, notamment l'Espagne et la Grèce, pour encourager ces dons à haute valeur, indemnisent les donneuses. Cette pratique étrangère semble donner des idées à certains dans notre pays. Ainsi, une clinique de la fertilité à Louvain s'apprêtait à mener une active campagne de communication afin de recruter des étudiantes et les inciter à faire don de leurs ovocytes et ce, moyennant 750 euros.

Les avis sont évidemment partagés sur la question et, ainsi, certains centres de fertilité, l'association flamande des gynécologues, certaines facultés de médecines et hôpitaux universitaires, ont déjà émis de sérieuses réserves quant à ce type de pratiques, notamment en raison des conséquences physiques et psychologiques qu'elles induisent encore accentuées par l'âge des donneuses ciblées.

Vous avez par ailleurs clairement indiqué voici quelques semaines que la loi n'autorisait, en l'état, pas ce type de pratique. Madame la ministre, selon les informations dont vous disposez, quel est actuellement le délai moyen d'attente pour pouvoir bénéficier d'un don d'ovocytes et que peut-on envisager pour réduire ce délai?

Estimez-vous qu'une campagne d'information fédérale nationale sur l'assistance médicale à la procréation et sur les dons de gamètes, tant à l'égard des professionnels que du grand public, soit aujourd'hui une nécessité et ce en vue de limiter des risques de dérapages, de sensibiliser et d'encourager les dons?

Une action judiciaire est-elle envisageable contre la démarche mercantile de la clinique de la fertilité de Louvain qui s'éloigne de la philosophie de la loi? Que pensez-vous, plus globalement, des pratiques en

matière de rémunération utilisées dans nos pays voisins?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, pour ce qui concerne le délai moyen d'attente pour pouvoir bénéficier d'un don d'ovocytes, il se situe entre un et deux ans. Ce délai est expliqué par le fait, d'une part, que le prélèvement d'un ovocyte ainsi que la stimulation hormonale qui précède ce prélèvement sont très lourds, et non sans risques pour la femme donneuse et, d'autre part, que la demande croît régulièrement, notamment parce que l'âge auquel la plupart des femmes planifie le premier enfant augmente constamment.

Pour réduire ce délai, il faut bien entendu réfléchir sur la possibilité d'augmenter le don d'ovocytes. Vous avez parlé de campagnes de sensibilisation, il faudra examiner la chose. Il faut aussi identifier précisément les causes de l'augmentation de la demande et tenter de la contrôler. Il est dès lors nécessaire de transmettre des informations claires sur les risques de grossesse tardive. Une campagne d'information peut être utile en la matière.

Pour ce qui concerne le respect de la loi du 6 juillet 2007, j'ai été très claire en disant ce qui était possible et ce qui ne l'était pas. On ne peut pas faire de commerce mais on peut prendre en charge les frais inhérents au don de gamètes. La loi du 6 juillet 2007 ne prévoit pas de disposition qui permette au pouvoir exécutif de désigner les inspecteurs qui sont habilités à contrôler le respect de cette loi ainsi qu'à verbaliser les infractions. Suite à votre question, nous avons examiné le dossier de plus près; c'est ainsi que je vais prendre – ou le Parlement – les mesures nécessaires pour que cette compétence soit attribuée au service d'inspection de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Cette Agence est déjà compétente pour les matières relatives aux cellules et tissus non reproductifs.

En ce qui concerne les pays voisins, la situation est la suivante. En France, le don est gratuit mais il y a une indemnité pour les frais encourus. En Allemagne, le don d'ovules est interdit. Aux Pays-Bas, les dons d'ovules ne sont pas anonymes, ils sont gratuits mais il y a une indemnité pour les frais encourus.

01.03 Yvan Mayeur (PS): Madame la présidente, je remercie la ministre. Si une initiative est prise dans le cadre d'une loi-programme ou d'une loi ordinaire pour qu'il y ait des poursuites effectives en cas de transgression de la loi, ce sera une bonne chose.

La **présidente**: Nous pouvons nous attendre à trouver cette matière dans la future loi-programme.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Plus exactement, elle se trouvera dans une loi portant des dispositions diverses. Normalement!

La **présidente**: Nous serons là pour vous le rappeler et introduire un amendement si nécessaire, n'est-ce pas monsieur Mayeur!

01.05 Yvan Mayeur (PS): Oui.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de M. Joseph George à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la tarification du tiers payant dans le cadre de la convention dento-mutualiste" (n° 2356)

02 Vraag van de heer Joseph George aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tarifiering van de derdebetalersregeling in het kader van het akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen" (nr. 2356)

02.01 Joseph George (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, l'accessibilité aux soins est un combat de tous les jours. Quelle que soit la situation des prestataires de service, quel que soit le rang de ces prestataires de ces services – qu'il s'agisse de médecins, de dentistes –, les patients sont tout à fait différents selon les régions, les villes et les quartiers.

Nous savons aussi qu'en matière de soins dentaires, la prévention est essentielle et qu'il convient que les personnes qui connaissent des difficultés aillent consulter rapidement. Dans le cas contraire, un engrenage se met en place, avec des soins de plus en plus lourds et des conséquences de plus en plus graves pour les patients.

À travers cela, c'est la question du tiers payant qui se pose. Le tiers payant est pratiqué par de nombreux dentistes, notamment dans les quartiers défavorisés. N'est-ce pas là une forme de médecine préventive? N'est-ce pas là aussi un moyen de lutter contre certaines discriminations ou certaines exclusions sociales?

Je crois savoir que dans le cadre des conventions dento-mutualistes 2007-2008, il est question d'encadrer cette situation et de limiter les cas où l'on peut avoir recours à ce système.

Dès lors, je souhaiterais avoir votre avis sur la situation actuelle.

La **présidente**: Avant de donner la parole à Mme la ministre, j'attire votre attention sur le fait que cette question a déjà été posée. Les parlementaires qui ne suivent pas toutes les matières Santé de la commission ne vérifient pas systématiquement mais il faudra prendre l'habitude de vérifier si le sujet n'a pas déjà été abordé dans une autre question.

02.02 Joseph George (cdH): Je n'ai rien trouvé à ce sujet. J'ai dû mal regarder!

La **présidente**: En effet, vous n'avez pas bien regardé!

02.03 Laurette Onkelinx, ministre: Il s'agissait d'une question posée par Mme la présidente. Elle est donc fort bien au courant.

Comme je l'avais déjà indiqué en réponse à sa question, le projet d'arrêté royal visant à limiter le recours au tiers payant chez les dentistes découle de l'accord dento-mutualiste qui est en cours d'exécution depuis le 1^{er} janvier 2007. Cela signifie donc que j'ai les pieds et mains liés par cette décision qui concrétise une volonté commune des représentants des dentistes et des mutuelles.

Les partenaires de la convention dento-mutualiste souhaitent par l'intermédiaire de cette limitation lutter contre des abus observés par les commissions de profils dans le recours au tiers payant et à la notion de détresse financière. Il faut savoir que ce problème n'est pas neuf et que les accords précédents faisaient déjà référence à ce problème sans aller jusqu'à une limitation du tiers payant. Il faut également savoir que ces abus servent souvent de prétexte aux adversaires du tiers payant pour essayer de le remettre en question.

Sur le fond du dossier, il ne s'agit évidemment pas de remettre en question le principe du tiers payant, bien au contraire. La solution proposée ne prévoit d'ailleurs pas de retrait automatique de l'usage du tiers payant pour les dentistes dépassant ce pourcentage. En effet, à partir d'un constat de dépassement, commence alors une procédure contradictoire devant une commission chargée d'examiner les raisons du dépassement, notamment les caractéristiques sociales mesurables de la patientèle. Si le tiers payant a été appliqué de manière correcte, le dentiste ne se verra infligé aucune sanction.

Je rappelle également que ce système est instauré à la demande des mutuelles qui sont les premières à défendre par ailleurs le système du tiers payant.

Au vu de ce qui précède, je ne vois pas de raison valable de remettre en cause l'application de l'accord et donc de tous les avantages qu'il confère aux patients en refusant d'appliquer ce projet d'arrêté royal. Ceci dit, je suivrai de très près l'application de cet arrêté qui est toujours en cours d'approbation et évaluerai assez rapidement son efficacité sur le terrain.

02.04 Joseph George (cdH): Je remercie Mme la ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de M. Joseph George à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le service de cardiologie" (n° 2357)

03 Vraag van de heer Joseph George aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dienst cardiologie" (nr. 2357)

03.01 Joseph George (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, votre prédécesseur avait été

amené à prendre, à deux reprises, des dispositions qui concernaient la réforme des centres de cardiologie hospitalière.

Dans le cadre de ces mesures, il était entre autres prévu que l'activité B2 et B3, qui visait la chirurgie lourde en matière de cardiologie, serait recentrée sur une trentaine de sites.

Cela signifiait que, si les patients pouvaient continuer à consulter leur cardiologue habituel dans les autres sites, notamment auprès d'hôpitaux régionaux de plus petite dimension, ces mesures risquaient de priver ces hôpitaux de la possibilité d'effectuer des opérations à caractère plus lourd et invasif.

Le Conseil d'État a, à deux reprises, annulé les arrêtés en question, de sorte que nous nous trouvons dans une situation où l'on ignore l'avenir tant pour les gestionnaires d'hôpitaux, pour les patients que pour tous ceux qui ont des problèmes de santé et qui sont amenés à consulter.

Je sais qu'il n'est pas d'usage d'interroger un ministre sur ses intentions. Néanmoins, deux arrêtés qui ont été pris ont été annulés par le Conseil d'État. Madame la ministre, au vu de la situation, entendez-vous prendre le dossier à bras-le-corps? Quelles solutions envisagez-vous? C'est tout l'équilibre entre les services assurés par les hôpitaux régionaux et les grands centres hospitaliers qui est en question.

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur George, vous suivez ce dossier de très près et je le comprends car c'est un dossier difficile.

Le Conseil d'État a annulé des décisions qui ont été prises par mon prédécesseur. Je ne vais pas me lancer dans une modification qui serait fragile. Je vais prendre le temps pour tenter de bien faire les choses. On me propose pour le moment d'apporter, à court terme, une modification à l'article 24 qui règle l'exploitation du programme de soins "pathologie cardiaque B" sur plusieurs sites. Cette modification aurait pour objectif de supprimer la confusion qui existe entre cet article 24 et l'article 76sexies de la loi sur les hôpitaux qui vise également la programmation et l'agrégation en cas d'exploitation sur plusieurs sites. Il s'agit de viser la possibilité de faire des associations entre programmes sur plusieurs sites, à condition que chaque site respecte l'ensemble des dispositions.

Nous y travaillons actuellement. J'attends les propositions mais, pour la réforme plus globale, je prendrai le temps!

03.03 Joseph George (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je crois que vous avez raison de prendre le temps parce que, ce que l'on a connu est toujours une situation d'insécurité et est pénalisant pour tous les acteurs. Il vaut dès lors mieux prendre le temps pour prendre une bonne décision.

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

04 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zoutgehalte in de voeding" (nr. 2505)

04 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la teneur en sel des produits alimentaires" (n° 2505)

04.01 Maya Detiège (sp.a-spirit):Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik begin eigenlijk over zout. U zult zich misschien afvragen waarom. Is dit dan zo'n belangrijk thema. Eigenlijk is dit iets dat ik al lang belangrijk vind. Iedereen neemt zout en het is ook een stille vijand van ons allemaal. Wij gebruiken het. Je ziet dat niet. Hoeveel gebruik je? Iedereen neemt een schepje zout. Je bent er niet echt bewust mee bezig. Dat is een van de redenen waarom ik deze vraag vandaag wil stellen.

De meesten weten dat men zout gebruikt om smaak bij de voeding te doen maar het wordt voedingstechnologisch ook heel vaak gebruikt als stabilisator in een voeding en natuurlijk ook voor de smaak. De verhouding van zout is meestal 40/60, 40 voor natrium en 60 voor chloor. De dagelijkse behoefte in België zou voor een volwassene normaal 0,57 tot 3,5 gram bedragen. Een volwassene in goede gezondheid mag per dag maximum 8,75 gram zout eten. Als we de Wereldgezondheidsorganisatie volgen, zou dit maar 6 gram mogen zijn.

Wat zien wij? Het dagelijkse zoutgebruik in België ligt veel hoger. Het schommelt rond de 8 à 9 gram op dit ogenblik. Dit is het gemiddelde dat uit een aantal studies is gebleken. In andere landen zou dit soms zelfs nog hoger liggen. De meeste mensen hebben geen idee van de hoeveelheid zout die zij dagelijks innemen. De voedingsproducenten spelen hierin een heel belangrijke rol. Er worden bijvoorbeeld steeds meer kant-en-klare maaltijden geconsumeerd en in die gerechten zit vaak veel te veel zout. Als het zoutgehalte correct is dan weet de consument nog altijd niet goed hoeveel er precies inzit want dat wordt heel vaak onvoldoende duidelijk aangegeven.

Nochtans kunnen grote hoeveelheden natrium in het lichaam op lange termijn nadelige gevolgen hebben. Dat weet volgens mij iedereen. Denken we maar aan hypertensie, te hoge bloeddruk. Dit is een van de gevolgen van te veel natrium in het lichaam. Wat mij ook verontrust is dat de hoge zoutwaarde in brood- en bakkerijproducten eigenlijk ongestraft wordt gelaten. In België overschrijdt die zelfs de wettelijke limiet. Voor producten zoals brood, bestemd voor dagelijkse consumptie, is dit onaanvaardbaar. Ik denk ook aan gezonde ontbijtgranen die te veel zout bevatten. Hetzelfde geldt voor kaasproducten.

Uit een tamelijk recent onderzoek – ze hebben onderzoek gedaan bij 2.000 kinderen in Groot-Brittannië – blijkt dat als ze minder zout eten, ze ook minder suikerrijke drankjes gaan drinken. In de Europese Unie engageerden verschillende landen zich om een beleid op poten te zetten om het zoutgehalte terug te dringen tot een aanvaardbaar niveau. Het is zo dat enerzijds de consument moet worden gesensibiliseerd maar anderzijds moeten de fabrikanten ertoe worden verplicht minder zout in hun producten te verwerken. In Frankrijk en Engeland zijn er initiatieven genomen en ik zou heel graag hebben dat dit in België iets meer op de voorgrond komt. Als men vaststelt dat 80% van het zout dat wij innemen, toegevoegd is aan die producten dan stel ik mij vragen bij de wettelijke limiet. In die zin kan de bevolking zijn best doen om iets te doen aan de hoge bloeddruk, maar als de producenten zich niet houden aan de wettelijke normen dan heb ik het daar moeilijk mee.

Ik had graag een antwoord gekregen van de minister over de manier waarop zij meent een oplossing te kunnen bieden zodat producenten duidelijk wordt gemaakt dat dit niet kan. Ik denk vooral aan de broodproducenten maar ook degenen die kant-en-klare voeding maken en al de andere die ik daarnet heb opgesomd.

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Detiège, ik deel uw bezorgdheid in verband met het zoutgehalte in voeding en het zoutverbruik in België. In verband met de voedingsaanbevelingen voor België van de Hoge Gezondheidsraad waarnaar u verwijst, kan ik u informeren dat ze momenteel worden herzien.

De maximale zoutinname zou moeten verlaagd worden in overeenstemming met de internationale aanbevelingen. In 2006 heeft mijn voorganger het Voedings- en Gezondheidsplan gelanceerd waarbij de vermindering van de zoutinname als een van de zes nutritionele objectieven opgenomen is. In dit raam werd in juli 2007 een werkgroep zoutreductie in de voedselketen opgericht met als mandaat zoutreductie te bekomen door de implicatie van alle betrokken sectoren, met name wetenschappelijke experts, de federaties voor voedingsindustrie, distributie, horeca, catering, de brood- en vleesbereide maaltijden, glutenverwerkende sector, consumentenorganisaties en het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid.

Tegen einde maart verwachten wij concrete maatregelen van alle betrokken sectoren. Indien dit overleg dat gebaseerd is op een vrijwillige aanpak van de diverse betrokken sectoren, niet het gewenste resultaat oplevert, dan zullen er andere strategieën uitgewerkt worden waaronder reglementerende maatregelen.

Deze aanpak is volledig in lijn met de aanbevelingen van internationale instanties. Uit gegevens van de voedselconsumptiepeiling die in 2004 werd uitgevoerd bij de bevolking ouder dan 15 jaar, blijkt dat 80% van de personen boven de aanbeveling van de WGO zit. Bovendien is dit cijfer nog onderschat omdat er geen rekening gehouden werd met het zout dat toegevoegd wordt door het individu thuis of op restaurant. Het is daarom dat in het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan 2008 een studie zal uitgevoerd worden waarbij de totale zoutinname exact kan gekwantificeerd worden door middel van 24 uur urinestaalname en sodiumbepaling bij een representatief staal van de Belgische bevolking.

De voedselconsumptiepeiling geeft ook verdere nuttige indicaties inzake de voedingsmiddelen die het meest bijdragen tot de zoutinname: brood en graanproducten 28%, vlees en vleesproducten 18,9%, sauzen, kruiden en specerijen 14%, soepen 11,7%, melkproducten 9,91%, kaas draagt bij voor 7,3% van de

zoutinname.

Brood draagt dus reeds bij tot een kwart van de zoutinname.

Hoe dan ook, brood is essentieel in een evenwichtige voeding. België was pionier in Europa op het vlak van zoutnormering van brood. Sinds 1985 is het gehalte aan zout in brood gereguleerd tot maximum 2% op de hoeveelheid droge stof. Deze norm kwam progressief tot stand zodat de bevolking zich kon aanpassen aan de veranderde smaak van het brood. De resultaten van de controles van het FAVV wijzen echter uit dat de realiteit van de norm afwijkt. De Federatie van Grote en Artisanale Bakkerijen in België en de Bakkerij Toeleveranciers Federatie zijn zich ondertussen bewust van de problematiek en hebben in de werkgroep zoutreductie aangegeven dit probleem direct proactief aan te pakken.

Omdat de vrije circulatie van producten op de Europese markt de huidige normering in het gedrang brengt, is het een goede zaak dat de Europese commissie zoutreductie als prioriteit naar voren heeft geschoven in het raam van haar Witboek inzake voeding en gezondheid. België neemt eveneens deel aan het recent opgezette zoutactienetwerk van WHO Europa dat door het Verenigd Koninkrijk wordt geleid. Deze groep zal op 18 en 19 maart 2008 samenkomen. België is uitgenodigd om zijn ervaring uit te wisselen inzake de reglementering van het gehalte aan zout in brood.

04.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Ik kan alleen maar zeggen dat dit heel positief klinkt. Er wordt in de bestaande werkgroepen blijkbaar toch werk geleverd.

U spreekt over een concrete maatregel die einde maart zou kunnen worden getroffen aan de hand van de resultaten die uit die werkgroepen komen. Zoals u zegt is het op dit moment vrijwillig. Ik ga ervan uit dat zij zich eraan zullen houden. De enige vraag die ik nu nog heb, is of u een evaluatie zult laten uitvoeren als dit niet gebeurt. Is daarvoor al in een planning voorzien? Zal dit binnen een zestal maanden plaatsvinden? Of staat die termijn nog open?

Wat de broodproductie betreft, heel veel mensen hebben graag lekker brood. Er zijn daarom heel veel bakkers geneigd om dat zoutgehalte hoog te houden. Ik zou graag toch enige garantie hebben dat zij zich aan hun woord zullen houden.

04.04 Minister Laurette Onkelinx: Ik wacht op de resultaten van de werkgroep. Indien er geen concrete beslissingen of voorstellen zijn, zal ik op eigen autoriteit nieuwe normen voorstellen.

04.05 Maya Detiège (sp.a-spirit): Dank u wel.

La **présidente**: Vous pouvez aussi jeter un œil dans le bref rapport que nous avons rédigé sur la réunion relative au Plan National Nutrition Santé, où avait été abordée la question du sel – puisque nous en mangeons trop, au détriment de l'iode. Il reste pas mal de travail à accomplir.

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

05 Vraag van mevrouw Linda Vissers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de permanente vorming in de ambulanciersscholen" (nr. 2538)

05 Question de Mme Linda Vissers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation de la formation permanente dans les écoles pour ambulanciers" (n° 2538)

05.01 Linda Vissers (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in het koninklijk besluit van 13 februari 1998 betreffende de opleidings- en vervolmakingscentra voor hulpverleners-ambulanciers vinden wij de wetgeving betreffende het organiseren van de basisopleiding en de permanente vorming in de ambulanciersscholen.

Een hulpverlener-ambulance dient jaarlijks 24 uur permanente vorming te volgen en een vijfjaarlijkse evaluatie te doen om zijn 100-badge te kunnen behouden. De permanente vorming staat open voor kandidaat-hulpverleners die werkzaam zijn bij een 100-erkende ziekenwagendienst of met toestemming van de provinciale gezondheidsinspecteur. Op dit ogenblik biedt iedere ambulanciersschool een eigen programma aan, dat wordt goedgekeurd door de provinciale gezondheidsinspecteur.

Op 14 juni 2007 vond er op de FOD Volksgezondheid een overlegvergadering plaats met alle ambulanciersscholen. Tijdens die vergadering werd een voorstel voor de organisatie van de permanente vorming voorgelegd. Het zou de bedoeling zijn dat alle scholen, conform het schema, permanente vorming zullen organiseren.

Vanuit de Federale Overheidsdienst zou er op 1 januari 2008 een omzendbrief worden verstuurd waarin het nieuwe systeem wordt toegelicht. Graag had ik een antwoord op volgende vragen.

Ten eerste, werd de inhoud van bovenvermelde omzendbrief reeds bepaald?

Ten tweede, wanneer zal de minister de omzendbrief versturen naar de verschillende ambulanciersscholen?

Ten derde, wordt er een ingangsdatum bepaald?

Ten vierde, kan de minister de richtlijnen van de omzendbrief even toelichten?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De principes van een hervorming die ertoe strekt de vorming van de hulpverleners-ambulanciers te verbeteren werden voor advies voorgelegd aan de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Een evaluatie van de kosten die verbonden zijn aan de uniformering van de examens voor de hulpverleners-ambulanciers moet nog worden afgerond en moet samengaan met een planning voor een bruikbare aanwending, inclusief onder meer een aanbesteding en een aanpassing van het koninklijk besluit van 30 februari 1998 inzake de opleidings- en vervolmakingscentra voor hulpverleners en ambulanciers.

Rekening houdend met de vereisten lijkt het aannemelijk de rondzendbrief voor het einde van het eerste semester van 2008 te overwegen. Vervolgens lijkt het mij perfect doenbaar te overwegen dat voor 1 januari 2009 de examens en de permanente vorming van de hulpverleners-ambulanciers aan de hand van de nieuwe principes die in de rondzendbrief zullen staan van start gaan, te weten: de verplichte onderwerpen, inclusief de cardiopulmonale reanimatie, de richtlijnen inzake de evaluatiemodaliteiten, en het gebruik van simulatiepoppen.

05.03 **Linda Vissers** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij. Er was gezegd dat op 1 januari 2008 de brief zou aankomen. U hebt ook de uniformisering van examens er nog bijgenomen. Dat is een positieve zaak. Ook de scholen zijn daarvoor vragende partij. De scholen zullen deze omzendbrief zeker toejuichen. Zo is er overal, zowel op Vlaams als Waals gebied, dezelfde toepassing, zowel voor het inrichten van de permanente vorming als het inrichten van de examens voor de verlenging van de 100-badje.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 **Question de M. Olivier Chastel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le maintien du caractère universitaire des institutions hospitalières publiques de Charleroi" (n° 2547)**

06 **Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het behoud van het universitair karakter van de openbare ziekenhuizen van Charleroi" (nr. 2547)**

À la suite d'un incident technique, une partie de l'enregistrement digital fait défaut. Pour la question n° 2547 de M. Olivier Chastel, le compte rendu se base sur le texte remis par l'intervenant.

Ingevolge een technisch mankement ontbreekt een deel van de digitale geluidsopname. Voor vraag nr. 2547 van de heer Olivier Chastel steunt het verslag uitzonderlijk op de tekst die de spreker heeft overhandigd.

06.01 **Olivier Chastel** (MR): Madame la ministre, historiquement, l'ULB avait décentralisé une partie de ses lits universitaires (200) dans le Hainaut (dont 100 à Charleroi et à Vésale) sur la base de l'arrêté royal du 14 novembre 1978 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital ou de service hospitalier universitaire.

Le 7 juin 2004, le ministre de la Santé publique et des Affaires sociales promulguait un arrêté royal fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpitaux universitaires. Cet arrêté royal a, par ailleurs, été modifié à deux reprises par les arrêtés royaux du 13 juin 2005 et du 17 novembre 2006.

Cette réglementation concerne également la désignation des services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires et programmes de soins universitaires qui ne sont pas situés dans les hôpitaux académiques.

L'arrêté royal du 14 novembre 1978 n'a pas été annulé et les deux textes coexistent actuellement.

Il a été confirmé que l'arrêté royal du 7 juin 2004 n'affectait nullement les désignations en qualité d'hôpital universitaire ou de service hospitalier universitaire qui ont été effectuées sur la base des conditions énoncées dans l'arrêté royal du 14 novembre 1978.

Madame la ministre, même si l'arrêté royal du 14 novembre 1978 n'a pas été abrogé et que la coexistence des deux textes permet pour l'instant de maintenir le statut universitaire, le secteur craint qu'à l'avenir, il sera intenable de distinguer les "lits universitaires" des "services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins hospitaliers universitaires."

La perte de cette qualification serait dramatique, tant pour le corps médical que pour l'image de marque du CHU de Charleroi auprès de la population.

Madame la ministre, confirmez-vous l'interprétation de ces deux législations et la volonté du gouvernement de maintenir les désignations en qualité d'hôpital universitaire ou de service hospitalier universitaire qui ont été effectuées sur la base de l'arrêté royal de 1978?

Une modification de la législation visant une plus grande sécurité juridique est-elle à l'étude? Dans l'affirmative, vers quoi s'oriente-t-on?

Une concertation avec les différents acteurs est-elle prévue dans un proche avenir pour rassurer le secteur?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, l'arrêté royal du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire des services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires ou programmes de soins hospitaliers universitaires prime sur l'arrêté royal du 14 novembre 1978 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital ou de service hospitalier universitaire.

Bien que l'arrêté royal du 14 novembre 1978 ne soit plus d'application pour l'avenir, tous les services universitaires désignés sur base de cet arrêté royal gardent leur désignation en vertu des arrêtés royaux qui les ont désignés de manière spécifique. La volonté du gouvernement a toujours été de maintenir, par la coexistence des deux législations citées, les désignations de lits universitaires effectuées sur base de l'arrêté royal de 1978.

Étant donné qu'un recours en annulation au Conseil d'État contre l'arrêté royal du 17 novembre 2006, qui a modifié l'arrêté royal du 7 juin 2004, est pendant, il faut attendre l'avis du Conseil d'État avant d'envisager une modification législative.

06.03 Olivier Chastel (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. Votre réponse est claire dans l'attente de l'avis du Conseil d'État pour l'arrêté royal de novembre 2006. Elle confirme en tous points ce que votre prédécesseur avait dit quant à l'arrêté royal précédent.

En l'état actuel des choses, je me réjouis donc de la confirmation de la qualité de "lits universitaires" des 200 lits qu'a, en province, l'ULB.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van het kiwimodel" (nr. 2595)

07 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation du modèle kiwi" (n° 2595)

La **présidente**: La question n° 2595 de M. Goutry a été retirée.

La question n° 2630 de Mme Muylle est reportée à la semaine prochaine.

08 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "myelodysplasie" (nr. 2710)

08 Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la myélodysplasie" (n° 2710)

08.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het myelodysplastisch syndroom is een van de hematologische kwaadaardige aandoeningen waaraan ongeveer 300.000 mensen in de wereld lijden.

Het syndroom doet zich voor wanneer bloedcellen in een onrijp stadium - het zogenaamde blaststadium - blijven binnen het beenmerg en zich niet ontwikkelen tot rijpe cellen die in staat zijn de noodzakelijke functies te verrichten. Uiteindelijk kan het beenmerg gevuld raken met blastcellen die de gewone celontwikkeling onderdrukken.

Volgens de American Cancer Society worden in de Verenigde Staten elk jaar 10.000 tot 20.000 nieuwe gevallen van dit syndroom vastgesteld.

De gemiddelde overlevingskans gaat van ongeveer zes maanden tot zes jaar naargelang de verschillende classificaties. De patiënten zijn vaak afhankelijk van bloedtransfusies om de symptomen van anemie en vermoeidheid te bestrijden en kunnen door de frequente transfusies een levensbedreigend teveel aan ijzer of een ijzertoxiciteit ontwikkelen. Dat benadrukt de nood aan nieuwe behandelingen die de oorzaak van de aandoening bestrijden in plaats van de symptomen ervan.

Er zijn op de Amerikaanse markt geneesmiddelen beschikbaar waarmee men hier reeds studies doet. Een daarvan is het geneesmiddel Revlimid. Er is hiervoor nog geen terugbetaling. De patiënten worden nog steeds behandeld met het geneesmiddel dat de firma gratis ter beschikking stelt van oncologen teneinde na te gaan hoe patiënten reageren op de proefbehandelingen.

Er rijst een probleem omdat er hiervoor geen terugbetaling bestaat.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van het bestaan van deze therapie? Overwegen u of uw diensten het geneesmiddel op te nemen in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten? Blijkbaar bestaat er daaromtrent een probleem.

08.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Block, Revlimid werd in de Verenigde Staten door de Food and Drug Administration op 28 december 2005 geregistreerd voor de behandeling van het myelodysplastisch syndroom met het specifieke karyotype 5q.

Op Europees niveau werd door het European Medicines Evaluation Agency - EMEA - op 24 januari 2008 toegestaan om Revlimid op de markt te brengen voor het behandelen van myelomen, maar nog niet voor myelodysplasie. De aanvraag voor toelating op de markt voor deze aandoening wordt momenteel bestudeerd door het Committee for Medicinal Products for Human Use van het EMEA.

Het bedrijf kan vandaag dus geen dossier indienen met aanvraag tot terugbetaling voor de indicatie myelodysplasie op basis van de toestemming van het EMEA om het op de markt te brengen. De commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kan derhalve geen procedure opstarten voor de terugbetaling van deze indicatie.

Tot nu toe werd door het bedrijf trouwens nog geen enkel dossier in die zin ingediend bij de commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

08.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor haar antwoord. Het was ook de patiënten en de behandelende oncologen niet duidelijk waarom men eigenlijk wachtte om dit geneesmiddel terugbetaald te krijgen. We moeten dus terug naar het Europees Geneesmiddelenagentschap.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Arens m'a signalé qu'il ne posera pas sa question n° 2713 aujourd'hui. Je sais qu'une phrase de sa question fait référence à la province de Luxembourg!

Par ailleurs, cette question a déjà été posée à de nombreuses reprises et je crois connaître la réponse qu'il va obtenir sur le numerus clausus.

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: Sa question est intéressante mais on me l'a déjà posée 5 fois. J'essaie d'être cohérente et de donner à chaque fois la même réponse...

09 Question de Mme Véronique Salvi à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surfacturation en cas d'assurance hospitalisation" (n° 2714)

09 Vraag van mevrouw Véronique Salvi aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aanrekenen van te hoge kosten voor patiënten met een hospitalisatieverzekering" (nr. 2714)

09.01 Véronique Salvi (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, la semaine passée, différents journaux du Nord du pays ont relaté que les personnes qui devaient être hospitalisées avaient intérêt à dire qu'elles ne bénéficiaient pas d'une assurance hospitalisation au risque d'être surtaxées. En effet, certains hôpitaux facturent des suppléments lorsqu'ils savent que le patient possède une assurance. C'est une question qui n'est pas neuve, ces pratiques ont déjà été dénoncées à maintes reprises.

À partir du moment où cette problématique est remise sur la table, je trouvais intéressant de vous entendre sur le sujet pour voir où on en est à l'heure actuelle.

Des mesures sont-elles en vigueur pour mettre fin à cette pratique? A-t-on déjà constaté des résultats au niveau de tentatives de solution? À votre avis, les personnes hospitalisées ont-elles vraiment la possibilité de ne pas répondre à cette question de l'assurance qui est systématiquement posée et figure sur tous les formulaires d'admission?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame, comme vous l'avez dit, ce problème a déjà été maintes fois dénoncé. La détention de témoignages sur cette question est une chose mais l'établissement d'un lien clair entre le fait de posséder une assurance hospitalisation et la facturation de suppléments justifiée par cette situation en est une autre. En effet, il est très difficile – certains disent que c'est impossible – d'établir ce lien.

Lorsqu'un patient émet une série d'exigences particulières qui conduisent le médecin à demander des suppléments, il n'existe aucune distinction formelle entre les patients qui sont couverts par une assurance privée et les autres. Il est exact que de nombreux hôpitaux demandent cette information au patient lors de l'admission mais cette demande a pour premier objectif d'évaluer si le patient sera en mesure d'honorer les factures qui peuvent, en fonction des hôpitaux, être très lourdement lestées par le choix d'une chambre individuelle, par exemple.

De là à dire que cette pratique conduit à de la surfacturation systématique, je ne peux franchir ce pas, faute d'éléments objectifs et quantifiables à ma disposition et surtout faute de perspective de pouvoir disposer un jour de ces éléments.

En outre, pour pouvoir intervenir de manière coercitive dans cette matière, il me faut pouvoir établir que ces pratiques induisent un préjudice pour l'assurance maladie. Ce n'est pas le cas, hormis sans doute la facturation d'examens ou de prestations non justifiés mais pour lesquels des mécanismes de contrôle ad hoc existent déjà et fonctionnent au travers de la loi sur la responsabilisation des prestataires de soins.

Il me semble qu'il est politiquement nettement plus urgent de se poser la question de l'encadrement des suppléments d'honoraires. Il faut être clair, on ne pourra jamais les supprimer complètement, notamment dans les chambres individuelles, tant que celles-ci ne constitueront pas un standard en matière d'hospitalisation.

Par contre, il me paraît essentiel de pouvoir garantir à tous, assurés et non-assurés, de bénéficier du meilleur traitement possible avec un minimum de suppléments d'honoraires.

De nombreuses initiatives ont déjà été prises par mes prédécesseurs en matière de réglementation et de protection des patients séjournant en chambre commune et en chambre double, mais également en

chambre individuelle dans certains cas. Il me semble important d'aller plus loin dans cet encadrement.

Je note à cet égard que l'accord medicomut contient des dispositions intéressantes sur ces sujets. Médecins et organismes assureurs souhaitent avancer de concert dans ce dossier. C'est le signe qu'une prise de conscience a eu lieu et que des progrès significatifs pourront être engrangés dans cette matière.

Je souhaite donc laisser pleinement jouer le jeu de la concertation tout en restant très attentive à la possibilité de voir émerger rapidement des résultats significatifs qui permettent de réduire la facture du patient.

09.03 Véronique Salvi (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie et je me réjouis du suivi politique de la chose. Je crois également que c'est par la concertation qu'on résoudra les problèmes.

Pour apporter un complément à la réflexion, j'ajouterai qu'il serait intéressant, au niveau de l'encadrement, de travailler sur l'information au patient dès l'entrée en hôpital. En Belgique, le bât blesse: différentes études européennes démontrent que nous perdons du terrain en ce qui concerne cet aspect informatif. Il serait donc opportun d'avoir également une réflexion globale sur cette information au patient.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Peut-être serait-il intéressant de prendre le temps d'examiner ces dossiers documentaires remis aux entrants concernant les facturations, les prix, etc.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: M. Gilkinet pose une question sur cette problématique.

La **présidente**: Cette question n° 2726 de M. Gilkinet à propos des honoraires médicaux est reportée en fin de réunion ou à la semaine prochaine.

Même chose pour la question n° 2728 de Mme Smeyers.

La question n° 2724 de M. Brotcorne a été transformée en question écrite.

La question n° 2759 de Mme Avontroodt concernant l'acier radioactif sera posée en commission de l'Intérieur.

10 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "chronisch nierlijden" (nr. 2760)

10 Question de Mme Yolande Avontroodt à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les affections rénales chroniques" (n° 2760)

10.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, in het Europees Parlement vroeg men aandacht voor een ander belangrijk gezondheidsitem, met name het chronisch nierlijden. Ik was zelf wel versteld van de gegevens waaruit blijkt dat 10% van de Europese bevolking zou lijden aan een of andere vorm van nierlijden, wat mij enorm veel lijkt. 10% is niet niks. Het is alweer hetzelfde verhaal: onvoldoende gegevens, onvoldoende preventie, onvoldoende snelle diagnose en tegelijkertijd een aantal maatregelen om dat op een coherente en gestructureerde manier aan te pakken, zowel inzake preventie als inzake behandeling.

Die European Kidney Health Alliance heeft een breed draagvlak en heeft een aantal afspraken gemaakt om dit op Europees niveau aan te kaarten. Dit staat naast het feit van de lange wachtlijsten alvorens men in aanmerking komt om een niertransplantatie te krijgen.

Mevrouw de minister, daarom zou ik ook uw aandacht willen vragen op nationaal vlak. U wenst te werken met een aantal gezondheidsdoelstellingen en die moeten gedefinieerd worden. Vandaar mijn vraag, ook aansluitend bij de gevoeligheden rond hypertensie, om hier toch aandacht aan te besteden en eventueel ook een gezondheidsdoelstelling te formuleren rond het chronisch nierlijden.

Er waren toch wel heel sterke voorbeelden, onder meer van het Verenigd Koninkrijk, waar men reeds berekend had dat dialyse 2% van het totale National Health Service-budget betreft. Men verwacht dat die

cijfers meer dan verdubbelen tijdens de komende 5 jaar.

Vandaar dat er mijns inziens toch echt wel argumenten zijn om niet alleen de toegang tot niertransplantatiezorg te verbeteren, maar ook een aantal systemen op te zetten om vroegdiagnose te verbeteren. Die zijn eigenlijk heel eenvoudig. Er is de aandacht voor de bloeddruk, aandacht voor diabetes en aandacht voor proteïnurie of een systematisch eenvoudig onderzoek van de urine van de patiënten bij een screening.

Daarom, concreet mevrouw de minister, heb ik volgende vragen.

Kan u het probleem van chronisch nierlijden, nierdialyse en niertransplantaties schematisch of cijfermatig schetsen, nu of in de toekomst?

Hebt u zicht op het aantal wachtenden op de wachtlijst van een niertransplantatie?

Kunt u reeds resultaten voorleggen van de recente voorlichtingscampagne die zeer breed en zeer goed gehouden is onder impuls van onder meer uw voorganger?

Ondersteunt u de oproep van de European Kidney Health Alliance?

Zult u in samenspraak met de Gemeenschappen, maatregelen kunnen nemen inzake vroegdetectie en registratie?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Recente studies tonen inderdaad aan dat nierlijden veel voorkomt, bij 1 op 10 van de volwassen wereldbevolking. In België hebben 500.000 mensen een nierziekte. Deze patiënten hebben bijgevolg te maken met ernstige gevolgen, terminale nierinsufficiëntie, dialyse, transplantatie en cardiovasculaire mortaliteit. Bovendien zijn er nog de aanzienlijke kosten voor de patiënten en de ziekteverzekering.

In 2006 waren 10.000 mensen in behandeling voor een eindstadium van nierfalen door middel van dialyse of niertransplantatie. Het aantal nieuwe gevallen stijgt bovendien elk jaar met 6%. Momenteel wachten er 807 mensen op een niertransplantatie tegen 895 in 2007. Daar de indicaties toenemen, blijven ook de wachtlijsten.

Tot op vandaag hebben 80.468 Belgen zich officieel geregistreerd als potentiële orgaandonor dankzij de overheids campagne Beldonor. Ook het aantal opposities stijgt niet langer. Dit jaar herneemt Beldonor opnieuw haar campagne bij middel van een nieuwe affiche en publicitaire spots. Een didactische kit wordt ontwikkeld voor speciale doelgroepen ter bewustwording van orgaan- en weefseldonatie. Daarnaast ondersteunen wij zeer nadrukkelijk de oproep van de European Kidney Health Alliance waarvoor wij op regelmatige wijze actie ondernemen.

Wat uw laatste vraag betreft, het college van geneesheren van het behandelingscentrum voor chronische nierinsufficiëntie onderzoekt thans deze problematiek en heeft als taak het kwaliteitsniveau in dit vakgebied vast te leggen, en meer bepaald de externe evaluatie in alle domeinen van verzorging van chronische nierinsufficiëntie te organiseren. Er zijn reeds heel wat inspanningen geleverd met het diabetesplan. Obesitas verhoogt de bloeddruk en het risico op hart- en vaatziekten en bij afwijkingen van de urinewegen ook nierstenen of een vergrote prostaat. Wij zijn ons bewust van de noodzaak de verhoogde kans op nierproblemen vroeger te detecteren maar dit behoort, zoals u heeft gezegd, tot de preventie en dit moet dus in overleg met de Gemeenschappen worden opgevolgd.

10.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik onthoud twee belangrijke punten uit uw antwoord.

Ten eerste, er zijn vijfhonderdduizend patiënten met chronisch nierlijden. Dat is ontzettend veel. Ik was mij er niet van bewust dat er zoveel patiënten aan chronisch nierlijden in ons land lijden.

Dat verantwoordt mijn inziens toch wel er een actiepoint en een gezondheidsdoelstelling rond te formuleren. Bijvoorbeeld, wij willen het aantal chronische patiënten verminderen met 10% per jaar. Dan hebt u een echte concrete gezondheidsdoelstelling.

Ten tweede, ik ondersteun uw oplossing aangaande de colleges, waaronder het college dat u vermeldt, het college van de nefrologen, vermoed ik. Die colleges moeten mijns inziens ook logistiek ondersteund worden, samen met andere colleges – u moet dat zelf maar bevragen. De colleges zijn namelijk de instrumenten bij uitstek om de kwaliteit van de zorgen voort uit te werken. Ik denk dus dat er meer ruimte en zuurstof gegeven moet kunnen worden aan de colleges binnen uw administratie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: Nous cesserons nos travaux à 16.15 heures. Mmes Almaci et Smeyers avaient prévenu qu'elles arriveraient en retard. Je vais donc leur passer la parole puisque leurs questions sont dans la suite de l'agenda. Puis nous arriverons à la question de M. Flahaux. Je ne sais pas si nous pourrions aller plus loin.

11 Vraag van mevrouw Meyrem Almaci aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "inspanningen die kunnen bijdragen aan de goedkeuring van het zogenaamde Gaborone-amendement" (nr. 2562)

11 Question de Mme Meyrem Almaci à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les efforts susceptibles de contribuer à l'approbation de l'amendement dit de Gaborone" (n° 2562)

11.01 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Mevrouw de voorzitter, ik kom net van de commissie voor de Financiën en de Begroting, waar ik ook een vraag moest stellen. Het ging erom af te wachten welke vraag het eerst aan bod zou komen, vandaar mijn laattijdigheid, waarvoor mijn excuses.

Mevrouw de minister, CITES is een internationale overeenkomst tussen regeringen met betrekking tot de internationale handel in bedreigde in het wild levende dier- en plantensoorten, met als doel deze plant- en diersoorten te beschermen tegen exploitatie door de internationale handel. Via het zogenaamde Gaborone-amendement zou het mogelijk zijn dat onder andere de Europese Unie als één partij kan optreden binnen de Convention on International Trade in Endangered Species of wild fauna and flora - CITES -, de conventie met betrekking tot de internationale handel in bedreigde in het wild levende fauna en flora. Voor dit mogelijk is moet het amendement van Gaborone goedgekeurd worden door voldoende betrokken partijen, namelijk 54. Tot op heden hebben 47 landen dit amendement geratificeerd. België is een van de landen die dat nog niet hebben gedaan. Het is belangrijk dat twee derde van de partijen dit goedkeuren. Het dateert al van 1983.

Mevrouw de minister, erkent u het nut van de ratificatie van het zogenaamde Gaborone-amendement met betrekking tot de CITES-regelgeving dat van de Europese Unie een overeenkomstige partij zou maken bij CITES? Kunt u mij meedelen of u inspanningen hebt geleverd met betrekking tot de ratificatie van dit amendement? Zo niet, waarom niet? Indien wel, dan ben ik alvast zeer blij. Wat zult u in de toekomst doen en op welke manier? Kunt u mij de resultaten meedelen ingeval u wel stappen hebt genomen? Kunt u mij verzekeren dat u deze inspanning zult voortzetten?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame Almaci, en bref, la Belgique a adopté l'amendement de Gaborone et l'instrument de ratification de la Belgique a été déposé le 30 juillet 1985. Nous sommes donc en ordre. Le problème, c'est qu'il n'y a pas suffisamment d'États qui ont ratifié l'amendement de Gaborone. La Commission européenne tente actuellement de convaincre au moins 7 des 33 États qui étaient parties à la CITES le 30 avril 1983 mais qui n'ont pas encore ratifié l'amendement, pour que celui-ci puisse entrer en vigueur au plus vite.

Voilà où nous en sommes. Pour le reste, la Belgique est prête et a fait le nécessaire en ce qui la concerne.

La **présidente**: Cela ne nous rajeunit pas!

11.03 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): (...)

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de HIV-thuistests" (nr. 2728)

12 Question de Mme Sarah Smeyers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les

tests HIV à effectuer soi-même" (n° 2728)

12.01 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, verschillende aanbieders op internet bieden een zogenaamde HIV-thuistest of HIV-zelftest aan waarmee de gebruiker zelf kan vaststellen of hij al of niet besmet is met het HIV-virus.

Men kan zich vragen stellen bij het gebruik van die zelftests, onder meer over de betrouwbaarheid ervan en over de wenselijkheid om de verkoop van dergelijke producten - vooral via internet - te verbieden.

In verschillende Europese landen wordt hierover een debat gevoerd. In Duitsland verbiedt men de verkoop van de HIV-zelftests via internet. In Nederland waren ze te koop bij de apotheker tot de Europese regelgeving de verkoop via apotheken onmogelijk heeft gemaakt.

Behalve de vragen die men kan stellen over de betrouwbaarheid en de moeilijkheidsgraad van het correct gebruik van die zelftests, rijzen er volgens mij een aantal andere vragen.

Een positieve HIV-test is een bijzonder ingrijpend gebeuren. Wie zich laat testen via de huisarts of via een ander kanaal met direct contact tussen de zorgverlener en de patiënt-cliënt, weet zich verzekerd van een directe opvang bij het meedelen van het resultaat. Zowel bij een positief als bij een negatief resultaat is het menselijk contact en de eerste opvang en begeleiding van groot belang.

Mevrouw de minister, in het licht hiervan wil ik u de volgende vragen stellen. Hebt u zicht op het gebruik van de HIV-zelftests in ons land? Werd daarnaar onderzoek verricht? Bestaan er cijfers over de verkoop van die tests? Hebt u zicht op de wijze waarop de sector - hulpverleners, vrijwilligersorganisaties en dokters - omgaat met het bestaan van die zelftests? Besteden de bestaande preventiecampagnes aandacht aan die zelftests? Indien ja, kunt u een overzicht geven van welke? Indien het bestaan van die zelftests op dit moment geen aandacht zou krijgen van hulpverleners, preventiemedewerkers en vrijwilligersorganisaties, acht u het dan raadzaam hen te verzoeken hieraan de nodige aandacht te geven? Acht u het wenselijk om, in navolging van bijvoorbeeld Duitsland, deze test ook in ons land te verbieden?

12.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, ik wil er u allereerst op wijzen dat er momenteel geen enkele HIV-thuistest via de officiële kanalen op de Belgische markt verdeeld wordt. Aangezien deze testen echter beschikbaar zijn via het internet, is het niet uitgesloten dat er Belgen zijn die deze test konden aanschaffen. U kent net zoals ik de problemen qua controle op het internet.

Uit de contacten die genomen werden met de hulptelefoons zoals de Aidstelefoon, blijkt verder dat zij nog niet te maken kregen met personen die deze HIV-thuistests zouden gebruikt hebben. Niettemin denk ik dat het belangrijk is om het grote publiek via informatiecampagnes te waarschuwen en uit te leggen welke de beperkingen en gevaren zijn van alle soorten zelftests die via het internet verkocht worden, waarvan de verspreiding niet gecontroleerd is en die dus niet betrouwbaar zijn. Een dergelijke campagne zou eveneens kunnen passen in het raam van de preventiecampagnes over aids die geregeld door de Gemeenschappen gevoerd worden. Ik zal misschien met mijn collega's over dit punt dialogeren tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

Wat betreft de andere Europese landen, in tegenstelling tot wat u zegt bestaat er in Duitsland geen beperking om deze HIV-thuistest op de markt te brengen. Andere landen daarentegen, zoals Nederland, beperken de verkoop exclusief tot de apotheken.

12.03 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Ik dank mevrouw de minister voor haar antwoord. Het is inderdaad zo dat de test in ons land - en dat is maar goed ook - nog niet via officiële kanalen in de apotheek verkrijgbaar is. Het is echter wel een probleem. Ik heb hier bij mijn papieren een print van de foto's die op internet via Pfeiffer beschikbaar zijn over die zelftest. Dat is toch iets waar volgens mij iets aan gedaan moet worden. Het is niet menselijk dat mensen...

12.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est autorisé par l'Union européenne. Il n'y a pas d'interdiction. Chez nous en Belgique, aucune demande n'a été introduite. Il n'y a donc pas de canal de distribution existant.

12.05 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): Beter voorkomen dan genezen.

12.06 Laurette Onkelinx, ministre: S'il y avait une demande - c'est plus difficile évidemment de dire non au

sein du Conseil européen –, il faudra en examiner la possibilité. S'il faut l'admettre, le mieux est, me semble-t-il, de le faire via des canaux tels que les pharmaciens, comme aux Pays-Bas. Il y aura au moins un contrôle et une information sera ainsi donnée.

12.07 Sarah Smeyers (CD&V - N-VA): De oplossing is dan misschien om het inderdaad te doen via de officiële kanalen, waarbij de betrokken apotheker daar dan aandacht kan aan besteden. Als het positief is, wordt men aangeraden naar een arts te stappen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12.08 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, comme ma grande amie Colette Burgeon est malade, je vais reporter ma question sur les antidépresseurs pour la joindre à la sienne la semaine prochaine. Je ferai de même pour la question jointe à celle de M. Deseyn sur les rayonnements électromagnétiques. Je me limiterai donc aujourd'hui à poser la question relative au Viagra.

La **présidente**: Les questions jointes n° 2764 de M. Jean-Jacques Flahaux et n° 2818 de Mme Colette Burgeon ainsi que les questions jointes n° 2764 de M. Jean-Jacques Flahaux et n° 2772 de M. Roel Deseyn sont donc reportées pour les raisons invoquées.

13 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques d'infertilité liés à l'utilisation du Viagra" (n° 2763)

13 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het risico op onvruchtbaarheid door het gebruik van Viagra" (nr. 2763)

13.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Le Viagra – et il est bien normal en tant que député MR que j'évoque la pilule bleue! – a apporté aux hommes la même libération sexuelle que la pilule pour les femmes. Je regardais d'ailleurs une émission télé sur Lucien Neuwirth il y a un jour ou deux qui montrait tout le travail que Lucien Neuwirth avait dû accomplir, avant Simone Veil pour l'avortement, pour combattre ces préjugés selon lesquels la pilule allait transformer les femmes en putes, ce qui nous paraît hallucinant.

C'est un vrai débat car on a tendance à banaliser le recours au Viagra qui, en termes commerciaux, est une success story qui représente pour son fabricant Pfizer 1,3 milliard d'euros depuis dix ans, puisqu'on fête les dix ans de la commercialisation du produit. Si on ajoute qu'il y a aussi le Cyalis, le Levitra, le Camagra, cela vous indique l'importance du sujet. Or, selon le Dr David Glenn, gynécologue à l'Université de Belfast, le Viagra aurait des effets négatifs sur la qualité du sperme et, partant, sur la fertilité. Ce serait notamment un problème pour les couples rencontrant des difficultés à procréer.

C'est aussi un souci en termes de renouvellement des générations si nombre de concitoyens recourent au Viagra de manière trop fréquente et importante, ne serait-ce que pour s'assurer un niveau de performance optimale lors de leurs échanges amoureux. Pour vous faire sourire, le "Courrier International" vient de sortir un numéro sur la guerre des sexes dans lequel on évoque que la révolution sexuelle du Viagra crée des problèmes. Une lectrice américaine se plaint en ces termes: "J'ai 62 ans et je suis mère de six enfants aujourd'hui adultes. Il y a deux ans, quand j'ai commencé à observer une diminution de l'ardeur de mon mari qui a 64 ans, ce fut une joie immense pour moi. Et qu'est-il arrivé? On a inventé un médicament du nom de Viagra et voici mon satyre de mari à nouveau en scène!"

La **présidente**: Le mari est peut-être persuadé que sa femme voulait qu'il soit performant!

13.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Encore de l'incompréhension! Je voulais faire sourire Mme la ministre pour la dernière question. Pour y revenir, vous pourriez objecter qu'en principe, ces médicaments ne sont délivrés que sur prescription médicale et avec un encadrement approprié. Mais nous savons tous, comme la question précédente le corrobore, que ces pilules s'achètent sans aucun problème sur internet et à un prix très concurrentiel, moins cher que dans les officines. Ainsi, madame la ministre, pouvez-vous me communiquer des informations rassurantes quant à l'innocuité du Viagra? Au cas où les résultats de l'étude citée s'avéreraient fondés, une étude d'information sur les risques d'un usage trop important ou prolongé du Viagra ne serait-elle pas nécessaire, tant vis-à-vis des médecins que vis-à-vis de l'opinion publique?

Cela fera l'objet d'une autre question mais je vous l'évoque d'ores et déjà. J'ai lu, avec une certaine inquiétude, qu'on observe de plus en plus chez des clubbers – des personnes qui sortent toute la nuit –

l'utilisation de mélanges cocaïne-Viagra, appelés "Coconut Poke". La cocaïne a comme conséquence de contracter les artères coronaires, entraînant parfois des crises cardiaques, tandis que le Viagra a des effets inverses et peut donc soigner un cocaïnomane. Aujourd'hui, madame la ministre, je me limiterai à ma première question.

La **présidente**: Un étiquetage sur les compositions s'avère nécessaire, de manière à ce qu'on puisse en connaître le contenu!

13.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, il est intéressant d'avoir un spécialiste du Viagra qui nous ouvre les yeux sur la réalité de ce produit.

À l'occasion de cette question, je tiens à rappeler que le Viagra est un médicament et que, comme n'importe quel médicament, il présente à la fois des bénéfices pour le patient mais aussi des risques. Une des missions de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et de l'Agence européenne des médicaments est justement de réévaluer régulièrement et de façon continue le profil bénéfices-risques des médicaments à la lumière de données scientifiques nouvelles.

La publication de David Glenn, que vous citez, est une étude in vitro, basée sur des conditions de laboratoire qui imitent la concentration sanguine observée après la prise d'une dose orale de Viagra. La transposition des conclusions d'une étude de laboratoire à la réalité clinique est toujours complexe et ne peut se faire que si elle est corroborée par d'autres publications scientifiques et par les effets indésirables notifiés par les professionnels de la santé dans le cadre de la pharmacovigilance.

Je vous signale qu'une revue récente de la littérature scientifique, parue en février 2008, a examiné l'influence du Viagra sur la fertilité de volontaires. Leurs conclusions ne confirment pas l'étude de Glenn et indiquent un effet plutôt positif du Viagra. Cela peut être dangereux pour votre sexagénaire qui a déjà six enfants mais c'est ainsi!

De plus, l'Agence n'a, jusqu'à présent, pas reçu de notification d'effets indésirables indiquant des problèmes d'infertilité liés à l'usage du Viagra.

Je ne dispose actuellement d'aucun élément justifiant de lancer une campagne d'information mettant en garde la population contre un hypothétique risque d'infertilité lié au Viagra. Comme c'est le cas pour tous les médicaments commercialisés, l'Agence et l'EMA continueront à assurer le suivi permanent du Viagra dans le cadre de la pharmacovigilance et, s'il y avait une conclusion nouvelle, nous en tirerons évidemment toutes les conséquences, notamment en termes d'information à la population.

13.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Cela ne mérite pas davantage de commentaires. J'ai eu l'occasion d'en donner suffisamment dans ma question de base.

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

14 Vraag van de heer Bruno Steegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stijgend aantal gevallen van darmkanker" (nr. 2783)

14 Question de M. Bruno Steegen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre croissant de cas de cancer de l'intestin" (n° 2783)

14.01 Bruno Steegen (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, vorige week was er in de pers een hele controverse over het feit dat darmkanker een van de belangrijkste doodsoorzaken is in België. Er is sprake van vierduizend nieuwe gevallen per jaar. Het is de op een na meest voorkomende kanker, na longkanker, en velt jaarlijks meer slachtoffers dan het verkeer.

Wanneer die ziekte in een vroeg stadium wordt ontdekt, is er een aanzienlijke kans op genezing. Gelet op het feit dat 75% van de mensen die darmkanker krijgen niet in een risicofactor vallen, is een goede preventie onontbeerlijk. In het geval van longkanker is er heel wat preventie, doch blijkt dat er bij darmkanker veel minder preventie is dan bij longkanker.

Mevrouw de minister, daarom zou ik van u graag het volgende willen weten.

Ten eerste, hebt u de intentie om meer preventieve projecten op te zetten in verband met darmkanker?

Ten tweede, hebt u plannen om de bevolking te sensibiliseren in verband met de gevaren van die ziekte?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer Steegen, ik wil er u eerst aan herinneren dat preventie een bevoegdheid is van de Gemeenschappen en niet van de federale overheid. Elke campagne die ertoe strekt de bevolking te sensibiliseren inzake betere voedingsgewoontes om bepaalde ziekten zoals colorectale kanker te voorkomen, behoort derhalve tot hun bevoegdheden.

Dat gezegd zijnde, blijft het een feit dat een betere samenwerking tussen alle beleidsniveaus die betrokken zijn bij de volksgezondheid de efficiëntie verbetert van elk apart binnen hun respectievelijke bevoegdheid. Zo doet bijvoorbeeld het voedings- en gezondheidsplan dat door mijn voorganger opgestart werd, een beroep op de coördinatie van eenieders inspanningen zodat de voedingsgewoontes van de hele bevolking gevoelig zouden kunnen verbeteren.

Bij het volgende stadium van de preventie, namelijk het vroegtijdig opsporen van de ziekte, hebben de Gemeenschappen en de federale overheid reeds een samenwerkingsakkoord afgesloten inzake de opsporing van borstkanker. Dat akkoord moet model staan voor de systematische opsporing van de twee andere vormen van kanker, waarvan het internationaal en unaniem erkend is als zijnde noodzakelijk door de wetenschappelijke en medische wereld, namelijk de opsporing van baarmoederhalskanker en van colorectale kanker.

In het raam van het kankerplan ben ik een dialoog gestart binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid over het voorkomen en vroegtijdig opsporen van kanker. Ik hoop dat dit snel zal uitmonden in een akkoordprotocol voor de systematische opsporing van baarmoederhalskanker.

Voor colorectale kanker starten zowel de Vlaamse als de Franstalige Gemeenschap momenteel een proefcampagne op voor het opsporen van deze kanker. We ondersteunen de inspanningen van de Gemeenschappen via de terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering van de analyse van de stoelgang, hetgeen nodig is voor de opsporing, en voor de colonoscopie van bevestiging indien de opsporing positief is.

Na de evaluatie van de voornoemde twee proefprojecten hoop ik vurig dat een overleg ten gronde binnen de interministeriële conferentie voor de Volksgezondheid het mogelijk zal maken om tot een akkoord van protocol te komen voor het systematisch en uniform vroegtijdig opsporen van colorectale kanker over het hele land.

14.03 **Bruno Steegen** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreid antwoord. Ik hoop dat de inspanningen worden voortgezet. Wij zullen dit verder opvolgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La présidente: Si vous voulez approfondir le sujet, mardi après-midi, il y aura une discussion sur le plan Cancer. Il n'y aura donc pas de questions l'après-midi, comme nous en avons convenu.

La réunion publique de commission est levée à 16.11 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.11 uur.