

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 22 DÉCEMBRE 2010

WOENSDAG 22 DECEMBER 2010

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.13 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.
La séance est ouverte à 14.13 heures et présidée par M. Hans Bonte.

De **voorzitter**: Collega's, wij worden om 14 u 30 verwacht in de plenaire vergadering. Het is de bedoeling om daar meteen tot de stemmingen over te gaan, tenzij er een procedure is. Wij worden daar telefonisch van op de hoogte gebracht. Dan wordt de vergadering geschorst.

De heren De Vriendt en Beuselinck willen een aantal mondelinge vragen omzetten in schriftelijke vragen. Dat kan op een manier waardoor de antwoorden in het bulletin van schriftelijke vragen komen. Collega's kunnen hun voorbeeld volgen. Deze praktijk zal zeker weinig protest oproepen.

01 **Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le plan alcool" (n° 1436)**

01 **Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het alcoholactieplan" (nr. 1436)**

01.01 **Valérie De Bue** (MR): Madame la ministre, le Plan d'action national alcool prévu de 2008 à 2012, a pour objectif de prévenir et de réduire les méfaits de l'alcool mais aussi de lutter contre la consommation inadaptée. Il s'agit d'un vaste plan.

Cette politique devait s'adapter à plusieurs groupes cibles comme les jeunes mais aussi les femmes enceintes. Concernant les jeunes, on a revu la législation. L'interdiction de la vente d'alcool aux jeunes de moins de 16 ans a été mise en application cette année.

Cette mesure était destinée à mettre fin à une incertitude juridique. J'aurais souhaité avoir quelques résultats et certains chiffres. Il y a quelques instants, j'ai pu prendre connaissance d'une dépêche de l'agence Belga concernant les premiers chiffres. J'imagine que vous avez déjà d'autres résultats également.

En ce qui concerne le Plan d'action national alcool, une des pistes d'étude était l'alcool au volant. Plusieurs amorces d'actions étaient envisagées: une augmentation des contrôles, la sensibilisation aux peines alternatives, la formation des chauffeurs, la formation du personnel horeca afin de leur faire prendre conscience du rôle qu'ils ont à jouer dans la prévention. Le soutien aux moyens de transport alternatifs était également une piste mise sur la table.

Pouvez-vous, madame la ministre, nous donner un bilan des actions réalisées dans ce domaine ainsi que dans le domaine de la publicité où l'on avait évoqué la création d'un organe de contrôle indépendant? Avez-vous déjà des résultats concernant la création de cet organe?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame, la déclaration conjointe sur la politique future en matière d'alcool a été signée le 17 juin 2008.

Je vous avais dit à l'époque, en réponse à l'une de vos questions, que le document avait pour but de dégager des mesures prioritaires en matière de lutte contre la consommation problématique d'alcool notamment dans toute une série de domaines: la vente d'alcool aux mineurs, la consommation d'alcool au volant, la formation du personnel horeca ainsi que la publicité pour les boissons alcoolisées.

En ce qui concerne la vente d'alcool aux mineurs, la nouvelle loi est d'application depuis le 10 janvier 2010.

L'ensemble des mesures d'interdiction de vente d'alcool existantes a été rassemblé dans le même texte. Une interdiction de ventes de bière et de vin aux personnes âgées de moins de 16 ans a également été ajoutée.

La compétence sur le contrôle a été octroyée au SPF Santé publique. Ce contrôle reste bien entendu également une compétence de la police. Il s'agit donc à présent d'un rôle partagé. Cela permet de recentrer le débat de la vente d'alcool autour des problèmes de santé des jeunes.

Ces premiers mois de contrôle ont été l'occasion pour le service d'inspection de la DG4 du SPF Santé publique de gagner de l'expérience et d'apprendre à connaître la situation sur le terrain.

Un effort important a été effectué en matière de contrôle des automates. Les boissons alcoolisées y ont été supprimées ou des moyens technologiques de contrôler l'âge tels que des lecteurs de carte d'identité électronique y ont été placés. Cependant, il a été remarqué que, sur certains de ces automates, les lecteurs de carte installés ne sont pas mis en fonction et les boissons alcoolisées y sont donc librement disponibles. De tels comportements sont évidemment sanctionnés. Au moins 620 automates ont été contrôlés. Parmi ceux-ci 219 n'étaient pas conformes, soit un taux de 35 %. Les firmes qui gèrent ce type d'appareil ont été également directement informées.

D'autres types de contrôles ont été réalisés. Ainsi, 41 festivals ont fait l'objet de contrôles. Tous avaient précédemment reçu un courrier rappelant les règles en la matière. Malgré cette sensibilisation préalable, aucune mesure n'a été prise par les organisateurs dans un quart des festivals visités par les contrôleurs. Les serveurs des débits de boissons ne semblaient manifestement pas connaître la législation et n'avaient reçu aucune information de leurs responsables. En revanche, pour un autre quart des festivals, les organisateurs ont été plus loin que ce que prévoit la législation. En effet, en plus d'avoir sensibilisé leurs stewards et serveurs, ils ont placardé dans leurs stands de vente d'alcool des affiches très claires qui rappelaient la législation aux jeunes festivaliers. Dans tous les autres festivals, soit la moitié, les stewards et serveurs ont simplement été mis au courant de la législation.

Les contrôleurs ont également vérifié l'application de la loi dans les fêtes locales organisées notamment par des mouvements de jeunesse et dans les cafés. Au moins 64 fêtes locales ont été contrôlées dont 29, soit 45 %, n'étaient pas conformes. Dans l'horeca, 560 établissements ont été contrôlés. Parmi lesquels 48, soit 8,5 % se sont avérés non conformes.

Ces contrôles font apparaître certains problèmes d'application. Dans de nombreuses fêtes locales, des autorisations spéciales sont accordées par les communes pour vendre des boissons spiritueuses interdites aux moins de 18 ans. Le contrôle par les responsables de la vente de ces boissons se complique donc quand il s'agit de déterminer l'âge en cas de boissons interdites aux moins de 16 ans et aux moins de 18 ans. Les vendeurs ne savent pas qu'ils peuvent demander une preuve de l'âge. Et certains d'entre eux, dans les fêtes locales, n'ont eux-mêmes pas 18 ans. Certaines organisations vendent des boissons spiritueuses alors qu'elles n'ont même pas obtenu d'autorisation spéciale. Par ailleurs, la présence, dans ces soirées, d'actions de promotion et de sponsoring par des sociétés productrices multinationales pousse à la consommation.

Dans les cafés, le service de contrôle a remarqué que le personnel était souvent laxiste et ne contrôlait nullement l'âge des jeunes consommateurs.

Suite à cette première année de contrôle, le service de contrôle a donc emmagasiné de l'expérience, a identifié les problèmes principaux et travaille à trouver des solutions.

La société dans son ensemble reste très permissive vis-à-vis de la consommation de boissons alcoolisées. Ainsi les jeunes sont, dès avant 16 ans, des consommateurs réguliers, puisque à 15-16 ans, la proportion de jeunes ayant consommé de l'alcool dans les 12 premiers mois s'élève à 83 %. Il apparaît ainsi important de

sensibiliser les bourgmestres responsables de l'octroi de patentes et des autorisations spéciales. Un courrier explicatif de la problématique sera d'ailleurs envoyé à chacun d'entre eux, afin de les sensibiliser et de les impliquer dans la lutte contre les abus d'alcool. Le SPF Santé publique cherche également à renforcer sa collaboration avec l'ensemble des acteurs pour agir dans ce cadre: communes, police, organisme de prévention.

Par ailleurs, dans le cadre du Fonds de lutte contre les assuétudes 2011, un projet d'information lié à l'interdiction de vente de boissons alcoolisées aux moins de 16 ans, mis en place par iDA en collaboration avec le VAD, les Fédito, Univ'air santé, Fedis, Unizo et l'UCM, a reçu un avis positif du comité assuétudes et est en attente de la confirmation du financement par le comité d'assurance de l'INAMI. Ce projet a pour but d'améliorer le respect de l'interdiction de vente de boissons alcoolisées aux mineurs.

En ce qui concerne l'alcool au volant, la déclaration conjointe stipule qu'il est nécessaire d'intensifier les contrôles et de mener une politique plus sévère au niveau des amendes et/ou des interdictions prononcées à l'égard des récidivistes. Cette problématique étant cependant de la compétence du secrétaire d'État chargé de la Mobilité, c'est à lui qu'il faut peut-être poser directement la question.

En ce qui concerne la publicité, la déclaration commune recommande d'institutionnaliser la convention existante en matière de publicité, signée en 2005 entre le secteur, les consommateurs et le ministre de la Santé publique. C'est dans ce cadre que le SPF Santé publique a travaillé à des amendements visant à renforcer cette convention. Celle-ci doit à présent être à nouveau signée par l'ensemble des partenaires et être publiée via un arrêté royal. Cela nécessite cependant un gouvernement de plein exercice.

De manière plus large et en ce qui concerne mes compétences, j'ai pris d'autres mesures dans le cadre de cette déclaration conjointe. D'abord, l'avis du Conseil supérieur de la Santé, concernant les risques de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse ainsi que pendant la période d'allaitement, a été demandé. Le Conseil a émis son avis le 4 mars 2009. En 2011, une initiative de formation et de sensibilisation, auprès des professionnels tels que les généralistes et les gynécologues, est prévue. Un budget a été réservé auprès de mon SPF et la chancellerie du premier ministre. Cette initiative sera développée par la Cellule Drogues du SPF Santé publique, en collaboration avec les associations qui chapeautent les professionnels de la santé concernés.

En 2008, le Fonds de lutte contre les assuétudes a accordé un subside de plus de 673 000 euros à l'ASBL iDA pour l'organisation d'une campagne d'information nationale autour de l'alcool, destinée directement au groupe d'âge 15-34 ans et visant à informer des risques de consommation abusive d'alcool. Le Fonds a également financé des projets pour améliorer l'accueil des enfants et des jeunes ayant des parents avec un problème de consommation abusive d'alcool.

La détection et la prévention précoce sont des techniques importantes pour éviter les conséquences néfastes de la consommation d'alcool. Le site web www.alcoholhulp.be, financé par le Fonds, dispose d'une offre efficace et facilement accessible. Les groupes cibles qui sont moins atteints par les offres traditionnelles sont touchés par celle-ci.

J'en termine en vous disant que la déclaration mentionne l'importance de données valides pour tous les aspects de l'alcool. Sur proposition de mon administration, un appel a été lancé pour la réalisation d'une étude relative aux médicaments psychoactifs, drogues illégales, alcool et tabac, dans le cadre du programme de recherche de la politique scientifique fédérale. La ministre Laruelle a donné son accord pour le financement. Cette étude financée par l'Université de Gand doit nous fournir de nouveaux chiffres. Nous attendons les résultats pour 2011.

01.03 Valérie De Bue (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Votre réponse était complète. C'est bien la consommation inadaptée, l'excès d'alcool qui est visé ici. D'où la difficulté, me semble-t-il, d'agir efficacement au sein de notre société, qui reste assez permissive. Une des pistes, que vous avez évoquée, consiste à travailler au niveau communal. Au vu des chiffres, dans 25 % des festivals, on n'observe vraiment pas de prise de conscience. De plus, 45 % des soirées de jeunes ne respectent pas la législation. Dans ma commune, nous avons développé nombre de projets de sensibilisation. Il serait donc judicieux de travailler à cet échelon.

Une autre piste est la publicité. Vous avez évoqué l'institutionnalisation de la convention Arnoldus? Y a-t-il eu une évaluation? Quelles sont les pistes vers lesquelles on peut aller? Cela a été un sujet assez important

au niveau du PANA quand il a été signé il y a deux ou trois ans.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Avec les services de contrôle, nous pourrions entreprendre une évaluation, puis tirer les conclusions afin de répondre à toutes les questions et de soumettre de nouvelles propositions.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les honoraires de disponibilité des médecins spécialistes" (n° 1544)

02 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de beschikbaarheidshonoraria van geneesheren-specialisten" (nr. 1544)

02.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, l'arrêté royal du 29 avril 2008 détermine les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins spécialistes qui participent à des services de garde dans un hôpital.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Bacquelaine, de quelle question s'agit-il?

Le **président**: Il s'agit de la question n° 1544.

02.03 Laurette Onkelinx, ministre: Effectivement, je vous prie de m'excuser.

02.04 Daniel Bacquelaine (MR): Il ne s'agit pas d'une question prioritaire au départ. Elle est remontée dans l'ordre du jour.

Je précisais que l'arrêté royal d'avril 2008 détermine les conditions de paiement des honoraires de disponibilité pour les médecins qui participent à des gardes dans les hôpitaux.

À la suite d'une requête du Mouvement belge des médecins spécialistes demandant l'annulation dudit arrêté royal, le Conseil d'État a rendu le 16 décembre 2009 un arrêt qui porte annulation de l'article 3. Cet article reprenait la liste des spécialités qui ouvrent le droit aux honoraires de disponibilité. La limitation à onze spécialités identifiées a été estimée non conforme vu qu'elle exclut de la liste une autre spécialité, alors que cette exclusion ne repose pas sur un critère objectif. C'était l'avis du Conseil d'État.

Dans un souci de sécurité juridique et afin de permettre de poursuivre les paiements afférents à cette disponibilité, le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI a rendu, en mars 2010, un avis positif à un projet de modification de l'arrêté royal.

Cependant, il apparaît que cet arrêté royal n'a jamais été pris et que, ce faisant, les honoraires de disponibilité ne sont plus versés aux médecins spécialistes depuis plusieurs mois.

Madame la ministre, pouvez-vous nous informer sur ce dossier? Quelle est la raison de la non-publication de cet arrêté royal?

02.05 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, monsieur Bacquelaine, effectivement, un arrêté royal est intervenu à la suite de l'avis du Conseil d'État que vous avez cité. Celui-ci a été approuvé par le Comité de l'assurance le 29 mars 2010. Il a reçu l'aval de l'Inspection des Finances le 27 avril 2010 ainsi que l'accord du secrétaire d'État le 17 mai 2010. Il a été transmis au Conseil d'État qui a remis son avis le 23 juin. J'ai transmis le projet d'arrêté royal à la signature royale mais, vu les affaires courantes, il n'a pas été signé. Il est donc au Palais.

02.06 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, pour ce qui concerne les affaires courantes, je m'en doutais bien mais je me demande s'il n'y a pas une justification. C'était en effet prévu dans l'accord medicomutualiste de l'année passée. Cette décision a déjà été prise, en tout cas, sur le principe. Je me

demande, dès lors, dans quelle mesure cet arrêté royal ne pourrait pas, malgré tout, être pris dans une période d'affaires courantes. J'ajoute à cela que l'organisation des gardes dans les hôpitaux requiert l'urgence, étant donné que les gardes sont organisées pour parer aux urgences.

En affaires courantes, on invoque souvent l'urgence pour pouvoir prendre un certain nombre d'arrêtés. Or ici, il y a une certaine urgence.

02.07 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, M. Bacquelaine a raison. Pour ce qui me concerne, tout est fait, mais c'est le Roi qui doit signer. Je ne peux le faire à sa place.

Cela étant dit, cela a été présenté à l'époque. Pour toute une série de projets qui sont malheureusement bloqués, nous allons entamer de nouvelles démarches. Évidemment, avec les mois qui passent, des matières moins urgentes le deviennent. Je vais donc effectuer une nouvelle démarche auprès du palais.

De **voorzitter**: In het verleden hebben wij met de Koning niet veel contact gehad. Ik merk echter wel enige wispelturigheid in het gedrag van de Koning en in de documenten die hij wel of niet tekent. Zulks begint, ook voor het Parlement, problematisch te worden. Sommige zaken gaan wel en andere niet, zonder dat daarvoor een objectieve grond is.

Dat gezegd zijnde, moeten wij afwachten wat de demarche van de minister zal opleveren.

02.08 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de voorzitter, is het de Koning die bepaalt wat wordt getekend? Hij wordt toch altijd gedekt door de eerste minister of door de regering?

De **voorzitter**: Precies.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verslag van de vergadering van de provinciale geneeskundige commissies op 8 december 2010" (nr. 1561)**

03 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport de la réunion des commissions médicales provinciales du 8 décembre 2010" (n° 1561)**

03.01 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik heb u vorige maand ondervraagd over de organisatie van de wachtdienst der tandartsen. U zei dat dit op dat ogenblik in behandeling was of onder de aandacht werd gebracht van de provinciale geneeskundige commissies, die erover op 8 december een beslissing zouden treffen en die aan u meedelen.

Mijn vraag is heel kort. Wat werd er beslist in verband met de organisatie van de wachtdienst van tandartsen? Ten tweede, zijn er nog andere belangrijke beslissingen genomen die betrekking hebben op de tandheelkundige diensten?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, de geneeskundige commissies hebben inderdaad op 8 december met mijn administratie vergaderd om over de input van elke commissie te discussiëren en om het vergelijkbare landschap van de huidige tandartsenwachtdienst in België, zowel vrije als in een ziekenhuis, te analyseren. De voorzitters hebben beslist om mij in de volgende dagen een nota over deze geconsolideerde gegevens en standpunten te bezorgen en om normen rond de tandartsenwachtdienst voor te stellen. Ik zou dat tegen begin 2011 moeten ontvangen.

De Raad van de Tandheelkunde heeft het RIZIV ook cijfers met betrekking tot de werkelijke verrichtingen van de tandartsenwachtdienst gevraagd en zal die binnenkort in coördinatie met de werkgroep van de geneeskundige commissies analyseren. Ik moet dus eerstdaags over een gestructureerd en cijfermatig onderbouwd voorstel kunnen beschikken.

Met betrekking tot de bijzondere toestand van de wachtdiensten in de provincie Limburg, deelt mijn administratie mij mee dat men geen enkele consensus heeft kunnen bereiken. De commissie is immers van mening dat het ledenaantal van de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen die een aparte wachtdienst wil

organiseren, te klein is om een wachtdienststelsel ten dienste van de bevolking te kunnen oprichten, maar dat niets belet dat de beoefenaars individueel de zorgcontinuïteit voor hun patiënten organiseren. In die omstandigheden betwist de Limburgse commissie dus dat het opportuun is om voor de VBT een wachtdienstrol te valideren en een huishoudelijk reglement goed te keuren. Ik benadruk in dit verband dat de provinciale geneeskundige commissies autonoom en onafhankelijk zijn, zodat ik of mijn administratie hun geen richtlijnen kan geven om een bepaalde beslissing te nemen.

Indien een vereniging of een burger denkt dat een door de provinciale geneeskundige commissie genomen beslissing haar of hem schaadt, kan hij of zij deze beslissing bij het bevoegde rechtcollege aanvechten.

Ik hoop dat het voorstel dat men mij zal bezorgen, het mogelijk zal maken om een eenvormige regelgeving met betrekking tot de tandartsenwachtdienst op te stellen om elk gelijkaardig probleem in de toekomst te vermijden. Ik herinner er bovendien aan dat krachtens artikel 9 van het KB 78, de bij een organisatie aangesloten tandartsen juridisch gezien aan de door een andere organisatie ingerichte wachtdienst kunnen deelnemen, net zoals de tandartsen die bij geen enkele vereniging zijn aangesloten. De enige voorwaarde waaraan de tandartsen daartoe moeten voldoen, is het huishoudelijk reglement onderschrijven en de deontologische regels naleven. Het behalen van de erkenning is dus a priori niet bedreigd, want elke tandarts moet individueel aantonen dat hij aan een wachtdienst heeft deelgenomen zonder de organisator daarvan te verduidelijken.

03.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, die gegevens hebt u ook vorige keer meegedeeld. Er is eigenlijk nog geen doorbraak in de discussie tussen de verschillende tandartsenverenigingen. Men weet bijgevolg nog altijd niet met zekerheid of in bepaalde provincies twee parallelle wachtdiensten naast mekaar zullen worden opgericht.

Ik hoop samen met u dat de verenigingen tot een vergelijk zullen komen en men ten minste van een centraal nummer zal kunnen gebruikmaken. Misschien is het beter om er in de toekomst over na te denken om die wachtdiensten op centrale plaatsen te organiseren, wat duidelijker zou zijn voor de bevolking.

Hier is blijkbaar toch nog wat werk aan de winkel.

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

04 Questions jointes de

- **M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les risques liés à l'allergie au latex dans les hôpitaux" (n° 1545)**

- **Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les nitrosamines dans les gants en latex" (n° 1562)**

04 Samengevoegde vragen van

- **de heer Franco Seminara aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de risico's van een latexallergie in ziekenhuizen" (nr. 1545)**

- **mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "nitrosaminen in latex handschoenen" (nr. 1562)**

04.01 Franco Seminara (PS): Monsieur le président, madame la ministre, l'allergie au latex est un problème de santé en constante augmentation. Environ 6 % de la population est concernée et les réactions peuvent être sévères, voire mortelles.

Gants, sondes, cathéters ou garrots, le latex est malheureusement omniprésent dans un hôpital et les cas d'allergie constatés sont aussi de plus en plus nombreux. Comme le confirment plusieurs chirurgiens, on trouve tous les jours sur les tables des blocs opératoires un à deux patients allergiques au latex. Pour éviter tout risque, un hôpital liégeois a récemment pris la décision de bannir, dès le mois de janvier prochain, le latex de sa structure et ce même si le remplacement du matériel à un coût.

Madame la ministre, avez-vous connaissance de ce genre d'incidents? Une sensibilisation à la problématique destinée au personnel soignant pourrait-elle être envisagée?

04.02 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik wilde het in eerste instantie niet hebben over de allergieën die gepaard gaan met het dragen van latexhandschoenen of handschoenen die zorgverleners verplicht moeten dragen bij elk contact met lichaamsvocht en slijmvliezen.

Die handschoenen hebben immers nog een bijkomend nadeel. Zij kunnen namelijk kleine hoeveelheden nitrosamine en nitroseerbare verbindingen vrijgeven. De Europese Unie beschouwt nitrosamine als een kankerverwekkende stof. Nitroseerbare stoffen kunnen dan weer in bepaalde omstandigheden omgezet worden in nitrosamine.

Berekeningen door het RIVM, het Nederlands Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, tonen aan dat bij intensief gebruik van latex wegwerphandschoenen de grens waarbinnen het risico verwaarloosbaar wordt geacht, ruim wordt overschreden. Het gaat dan over het gebruik van 100 paar handschoenen per jaar. De meeste zorgverstrekkers in beroepsgroepen die veel latexhandschoenen gebruiken zullen dus met die overschrijding te maken krijgen.

Daarom adviseert men in Nederland om wettelijke veiligheidsnormen vast te stellen inzake de afgifte van nitrosamine. Mijn vraag is of men hier ook zulke veiligheidsnormen adviseert en of de studies in verband met de afgifte van nitrosamine en nitroseerbare verbindingen hier bekend zijn?

Is het dan niet aangewezen dat wij ook een maximale afgiftenorm zouden vaststellen en overweegt u zekere stappen om die veiligheidsnorm afdwingbaar te maken?

04.03 Laurette Onkelinx, ministre: L'allergie au latex semble être en progression. Sa prévalence varie selon les sources entre 1 % et 6 % de la population. Les manifestations sont variables, comme pour de nombreuses réactions allergiques, allant de l'urticaire de contact à l'asthme et au choc anaphylactique en passant par l'eczéma et la rhinite allergique.

Les réactions les plus sévères comme le choc anaphylactique sont heureusement assez peu fréquentes. On estime qu'elles surviennent dans un cas sur dix mille opérations. On déplore un décès sur 100 000 cas.

Le problème est évidemment particulièrement préoccupant en milieu hospitalier où le latex est encore aujourd'hui largement utilisé pour les gants, les sondes, etc.

Le CHC de Liège a pris la décision de bannir le latex de son matériel médical. Il devient ainsi le premier hôpital européen sans latex. Cette opération n'est pas sans conséquence financière puisqu'elle implique le remplacement d'un matériel traditionnel par un matériel plus coûteux.

Aangezien het experiment nog loopt, lijkt het mij aangewezen om het verloop ervan af te wachten om de implicaties ervan in te schatten, vooraleer wij tegenover dit probleem meer algemene maatregelen nemen. In afwachting moeten de eventuele allergieproblemen van de patiënten in kaart worden gebracht binnen het onderdeel anamnese van elk opnamedossier. Indien op middellange termijn wordt overwogen om medisch materiaal uit latex uit omloop te nemen, dan zou dat meteen ook het probleem van de blootstelling aan nitrosamines voor de zorgverstrekkers uit de wereld helpen.

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

De **voorzitter:** De vergadering wordt geschorst. Wij hervatten de vergadering vijf minuten na het einde van de plenaire vergadering.

*De openbare commissievergadering wordt geschorst van 14.42 uur tot 15.17 uur.
La réunion publique de commission est suspendue de 14.42 heures à 15.17 heures.*

*Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.
Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.*

05 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "palliatieve dagcentra" (nr. 1684)

05 Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les centres de soins palliatifs de jour" (n° 1684)

05.01 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de minister, in 2008 hebt u een Nationaal Kankerplan gelanceerd waarin 1 van de 32 initiatieven het verbeteren van het aanbod was aan palliatieve zorgen voor kankerpatiënten. Bij de beschrijving van het initiatief schrijft u onder andere: "De uitbouw van de palliatieve zorgen waarvan 80 % betrekking hebben op kanker, zal actief worden ondersteund." Bij punt 4: "Uitbouw van meer palliatieve zorgstructuren die noch ziekenhuis, noch rusthuis zijn. De palliatieve dagzorgcentra vormen eveneens een oplossing voor korte behandelingen, zoals ontlastende puncties of parenterale voeding." Wat betreft de uitvoeringstermijnen schrijft u hierover dat dit initiatief in 2010 zal worden gerealiseerd. Het jaar is ondertussen bijna voorbij en nog steeds is er van een structurele financiering voor palliatieve dagcentra geen sprake. Naar verluidt is er wel een nieuwe wetgeving in de maak waarbij niet alle palliatieve patiënten, maar enkel zij die er het slechtst aan toe zijn, nog in deze dagcentra zouden terechtkunnen.

Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot het dossier van de palliatieve dagcentra? Met wie hebt u hierover overlegd? Komt er een structurele financiering voor deze dagcentra? Aangezien de vooropgestelde timing niet werd gehaald, hebt u een timing in het hoofd? Wat de regelgeving betreft die hierover in de pijpleiding zit, welke zijn de criteria waaraan dagcentra zouden moeten voldoen? Laatste vraag. Welk soort patiënten zal volgens de nieuwe criteria in deze dagcentra terechtkunnen?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Collega's, om voor de dagcentra voor palliatieve zorgen een structurele oplossing te vinden, werd op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een discussie gevoerd om een financiering via de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de toekenning van de erkenning door de Gemeenschappen en Gewesten mogelijk te maken.

Aansluitend op het overleg van 23 september 2009 met de federaties voor palliatieve zorg, heeft de IMC op 14 december 2009 een structurele oplossing goedgekeurd. Zij voorziet in een specifieke erkenning als centrum voor dagverzorging voor palliatieve zorg in het raam van artikel 170 van de wet op de ziekenhuizen en een financiering via de ziekteverzekering als een bovenbouw op de reeds bestaande financiering voor de centra voor dagverzorging. Deze tegemoetkoming die 83 euro per dag zou moeten bedragen, zal een ondersteuning kunnen geven voor pijn- en symptoomcontrole bij psychisch en/of fysisch lijden, voor diverse problematieken als aangepaste complementaire zorg, psychosociale ondersteuning van patiënt en/of naasten, ondersteuning van de mantelzorg, resocialisatie en rehabilitatie door contact met andere patiënten en een aangepast activiteitsaanbod.

Het centrum zal een brugfunctie vervullen tussen intra- en extramurale zorg om de continuïteit van de zorg te verzekeren, inclusief de ondersteuning van de thuisverzorgers in samenwerking met de multidisciplinaire begeleidingsequipe, de opmaak van een overlegd zorgplan en de opmaak van een *advanced care plan*. Het centrum zal een alternatief moeten bieden wanneer behandelingen en onderzoeken zinloos worden en een reflectie toelaten over de behandeling en onderzoeken die zinloos geworden lijken. De erkenning zal worden toegekend aan minstens vijf plaatsen die in een afzonderlijke architecturale eenheid gegroepeerd zijn. Het centrum zal minstens vijf dagen per week open zijn voor een behandeling van minstens zes uren.

Op het vlak van omkadering is een arts belast met de coördinatie van de activiteiten, de balans bij opname, de zorgplannen en de voorschriften die noodzakelijk zijn voor de zorg in het kader van het centrum. De medische coördinatiefunctie veronderstelt de aanwezigheid van een arts gedurende minstens een halve dag per week. De vereiste vorming van deze arts is minstens gelijk aan de vorming van een arts die aan het hoofd staat van een Sp-dienst voor palliatieve zorgen. Er is de mogelijkheid om een beroep te doen op de behandelende arts van een patiënt via een verpleegkundige die verantwoordelijk is voor het centrum en er is de mogelijkheid voor de arts om prestaties te verzekeren in het centrum. Er wordt gefactureerd per prestatie.

Er is een verpleegkundige, verzorgende en paramedische omkadering per vijftien gebruikers van 2,5 fulltime equivalent verpleegkundigen, 2 fulltime equivalent verzorgenden en 1,5 fulltime equivalent personeel voor reactivering waarvan 0,5 fulltime equivalent klinisch psycholoog.

Om dit te kunnen realiseren, worden er verschillende besluiten gemaakt. Ten eerste, een koninklijk besluit met erkenningsnormen. Een eerste ontwerp werd reeds voorgelegd aan de werkgroep RVT van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Op 13 januari 2011 staat dit ontwerp terug op de agenda.

Er moet ook een KB met programmatienormen worden opgesteld. Dit is afhankelijk van een beslissing die nog moet worden genomen door de Gemeenschappen en Gewesten.

Een KB dat de tegemoetkomingsmodaliteiten vastlegt in het raam van de ziekteverzekering. Het verzekeringscomité heeft in januari 2010 kennis genomen van het voorstel van de Interministeriële Conferentie. Een werkgroep van dit comité heeft het voorstel op 17 juni besproken en heeft op 11 oktober 2010 een positief advies gegeven over de aanpassing van het KB van 3 juli 1996 inzake de tegemoetkomingsmodaliteiten.

Er moet eveneens een ministerieel besluit worden genomen dat de financiering regelt. De commissie voor de overeenkomsten tussen het RIZIV en de rustoorden, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor dagverzorging en de verzekeringsinstellingen, werkt momenteel aan een voorstel van ministerieel besluit. Op 22 oktober is er in het RIZIV een overleg geweest met de huidige centra waarbij het structureel voorstel tot in al zijn details werd toegelicht en besproken. Belangrijk daarbij waren de omschrijving van de doelgroep en het erkenningskader. Het initiatief moet deel uitmaken van een instelling met erkenning als rustoord voor bejaarden.

Gelet op het regelgevend werk dat nog moet gebeuren, de publicatie ervan en zonder daarbij de tijd uit het oog te verliezen op het niveau van de Gemeenschappen en Gewesten voor de erkenning van deze centra, heeft het verzekeringscomité op 29 november een positief advies gegeven om de overgangsfase, die loopt tot 31 december 2010, te verlengen tot uiterlijk 31 december 2011. Deze vraag tot verlenging werd ook op de IMC van 20 december bevestigd.

05.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik merk dat er in de dagcentra heel wat werk is gestopt.

U spreekt van vijf plaatsen. Is het slechts op vijf plaatsen?

05.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ten minste.

05.05 **Manu Beuselinck** (N-VA): Ten minste.

Wij zijn voorstander van dagcentra omdat zij, enerzijds, mensen uit hun isolatie halen en, anderzijds, mensen ervan weerhouden om naar ziekenhuizen te stappen. Wij zijn dus voorstander van dagcentra, ook teneinde de thuiszorg zoveel mogelijk te optimaliseren.

U hebt ook over de doelgroep gesproken. Ik zou voorstander zijn om de doelgroep niet te veel te beperken. U spreekt over mensen in rusthuizen, maar ik heb niet goed begrepen wat u met de doelgroep bedoelde. Ik zou de doelgroep zo breed mogelijk willen houden.

Ik dank u voor het antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het oneigenlijk gebruik van spoeddiensten" (nr. 1373)**

06 **Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le recours abusif aux services d'urgence" (n° 1373)**

06.01 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in 2009 heeft zich een recordaantal patiënten aangeboden op de spoeddiensten van onze ziekenhuizen. Het gaat hier over 2 144 000 mensen. Het merendeel hiervan trekt op eigen initiatief naar de dienst spoedgevallen, zonder een verwijfsbrief van een huisarts. Het gaat om een oud zeer, dat echter blijft aanslepen bij gebrek aan doortastende maatregelen.

Deze evolutie vormt een ernstig probleem, aangezien de keuze van patiënten om meteen naar de spoedafdeling te trekken enorme meerkosten betekenen voor de ziekteverzekering. Het zou per patiënt

respectievelijk 37,60 euro en 55,80 euro minder kosten, wat biologie en medische beeldvorming betreft, wanneer zij eerst bij een huisarts zouden langsgaan en deze erin slaagt het probleem op te lossen. Het gaat hier over cijfers die door het RIZIV zijn gepubliceerd.

In de Senaat staat ondertussen de discussie over de veralgemening van de derdebetalersregeling op de agenda. Onze fractie in de Senaat wil die veralgemening steunen, maar zal parallel een wetsvoorstel indienen om een forfait remgeld in te stellen op de spoeddiensten, om zo het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten af te remmen.

Het is ook opvallend dat er grote regionale verschillen te noteren zijn wat betreft de populariteit van de spoeddiensten. Brussel springt er duidelijk uit met de hoogste cijfers. Naast het overaanbod, is ook de hoge concentratie allochtonen een van de redenen waarom de hoofdstad zo slecht scoort. Zij zijn immers in de meeste gevallen niet vertrouwd met het begrip huisarts.

Gelet op bovenstaande elementen had ik graag van de minister antwoord gehad op volgende vragen.

Plant de minister maatregelen om het oneigenlijk gebruik van spoeddiensten tegen te gaan?

Zou een campagne niet nodig en nuttig kunnen zijn om mensen bewuster te maken van het probleem, en hierbij rekening te houden met specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld de allochtonen?

Hoe staat de minister tegenover het vragen van remgeld bij een bezoek aan de spoeddienst? U was hier in het verleden tegen, maar gezien de huidige situatie blijkt dit onvermijdelijk.

Voorzitter: Hans Bonte

Président: Hans Bonte

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, het activiteitenpeil van de spoeddiensten in 2009 breekt geen records. Het cijfer van 2 144 000 aanmeldingen ligt lager dan het activiteitencijfer waarmee men in 2006 rekening hield om de begroting van de spoeddiensten uit te werken, namelijk 2 340 000 aanmeldingen. Het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten wordt al sinds meer dan 10 jaar bestraft en het verhoogde zelfs in 2007. De patiënt die zich zonder verwijfsbrief van zijn huisarts bij de spoeddiensten aanmeldt of die er niet door de 100 naartoe is gebracht, betaalt in het remgeld een financiële straf van meer dan 18 euro. Ik ben geen voorstander van andere maatregelen. Zich laten verzorgen mag voor de armsten geen onbetaalbare luxe worden.

Ik denk persoonlijk dat een versterking van de eerste lijn het beroep doen op de spoeddiensten zou kunnen terugdringen. In dat verband heb ik verschillende initiatieven genomen om de huisartsengeneeskunde te versterken en de huisartsenwachtdienst in het bijzonder. Ik heb bijvoorbeeld de Impulsepremies gesteund die bedoeld zijn om huisartsen meer in gebieden met een zwakke medische dichtheid in te planten. Ik heb die zones uitgebreid om beter aan de realiteit op het terrein te beantwoorden. Ik ben de huisartsenkringen en de beschikbaarheid van de huisartsen met wachtdienst blijven organiseren en financieren. Ik heb voorrang gegeven aan de invoering van huisartsenwachtposten door het budget voor die nieuwe posten te verdrievoudigen. Ik heb het proefproject 1733 opgezet, een uniek oproepnummer voor de huisartsenwachtdienst, en een dispatching voor die wachtdienst.

Ik denk ook dat het mogelijk is om de consumptie inzake biologische onderzoeken of radiologie te verminderen. In dat raam heb ik recent een aantal maatregelen genomen, zoals het opheffen van de terugbetaling van sommige biologische klinische analyses. Ik heb het KCE ook gevraagd om in 2011 een onderzoek te voeren naar de indicatie van radiografie bij enkelletsels die, zoals u weet, een veel voorkomende reden vormen om naar de spoeddiensten te gaan.

De besluiten van het onderzoek zullen als richtlijn voor de tenlasteneming van die pathologie kunnen dienen.

Ten slotte, ik heb geen cijfers met betrekking tot de nationaliteit van de patiënten die de spoeddiensten opzoeken.

06.03 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben tevreden dat de rol van de huisarts meer in het daglicht zal gesteld worden, om zo te proberen tot een vermindering van de ziekteverzekering te komen.

De rest van uw antwoord zal ik nog eens goed bekijken als het allemaal op papier staat.

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

07 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la reconnaissance du statut d'infirmier(e) pédiatrique" (n° 1311)

07 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de erkenning van het statuut van pediatisch verpleegkundige" (nr. 1311)

07.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, le 16 février 2009, je vous ai interrogée dans cette commission au sujet de la reconnaissance officielle du titre professionnel d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie. Comme je l'avais souligné à l'époque, cette reconnaissance aurait pour intérêt de caractériser un aspect particulier de la profession, de délimiter son champ d'activité et de définir la formation initiale et continue nécessaire à l'obtention et au maintien du titre concerné.

Vous m'aviez affirmé à l'époque que le dossier était en bonne voie de finalisation et que la publication pourrait avoir lieu en 2009. Nous sommes à la fin 2010. En réponse à une question écrite que je vous ai posée le 15 septembre dernier, vous m'avez indiqué que ce dossier n'avait pu être finalisé dans les délais annoncés et qu'il ne pourrait pas être finalisé tant que le gouvernement serait uniquement habilité à traiter les affaires courantes. Alors que les délais administratifs préalables à cet arrêté ont été particulièrement longs, les infirmiers en pédiatrie et en néonatalogie doivent aujourd'hui subir les conséquences de la situation fédérale, comme nous tous d'ailleurs.

Madame la ministre, le régime d'affaires courantes se prolonge. Comme la majorité en affaires courantes nous propose de plus en plus de textes à ratifier, je pense que ce concept d'affaires courantes est évolutif. Dès lors que ce dossier n'a pas d'impact budgétaire et qu'il fait l'objet d'un large consensus, pouvez-vous m'indiquer s'il est imaginable de le finaliser sans attendre la formation d'un nouvel exécutif fédéral?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je comprends et partage le souci de M. Gilkinet concernant la reconnaissance de la spécialité de pédiatrie au travers du titre professionnel particulier en pédiatrie et néonatalogie. J'avais en effet espéré voir publier cet arrêté ministériel en 2009.

Dès réception du nouvel avis du CNAI rendu d'initiative en juin 2009, le texte a été préparé compte tenu de l'expérience acquise au travers des arrêtés du même type, entre autres, pour les mesures transitoires.

Tout le parcours préalable à la publication est accompli. L'avis du Conseil d'État a d'ailleurs été rendu le 24 septembre 2010. Étant donné l'arrêté royal du 22 juin 2010, qui accorde une prime annuelle aux infirmiers détenteurs d'un titre professionnel particulier, l'impact de cette publication ne sera pas neutre financièrement. Les infirmiers actifs dans les programmes de soins pour enfants en bénéficieront.

Jusqu'ici, j'ai préféré la voie de la prudence, compte tenu de la gestion en affaires courantes. Je voulais éviter qu'un recours ne soit introduit auprès du Conseil d'État par une personne qui s'estimerait lésée par les critères fixés, avec pour conséquence une remise en cause de tous les titres accordés. Toute évolution qui permettrait d'éviter une telle fragilisation sera examinée avec attention.

07.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie. Il y a une bonne nouvelle: dès lors que le titre existera, les infirmières et infirmiers concernés auront droit à une prime valorisant la particularité de leur métier. Il y en a une moins bonne: vous confirmez qu'on devra attendre la fin de cette période d'affaires courantes pour avancer dans ce dossier. Comme vous le dites, cela ne devrait plus tarder. J'y serai attentif avec votre successeur – ou vous-même, sait-on jamais – dès l'arrivée d'un gouvernement de plein exercice, pour que ce dossier avance car il le mérite.

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

08 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la

Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'abattage des vertébrés sans étourdissement" (n° 1380)

08 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het slachten van gewervelde dieren zonder verdoving" (nr. 1380)**

08.01 **Damien Thiéry** (MR): Madame la ministre, en vertu de l'article de la loi du 14 août 1986 relative à la protection et au bien-être des animaux, l'abattage des vertébrés ne peut se pratiquer qu'après étourdissement de l'animal ou, en cas de force majeure, suivant la méthode la moins douloureuse possible.

Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas, en vertu de l'alinéa 2 du même article, aux abattages prescrits par un rite religieux. Je vous épargne un certain nombre de données techniques.

Mon intervention s'explique par le fait que j'ai eu l'occasion de voir à maintes reprises, que ce soit sur Facebook ou sur YouTube un certain nombre de vidéos assez alarmantes.

La Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne estimait, dans une étude parue en 2007, qu'en Belgique, les abattages selon des rites religieux concernaient 10 % des bovins, 21 % des veaux, 40 % des agneaux et 92 % des ovins. Manifestement, ces résultats correspondent aux pourcentages fournis par GAIA.

Face à cette problématique, vous aviez déclaré, lors d'un débat en commission le 8 décembre 2009, attendre un avis de la part du Conseil du Bien-être des animaux. Cet organisme a en effet mis en place un groupe de travail réunissant scientifiques, défenseurs des animaux, vétérinaires et représentants des religions juive et musulmane.

Vous aviez précisé que si les travaux de ce Conseil ne permettaient pas d'aboutir à un avis unanime auquel adhèrent les deux communautés religieuses que je viens de citer, vous prendriez vos responsabilités sur la base des études scientifiques, afin de généraliser la pratique de l'étourdissement à tous les abattages.

Madame la ministre, avez-vous reçu l'avis attendu du Conseil du Bien-être des animaux? Pourriez-vous me communiquer les mesures prévues en vue de généraliser à nouveau la pratique de l'étourdissement et donner, le cas échéant, les résultats des contrôles afin de pouvoir comparer le rapport établi par GAIA?

08.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur Thiéry, l'avis du Conseil du Bien-être des animaux, que j'avais demandé en urgence, m'a été effectivement transmis et entre-temps il est devenu public puisqu'il figure sur le site internet du Conseil depuis le mois de mai dernier. Le Conseil du Bien-être des animaux conclut que l'abattage sans étourdissement est inacceptable et engendre une souffrance évitable pour l'animal et conseille d'imposer l'étourdissement préalable pour tout abattage en Belgique.

Pour votre deuxième question, je parlerai sous le contrôle de l'ex-présidente de cette commission. Nous avons dit que sur la base de cet avis, il devait y avoir un travail parlementaire, un débat et une décision. Je vous renvoie donc la balle.

Enfin, les contrôles dans les abattoirs sont de la compétence de l'AFSCA qui est sous la tutelle de Mme Laruelle. C'est à elle qu'il faudrait poser la question, notamment pour comparer les données chiffrées dont elle dispose à celles avancées par GAIA.

08.03 **Damien Thiéry** (MR): Merci pour ces réponses très claires. Avez-vous une idée de la manière dont on envisageait le travail parlementaire à ce sujet?

08.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: On en avait déjà un peu discuté à l'époque et on avait dit qu'on attendait le dépôt du rapport, qu'il devait y avoir des auditions, qui n'ont pas eu lieu pour cause de chute du gouvernement. C'est à vous de voir comment vous vous organisez; je ne suis qu'un modeste membre du gouvernement!

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

De **voorzitter**: Ik heb gezien dat mevrouw De Bue de vergadering verlaten heeft. Ik stel voor dat haar vraag

nr. 1384 wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Aan de orde is vraag nr. 1480 van mevrouw Van Moer.

08.05 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zet deze vraag om in een schriftelijke vraag.

09 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de werking van de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid" (nr. 1482)

09 Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le fonctionnement de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique" (n° 1482)

09.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, die commissie werd opgericht in 1999 om een verantwoord antibioticagebruik te promoten en de toenemende antibioticaresistentie tegen te gaan. Sindsdien is er een positieve evolutie merkbaar, maar ondanks alle inspanningen is het gebruik nog niet uit de wereld geholpen en duikt het bovendien zowel in rusthuizen als ziekenhuizen op.

Het BAPCOC werd federaal gefinancierd en opgedeeld in verschillende werkgroepen om zo de uitdagingen het beste de baas te kunnen. Ook vandaag speelt het BAPCOC nog steeds een relevante rol in de federale beleidsvorming betreffende volksgezondheid. Zo werd er vorige maand nog een symposium georganiseerd in samenwerking met het BAPCOC in het kader van het Europees voorzitterschap.

Ondanks deze relevante rol is er weinig openbaarheid wat betreft de werking van het BAPCOC. Echte jaarverslagen ontbreken volgens mij, en het is evenmin duidelijk hoe de budgetten besteed worden.

Mevrouw de minister, in navolging van mijn vorige vraag betreffende dit probleem, het is juist dat de documenten van BAPCOC beschikbaar zijn op de website van de FOD Volksgezondheid. Gedetailleerde jaarverslagen zijn er volgens mij echter niet te vinden. Zijn deze ergens anders wel te consulteren?

Kunt u duidelijk duiden welken budgetten er beschikbaar zijn voor het BAPCOC en hoe deze juist besteed worden?

Gebeurt er op regelmatige tijdstippen een evaluatie van het BAPCOC? Wordt het instituut doorgelicht en de werking ervan kritisch opgevolgd?

09.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, het BAPCOC kan jaarlijks rekenen op een financiering van 165 000 euro via het RIZIV. Daarnaast wordt voor de jaarlijkse publiekscampagnes over verantwoord gebruik van antibiotica een specifiek budget ter beschikking gesteld door het RIZIV. Enkele andere initiatieven worden gefinancierd uit het budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen.

De toekenning van bovenvermeld budget van 165 000 euro wordt elk jaar besproken door het verzekeringscomité van het RIZIV. Daarom dient het BAPCOC elk jaar een dossier in met onder andere een overzicht van de besteding van het budget van het vorige jaar en een voorlopige planning voor de besteding van het budget voor het komende jaar.

Dit budget wordt gestort op de thesaurierekening van het BAPCOC. De vastleggingen die gebeuren vanuit deze rekening worden gecontroleerd door de dienst Budget- en Beheerscontrole van de FOD Volksgezondheid, de inspecteur van Financiën en het Rekenhof.

Hierna enkele voorbeelden van de in 2010 gevoerde acties: tiende publiekscampagne ter promotie van het verantwoord antibioticagebruik, winter 2010-2011; achtste werkingsjaar pilootproject antibiotherapiebeleidsgroepen in alle acute ziekenhuizen en de chronische ziekenhuizen met minstens 150 Sp- en/of G-bedden; een prevalentiestudie met betrekking tot ziekenhuisinfecties en antibioticagebruik in ziekenhuizen; vierde sensibilisatiecampagne ter promotie van de handhygiëne; publicatie klinische praktijkrichtlijn acute gastro-enteritis; pilootproject met betrekking tot preventie van zorginfecties in de woon- en zorgcentra; resistentiesurveillance van enkele probleemkiemen; driedaags symposium in het kader van het Belgisch voorzitterschap van de Raad van de Europese Unie enzovoort.

De website van het BAPCOC bevat naast zijn beleidsnota ook nog een aantal andere elementen. Jaarlijks wordt een analyse van de activiteitenrapporten van de antibioticatherapiebeleidsgroepen in de Belgische

ziekenhuizen uitgegeven. Die kan op onze website van het BAPCOC onder de rubriek "ziekenhuisgeneeskunde" geraadpleegd worden.

Onder de rubriek "huisartsenpraktijkaanbevelingen" zijn reeds talrijke klinische praktijkrichtlijnen over specifieke courante infecties gepubliceerd, zoals: guideline acute keelpijn, guideline acute rhinosinusitis enzovoort. De Belgische gids voor anti-infectieuze behandelingen in de ambulante praktijk is eveneens daar beschikbaar.

In het kader van de tweejaarlijkse nationale campagnes ter bevordering van de handhygiëne stelt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid ook een rapport samen met terugkoppeling van de resultaten aan de zorgverstrekkers. De resultaten kunnen onder de rubriek "ziekenhuis handhygiëne" samen met het campagnemateriaal geraadpleegd worden.

Verskillende beleidsondersteunende studies, zoals over de prevalentie van MRSA-dragerschap bij bewoners van RVT's, of informatie over de jaarlijkse multimediacampagnes gericht aan artsen en apothekers ter bevordering van het verantwoord gebruik van antibiotica in de ambulante praktijk, staan op een aparte website.

09.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij te horen dat het BAPCOC inderdaad heel wat acties onderneemt.

Er zijn wel verschillende korte verslagen waarin kleine zaken worden vermeld, maar is er ook een echt jaarverslag?

09.04 Minister Laurette Onkelinx: Ja, er is een jaarlijks verslag.

09.05 Reinilde Van Moer (N-VA): Oké, wij zullen dat dan nakijken.

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

10 Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la plate-forme eHealth" (n° 1514)**

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport de la Cour des comptes 2010 relatif à la sécurité sociale transmis à la Chambre des représentants" (n° 1648)**

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het eHealth-platform" (nr. 1514)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het aan de Kamer van volksvertegenwoordigers overgezonden Boek 2010 over de Sociale Zekerheid van het Rekenhof" (nr. 1648)

10.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, j'avais déposé une question concernant la plate-forme eHealth en lien avec la manière "hussardienne" dont les travaux s'étaient clôturés ici et avec le rôle vigoureux et omniscient que M. Robben a sur ce dossier, lié à ses compétences en la matière.

Comme il s'agit de matières très spécifiques, très techniques, j'ai l'impression que le contrôle démocratique et la possibilité de pouvoir favoriser l'usage de eHealth, y compris auprès des médecins généralistes des deux côtés de la frontière linguistique et de l'ensemble de territoire, risquent de poser problème. En examinant la situation deux ans après, je m'aperçois que le comité de concertation n'est toujours pas mis en place. J'aurais voulu savoir où cela en était et pour quelle raison il n'était pas encore mis en place? M. de Toeuf, président du comité de gestion de la plate-forme, a déjà répondu en disant que c'était parce que le gouvernement était en affaires courantes.

Par ailleurs, il n'y a toujours pas de directeur francophone nommé. Pour quelle raison?

M. de Toeuf a réagi également en disant qu'il y avait une annonce sur le site de Selor invitant les médecins

motivés à se présenter. Je n'ai pas trouvé d'annonce pour ce poste sur le site de Selor! Cette question garde donc toute sa pertinence.

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Depuis lors, l'annonce est sur le site.

10.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): J'ai consulté le site le 9 décembre.

Quant aux postes-clés de la plate-forme eHealth, le Dr de Toeuf a amené des précisions: deux médecins néerlandophones aux postes-clés, toujours pas de médecin francophone dans l'équipe et une difficulté qui fera l'objet de ma deuxième question. Il y a des postes francophones et des postes néerlandophones et franchement, je n'en ai rien à faire que les gens soient francophones ou néerlandophones. Seulement, la perception de cette plate-forme, l'utilisation de cette plate-forme sont différentes dans la Communauté flamande et dans la Communauté francophone.

Comme il s'agit d'un instrument utile et que je souhaite que son usage se généralise, il faut faire attention et désigner aux postes-clés, surtout aux postes de représentation vis-à-vis des médecins et des hôpitaux francophones, des personnes qui correspondent aux nécessités. Or j'ai l'impression que cela n'a pas été fait. D'où ma deuxième question: avez-vous le cadre général, comment ces postes à responsabilité et surtout ces postes de représentation sont répartis, en termes d'expérience et en termes linguistiques? Comme cela, les choses seront claires.

Un élément que j'ignorais lorsque nous avons adopté le projet est que le personnel d'eHealth n'est pas engagé directement par la plate-forme mais est détaché de l'ASBL Smals. J'ai du mal à comprendre pourquoi il faut passer par ce genre de subterfuge. Dans sa réponse, M. de Toeuf dit que c'est la seule manière de payer convenablement les gens mais je suppose que de toute manière, la plate-forme paie Smals. L'argument ne porte pas. Peut-être faut-il revoir les barèmes; je n'ai rien contre le fait de bien payer des personnes qui travaillent bien et qui ont des formations spécifiques mais les choses doivent être claires.

J'avais d'autres questions qui portaient sur l'omniprésence d'un homme, non seulement à la tête de eHealth, de la Banque-Carrefour, de Smals, personne qui est également un membre de la Commission de la protection de la vie privée. Or on sait que le respect de la vie privée fait partie de l'acceptation ou non de cet outil. Je m'interroge donc sur les problèmes de conflits d'intérêts, sur la convergence d'accès à des données par tous ces biais, ce qui peut porter préjudice aux systèmes de protection inclus dans chaque base de données. Je me demande s'il ne faudrait pas revoir cela et répartir ces rôles chez plusieurs personnes.

Je vous demandais si les commissaires du gouvernement qui sont aussi assignés à la surveillance de la plate-forme vous avaient fait part de craintes ou de remarques qui allaient dans mon sens – ou dans un sens opposé.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, ma réponse sera longue. C'est une question qui a été médiatisée. Je transmettrai la réponse écrite et l'organigramme demandés.

En fait, dans son interpellation à eHealth, Mme Gerkens s'est trompée sur beaucoup de points. Il existe d'ailleurs une réponse publique de M. de Toeuf en la matière.

Depuis le début, les utilisateurs de la plate-forme eHealth sont pleinement impliqués dans l'exécution des missions de celle-ci. C'est ainsi que le comité de gestion composé de représentants des différents acteurs du secteur de la santé était déjà constitué avant que les activités de la plate-forme aient effectivement été déployées.

Le comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé qui doit veiller au respect de la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel était également pleinement opérationnel au moment de la création de la plate-forme. Par ailleurs, depuis le début, les utilisateurs potentiels des services de la plate-forme eHealth étaient impliqués de manière informelle dans le développement des différents projets.

En collaboration avec le groupe de travail G19 Belgian Care Providers Telematic Advisory Group dans lequel siègent des représentants des prestataires de soins et des mutuelles, il a été développé le projet du "hub and meta-hub" qui chapeaute les différents réseaux d'échanges électroniques de données dans le secteur de la santé existant à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre.

Dans un souci de fonctionnement transparent, la plate-forme eHealth a également soumis plusieurs documents de travail relatifs, par exemple, au consentement éclairé et aux relations thérapeutiques, à une enquête publique afin de créer une assise aussi large que possible pour ses projets.

En ce qui concerne la formalisation du comité de concertation des utilisateurs de la plate-forme, la quasi-totalité des représentants des instances visés dans l'arrêté royal du 17 novembre 2009 ont été désignés.

Conformément à la loi, le président du comité de concertation des utilisateurs doit être nommé par le Roi. Étant donné que le gouvernement actuel est en affaires courantes, cette nomination n'a pas encore pu intervenir.

En ce qui concerne l'équilibre linguistique dans l'effectif du personnel, à l'heure actuelle, il y a davantage de travailleurs francophones que néerlandophones: 21 francophones contre 19 néerlandophones. Au niveau du management, il s'agit de 3 néerlandophones dont l'administrateur général et de 5 francophones.

La plate-forme eHealth occupe deux médecins. Ils sont effectivement néerlandophones. Un médecin est responsable de la gestion des programmes projets et clients; l'autre travaille dans la section standard et gestion des services ICT, dirigée par un francophone.

Il est très difficile d'attirer des médecins suffisamment qualifiés en matière d'ICT. J'estime que la qualité et la compétence constituent dès lors les principales exigences lors d'un engagement. Par ailleurs, ces médecins sont parfaitement bilingues et même polyglottes.

En outre, la plate-forme eHealth recrute pour l'instant un directeur général via les services de Selor. Cette personne devra aussi être titulaire d'un diplôme de médecin. Je profite de l'occasion pour lancer un appel aux candidats motivés et compétents, de quelque rôle linguistique qu'ils soient.

En ce qui concerne les audits qui ont été réalisés à l'égard de la plate-forme, les comptes de l'exercice 2009 de la plate-forme ont été révisés par un réviseur qui n'a formulé aucune remarque. En outre, la Cour des comptes a rédigé un projet de rapport relatif à la mise en place d'une fonction d'audit interne au sein des institutions publiques de sécurité sociale, dont la plate-forme eHealth fait partie. Dans son projet, la Cour des comptes a constaté que la plate-forme eHealth est soumise à des risques spécifiques sur le plan technique et informatique vu son caractère spécifique en tant que prestataire de service dans le cadre de flux de données électroniques. La Cour des comptes a constaté que tant les procédures que les mesures de gestion des risques sont fortement formalisées et qu'il existe une analyse des risques globale, qui est adaptée si nécessaire.

Enfin, la Cour des comptes a rédigé des rapports relatifs au suivi et au traitement comptable des entreprises informatiques des pouvoirs publics, la collaboration des pouvoirs publics avec l'ASBL Smals, d'une part, et relatifs à la facturation par celle-ci aux institutions publiques de sécurité sociale, d'autre part, auxquelles les différentes institutions de sécurité ont réservé une suite.

Pour répondre à votre question relative au statut du personnel de la plate-forme eHealth, je renvoie au problème généralement connu de la difficulté pour les institutions publiques de trouver du personnel qualifié et expérimenté en technologie de l'information et de la communication. Le détachement d'agents par l'ASBL Smals à la plate-forme eHealth, qui est d'ailleurs prévu par la loi (article 17bis, § 3) constitue à l'heure actuelle la seule manière efficace d'engager de tels profils.

En ce qui concerne l'omniprésence supposée de l'administrateur général de la plate-forme eHealth, M. Robben, je tiens à faire observer qu'à l'époque de l'institution de la plate-forme, il a été explicitement choisi de confier la gestion journalière de la plate-forme à l'administrateur général de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale afin de garantir une politique cohérente, notamment en matière de technologies de l'information et de la communication, à la fois au sein de la sécurité sociale et dans les soins de la santé.

Entre-temps, il s'est d'ailleurs avéré que l'expérience acquise au sein de la Banque-Carrefour au fil des années a permis de réaliser des processus de réforme structurelle en collaboration avec tous les acteurs concernés. La plate-forme eHealth a depuis sa formation déjà de nombreuses réalisations à son nom. Comme il ressort du communiqué de presse du Dr Jacques de Toeuf, président du comité de gestion de la plate-forme eHealth, celles-ci ont été réalisées avec tout l'appui de l'ensemble des parties concernées de la

plate-forme eHealth.

Par ailleurs, en tant qu'administrateur délégué de Smals, M. Robben, a délégué la gestion journalière de cette institution à deux autres personnes au moment de la création de la plate-forme eHealth afin de pouvoir se consacrer exclusivement aux aspects stratégiques, à savoir aligner la prestation de services de Smals sur les besoins de ses membres et suivre les évolutions dans le secteur de l'ICT.

S'agissant de votre remarque quant à l'accès potentiel de M. Robben aux clés de déchiffrement des données, je tiens à préciser que les données personnelles relatives à des patients qui sont enregistrées par la Smals pour le compte de ses membres sont chiffrées à l'aide de clés qui sont gérées par les utilisateurs, par exemple les médecins, et que ni la plate-forme eHealth, ni M. Robben n'ont accès à ces clés, en quelque qualité que ce soit. Le système de chiffrement a d'ailleurs été discuté et approuvé par le comité de gestion de la plate-forme eHealth.

Pour ce qui est de la qualité de M. Robben, en tant que membre de la Commission de la protection de la vie privée, c'est à mon collègue, ministre de la Justice, qu'il conviendrait de répondre. Je me bornerai pour ma part à souligner que cette commission décide de manière collégiale.

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, il est par ailleurs explicitement interdit aux membres de la Commission d'être présents lors de la délibération sur les objets pour lesquels ils ont un intérêt personnel. En outre, un argument semblable a été utilisé lors d'une requête introduite auprès de la Cour constitutionnelle en annulation de la loi précitée relative à l'institution de la plate-forme eHealth, recours qui a été intégralement rejeté.

En ce qui concerne l'intervention des commissaires du gouvernement désignés auprès de la plate-forme eHealth, je puis confirmer que le comité de gestion, en la présence des commissaires du gouvernement, fonctionne jusqu'à présent à la satisfaction de tous. Aussi les intéressés n'ont-ils signalé aucun problème en matière de rapport au budget.

Pour le reste et pour avoir un aperçu exhaustif des projets, je vous propose de consulter le site portail de la plate-forme eHealth. Il appartiendra au prochain ministre de venir faire rapport, de manière détaillée, auprès des chambres après deux années d'existence de la plate-forme eHealth. L'organigramme se trouve sur le site. Je dispose ici d'une copie que je vous transmettrai.

Je vous ai déjà communiqué le nombre de francophones et de néerlandophones. Je peux encore vous dire qu'en ce qui concerne la procédure de nomination du directeur général, l'appel à candidatures est publié sur le site de Selor depuis le 20 décembre.

Enfin, la meilleure façon de recevoir tous les éclaircissements possibles est de prendre contact avec eHealth et avec M. Robben qui se tient évidemment à la disposition de l'ensemble des parlementaires pour les éclairer de la manière la plus exhaustive possible.

10.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): J'ai rendez-vous avec M. Robben le 4 janvier.

10.06 Laurette Onkelinx, ministre: Vous me raconterez!

10.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): C'est avec intérêt que je vais le rencontrer.

Il me semble primordial qu'eHealth se développe et soit utilisée par un maximum d'intervenants. On doit reconnaître qu'elle n'est pas employée abondamment du côté francophone. Et je suis persuadée que c'est parce que plusieurs caractéristiques ne sont pas prises en compte et que des mauvais choix de personnes ont été opérés.

La constitution informelle du G19 et l'implication de ses membres suscitent en moi des craintes. Je discuterai avec M. Robben. Lui et quelques personnes maîtrisent l'outil, tandis que les autres doivent suivre. Les décisions sont difficiles à prendre, car les sujets sont complexes. Je pense qu'on préfère parfois des lieux de concertation informels à la place de véritables groupes de décision composés officiellement.

Je reconnais avec vous que ce personnel est bilingue, voire polyglotte. Néanmoins, ce qui m'intéresse, c'est d'avoir chez eHealth des gens qui connaissent la pratique du terrain flamand, francophone, wallon, bruxellois

afin de convaincre d'autres personnes d'y adhérer. Or je pense que ce n'est pas le cas, mais je vérifierai de manière plus approfondie.

M. Robben a été choisi pour mener une politique cohérente. Il a délégué la gestion journalière et a conservé la gestion stratégique en rapport avec ses compétences. Mais celle-ci n'est pas partagée. Cela permet d'expliquer pourquoi certains outils ne sont pas bien employés.

10.08 Laurette Onkelinx, ministre: (...) Je trouve extraordinaire la mauvaise réputation que vous avez faite à un outil pareil. Les propos que vous avez tenus et qui se révèlent inexacts vont renforcer cette méfiance d'une partie du pays, alors qu'on devrait beaucoup plus utiliser eHealth, auquel on recourt pour toute une série de projets en conformité avec ce que le terrain veut. Des rapports constants sont en effet établis avec les acteurs de terrain.

En tout cas, cette réunion entre M. Robben et Mme Gerkens me semble intéressante dans la mesure où les craintes de cette dernière pourront être levées. J'espère qu'ensuite, elle pourra venir dire publiquement combien eHealth peut être un outil extrêmement efficace. Il faut savoir que, dans des tas de directives européennes, on en parle et on en demande l'utilisation, y compris à l'échelle européenne. Vous imaginez?

10.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je suis d'accord avec vous. Un congrès européen sur l'utilisation de ces outils a même eu lieu à Bruxelles. C'est cela aussi qui me vexa. Le pourcentage d'utilisation de l'outil, en Belgique, est beaucoup plus faible qu'ailleurs, notamment du côté francophone. Je n'arrête pas de dire que c'est un outil important mais je pense qu'il faut le gérer autrement, avec une partie des acteurs du terrain et que, pour le moment, je ne perçois pas la volonté de le faire.

Quand j'aurai rencontré M. Robben, je reviendrai et je donnerai aussi mon appréciation de manière honnête et franche, tout comme maintenant.

De **voorzitter**: Het is zeer uitzonderlijk dat ik dit kan toelaten omwille van de grote gevoeligheid. Het is een debat op zich waard. Ik dring erop aan om ons qua timing zoveel mogelijk aan het Reglement te houden.

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

11 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la raison qui empêche l'extension du système 'CareNet' aux médecins généralistes" (n° 1515)

11 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de reden waarom het 'CareNet'-systeem niet kan worden uitgebreid tot de huisartsen" (nr. 1515)

11.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, le système CareNet a été mis au point pour faciliter la facturation des soins. Il sera bientôt opérationnel pour les hôpitaux. Il est également fonctionnel pour les soins infirmiers à domicile. Pourrait-il également être utilisé par les généralistes? Cela permettrait une simplification administrative et d'éviter des abus car il nécessite l'utilisation de la carte d'identité électronique du patient et permet de ne facturer qu'une seule prestation à la fois.

Qu'est-ce qui empêche l'extension de ce système aux généralistes?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: C'est une question d'actualité à laquelle je vous répondrais qu'il y a moins eu empêchement que réflexion mesurée quant au contexte approprié d'utilisation.

Après en avoir constaté les effets bénéfiques en matière de simplification et de rapidité administrative dans le premier groupe cible, c'est-à-dire le secteur des soins infirmiers à domicile, et alors que l'extension pour les maisons de repos et les laboratoires de biologie clinique est prévue, je peux vous confirmer que plusieurs projets concrets faisant usage des fonctionnalités de MyCareNet dans le cadre de la médecine générale sont en préparation, suite à la collaboration entre l'INAMI, les représentants des prestataires, des organismes assureurs et eHealth.

Il est clair que pour être utilisé par les médecins généralistes, le réseau MyCareNet doit d'abord être intégré

à l'application de gestion du dossier médical électronique qu'ils utilisent quotidiennement. Cette intégration suppose une connexion avec le service de base de MyCareNet après une identification-authentification du prestataire et un horodatage de la transaction via eHealth.

Cette fonctionnalité est progressivement introduite dans la prescription électronique portée par le projet précité. L'INAMI pilote depuis un an un projet nommé eFact eAttest dans lequel la facturation et l'attestation pourront être adressées aux organismes assureurs via la plate-forme MyCareNet. L'accord médico-mutualiste du 13 décembre dernier pose les jalons de ces échanges pour le tiers-payant social.

L'accès à l'assurabilité et à la gestion électronique des demandes et des réponses d'autorisation de remboursement des médicaments du chapitre IV et la première demande des médecins généralistes en matière de simplification administrative sont abordés dans un projet nommé eEasy. Projet-pilote et développement sont planifiés respectivement en 2011 et 2012.

11.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je suis heureuse d'entendre que la réflexion est en cours ainsi que la mise en place des outils. J'apprécie l'implication de eHealth dans le développement de cet outil.

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

12 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la reconnaissance de la Liga Homeopathica Classica comme association professionnelle de praticiens d'une pratique non conventionnelle" (n° 1687)

12 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de erkenning van de Liga Homeopathica Classica als beroepsorganisatie van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk" (nr. 1687)

12.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, ma question sera très courte. Je reviens sur cet arrêté auquel nous avons donné force de loi très récemment pour permettre la reconnaissance d'associations professionnelles dans les médecines dites alternatives ou non conventionnelles. Pour l'homéopathie, par cet arrêté royal devenu loi, nous avons reconnu deux associations professionnelles: l'Union professionnelle nationale et la Liga Homeopathica Classica. Alors que la première, l'UHB, défend l'exercice de l'homéopathie par les médecins, les dentistes et les vétérinaires, il semble que la Liga Homeopathica Classica soit constituée de médecins mais aussi d'homéopathes qui n'ont pas suivi de formation de médecine.

Madame la ministre, sans procès d'intention aucun, je souhaite savoir quels critères ont présidé à la reconnaissance de la LHC comme organisation professionnelle.

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: L'arrêté royal a reconnu treize associations comme organisations professionnelles d'une pratique non conventionnelle. L'arrêté a été ratifié et publié. Les treize associations répondent aux conditions fixées par l'arrêté royal du 4 juillet 2001, arrêté confirmé par une loi du 22 août 2002. Ces conditions visent entre autres la forme juridique de ces associations, la couverture des responsabilités civiles et professionnelles de leurs membres ou encore des normes sur leur rémunération. La qualité de médecin des membres n'est donc pas une exigence de l'arrêté. C'est la raison pour laquelle la Liga Homeopathica Classica a été reconnue au même titre que l'Unio Homeopathica Belgica.

Il s'agit par ailleurs précisément d'un des objectifs de la loi de 1999 qui doit permettre sous des conditions strictes l'exercice de ces pratiques non conventionnelles à des personnes qui ne disposent pas d'un titre de médecin, de pharmacien, de kiné, d'infirmier ou d'une profession paramédicale. Par ailleurs, la *ratio legis* de cet arrêté est uniquement de permettre à plusieurs associations issues de différents courants d'une même pratique d'être représentés dans les organes d'avis qui seront bientôt mis en place. Cette reconnaissance ne présume donc en rien des critères qui seront retenus in fine pour l'exercice de soins homéopathiques.

La portée donnée par la loi à cette reconnaissance est limitée. L'unique prérogative de ces associations reconnues est de pouvoir soumettre une liste de praticiens qu'elle souhaiterait voir siéger dans la chambre relative à leur pratique. Ces chambres, composées pour moitié de médecins proposés par les facultés de médecine et pour moitié de membres présentés par les associations professionnelles reconnues, devront

dans un premier temps rendre un avis sur l'opportunité d'un enregistrement de chacune des pratiques non conventionnelles. Dans un second temps, elles donneront un avis sur les conditions requises pour l'enregistrement individuel des praticiens.

Par ailleurs, je rappelle que j'ai demandé au KCE en octobre 2008 la fameuse étude sur les quatre pratiques non conventionnelles. Le rapport sur l'ostéopathie et la chiropraxie devrait m'être communiqué dans les jours qui viennent tandis que celui sur l'homéopathie et l'acupuncture devrait m'être communiqué en mars 2011, d'après les projections du KCE.

C'est sur ces bases que nous verrons si la loi doit être adaptée.

12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je vous remercie. Je voulais entendre et comprendre la distinction opérée entre les critères d'exercice d'une pratique et ceux pour la reconnaissance d'organisations qui vont elles-mêmes permettre à des praticiens d'exercer la médecine homéopathique. J'espère qu'il y aura aussi une reconnaissance mutuelle entre ces associations, ce qui n'est pas toujours évident. J'espère également que nous pourrons travailler le plus vite possible à une réforme plus complète de la loi de 1999.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la composition du comité de management du Plan National des Maladies rares" (n° 1764)

13 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de samenstelling van het managementcomité van het Belgisch Plan Zeldzame Ziekten" (nr. 1764)

13.01 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, j'ai rebondi par rapport à l'organisation des travaux et transformé une série de questions en questions écrites. Mais celle-ci, je désirais la poser oralement pour essayer de bien comprendre.

Madame la ministre, le comité de management du Plan National des Maladies rares a été mis en place et j'aurais bien voulu en connaître la composition exacte. J'aurais bien voulu savoir qui avait décidé de la composition de ce comité, sur base de quels critères et sur base de quelle procédure. Et puis, je m'étonne – sauf si vous infirmez – qu'un des très grands pôles de référence universitaire francophone, à savoir l'hôpital universitaire Saint-Luc (UCL) n'est pas aujourd'hui associé à ce comité de management du Plan National des Maladies rares.

Cela pose évidemment question puisque c'est un centre d'expertise et de référence pour toute une série de matières, que ce soit au niveau des centres de génétique, de la mucoviscidose, des pathologies neuromusculaires ou métaboliques, que ce soit également au niveau des laboratoires de recherche qui sont réputés et aussi à travers les expertises dans des domaines rares comme la néphrologie héréditaire et pédiatrique, sur tout ce qui concerne les maladies hépatiques des enfants, l'hémophilie, les maladies vasculaires, ... Je peux en citer beaucoup, y compris le fait, par exemple, que c'est la seule qui a créé une *spin off* dans ce secteur et qui a d'ailleurs, par rapport à cela, une expérience unique du développement des médicaments orphelins.

J'aimerais donc, madame la ministre, essayer de comprendre avant tout ce qu'il en est et pourquoi on est arrivé à une telle situation.

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, je vais tenter de vous éclairer. Comme vous le savez, consciente des difficultés rencontrées par les personnes atteintes de maladies rares et leurs proches, je cofinance, depuis 2009, le Fonds des maladies rares et des médicaments orphelins afin d'élaborer des propositions et recommandations pour un Plan National des Maladies rares.

Le Fonds des maladies rares et des médicaments orphelins est géré par la Fondation Roi Baudouin. Il s'est donné pour objectif de favoriser la mise en œuvre d'une politique cohérente qui améliore la qualité de vie des patients touchés par une maladie rare et de leur entourage.

Selon les informations transmises par la Fondation Roi Baudouin, comme c'est le cas pour tous les fonds

gérés par la Fondation, un comité de gestion a été créé afin de soutenir le Fonds des maladies rares et des médicaments orphelins pour la réalisation de ses objectifs.

Conformément à la philosophie de la Fondation, lors de la création de ce comité, une attention particulière a été portée à une composition équilibrée, avec la participation d'un grand nombre d'acteurs d'affiliations diverses. La composition du comité a été approuvée par le comité exécutif de la Fondation Roi Baudouin. Il ne s'agit donc pas, comme vous l'indiquez, d'un comité de management du Plan National des Maladies rares mais plutôt d'un comité de management du Fonds des maladies rares et des médicaments orphelins.

Étant donné la diversité et la multiplicité d'acteurs concernés, la Fondation a choisi, pour des raisons opérationnelles, que le comité serait composé par des représentants mandatés par les principales coupes d'organisations ou institutions. Le Conseil supérieur de génétique humaine, composé par tous les centres de génétique, est représenté par le Pr Abramowicz. Les hôpitaux universitaires sont représentés par le Dr Tassignon, présidente de la Conférence des hôpitaux académiques de Belgique.

La mission confiée au Fonds des maladies rares et des médicaments orphelins consiste uniquement en l'élaboration de propositions et de recommandations en vue d'un Plan National pour les Maladies rares. Dans ce cadre, le Fonds a élaboré un premier rapport avec plusieurs propositions. Parmi celles-ci, le Fonds propose la création d'une plate-forme nationale pour les maladies rares qui serait composée des représentants des parties prenantes pertinentes impliquées dans les maladies rares. Il est simplement indiqué que l'actuel comité de gestion du fonds pourrait constituer le socle de la plate-forme nationale.

Le rapport reprend d'éventuelles missions pour cette plate-forme, telle que la participation à la mise en œuvre des procédures de certification, de réexamen et d'évaluation de centres d'expertise et de coordination pour les maladies rares.

Le lancement d'un Plan National des Maladies rares ainsi que le choix des futures mesures qui le composeront dépendront de la décision des ministre des Affaires sociales et de la Santé publique dans le cadre d'un futur gouvernement. De plus, il va de soi que l'élaboration et l'opérationnalisation éventuelle de propositions élaborées par le Fonds seront confiées aux institutions compétentes, telles que l'INAMI ou le SPF et que leur mise en œuvre respectera bien entendu les procédures et instances habituelles qui impliquent notamment des concertations avec les représentants des acteurs concernés.

13.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, je vous ai bien écoutée et j'ai essayé de comprendre; j'avoue n'avoir toujours pas bien compris!

Vous m'avez donné une série de noms, une série d'éléments.

Je ne peux que constater une chose: il y a deux poids et deux mesures. Il n'existe pas 36 centres universitaires et je limiterai la discussion à l'espace francophone.

Vous ne m'avez pas donné tous les noms, mais, par les noms des personnes citées, je ne puis que constater que l'ULB et l'ULG sont singulièrement bien ancrés dans ce comité. Pourtant, il n'existe pas d'argument factuel, rationnel qui pourrait expliquer que ces deux hôpitaux universitaires ont des compétences particulières dont ne dispose pas le troisième hôpital universitaire. Bien au contraire, comme j'ai repris tout à l'heure la série d'éléments et d'objectifs rationnels, factuels qui démontrent exactement le contraire, je suis franchement étonnée.

De plus, même si vous vous retranchez derrière...

13.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne peux pas faire autrement. Je dirai donc avec le même ton que c'est une question qui m'est posée alors qu'elle ne me regarde pas!

13.05 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je vais donc continuer si vous me le permettez.

Madame la ministre, vous vous retranchez derrière...

13.06 Laurette Onkelinx, ministre: Ce qui me dérange, c'est que vous posez une question et vous demandez des précisions, puis vous reprenez la parole comme si je n'avais pas répondu. Soit vous ne comprenez pas, soit vous êtes de mauvaise foi!

13.07 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je trouve que vous vous énervez tellement...

13.08 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je n'aime pas qu'on m'accuse de quelque chose qui n'est pas de ma compétence!

13.09 **Catherine Fonck** (cdH): Je ne vous accuse pas madame la ministre mais je crois que le président m'a donné la parole!

13.10 **Laurette Onkelinx**, ministre: Allez-y! Faites votre cinéma!

13.11 **Catherine Fonck** (cdH): En l'occurrence, le cinéma, je pense que c'est vous qui le faites!

Je constate en tout cas que vous vous énervez alors qu'il n'y a pas matière à s'énerver.

13.12 **Laurette Onkelinx**, ministre: (...) parce que vous ne comprenez pas mes réponses!

13.13 **Catherine Fonck** (cdH): C'est tout de même fou ce qui se passe ici!

Le **président**: J'essaie de vous donner la parole.

13.14 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, je vous en remercie.

Dans mon coin, on dit "on touche là où ça fait mal" et à ce moment, les gens réagissent. Je trouve fou que vous vous énervez pour cela. Je vous pose poliment et calmement une question. Vous répondez; je réplique en tant que parlementaire, tout aussi calmement...

Vous devriez être filmée, madame la ministre! Votre gestuelle est significative. C'est dommage qu'une caméra n'est pas présente!

Je continue. Je ne peux en tout cas que constater que vous vous retranchez derrière la Fondation, l'ULG et l'ULB étant, elles, particulièrement ancrées. Je retiens de vos propos que ce serait le socle de la plate-forme nationale, que ce socle, j'imagine, sera amené dans un avenir plus ou moins proche à devoir gérer l'octroi des agréments pour les centres d'expertise et d'excellence.

Il y a deux poids, deux mesures que je ne m'explique pas et que vous ne m'avez pas non plus expliqués. J'estime que c'est dommageable. Si on avait 50 hôpitaux universitaires, je pourrais comprendre qu'il est difficile dans un comité d'avoir avec autant de représentants des débats efficaces et de travailler sur le fond pour mettre en place rapidement les décisions qui sont prises. *In casu*, on n'a pas 50 hôpitaux et je ne peux que regretter que ce soit ce choix qui ait été retenu.

Je voudrais insister et demander encore, si c'est la Fondation qui a décidé, que vous-même interveniez pour que l'ensemble des hôpitaux universitaires, au Nord et au Sud du pays, soient représentés.

Le **président**: L'incident n'est pas du tout clos mais peut-être que la période de Noël pourra résoudre les problèmes.

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

14 **Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de initiatieven om de huisartsgeneeskunde te herwaarderen" (nr. 1808)**

14 **Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les initiatives visant à revaloriser la médecine générale" (n° 1808)**

De **voorzitter**: De stap van de universitaire centra naar de huisartsen is klein.

14.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, tijdens uw ambtstermijn werden in opeenvolgende conventies allerlei maatregelen aangekondigd om de huisartsgeneeskunde te herwaarderen als spil in de eerstelijnszorg, in tegenstelling tot de universiteiten.

Zo staan de zorgtrajecten al sinds 2006 gebudgetteerd in de opeenvolgende conventies. Opmerkelijk hierbij is dat de uitvoering pas in 2009 van start is gegaan, hoewel het budget van 15 miljoen euro wel vanaf 2006 jaarlijks werd ingeschreven. Daarnaast werd vanaf 2009 een volgende fase in de Impulseo-ondersteuning gepland. Die Impulseo III, gericht op de solowerkende huisartsen, was begroot op 6 miljoen euro per jaar, maar is tot op heden nog niet uitgevoerd.

Het belangrijkste project voor de huisartsen in de conventieakkoorden van 2009 en 2010 betrof de preventiemodule bij het globaal medisch dossier. Daarvoor was jaarlijks, naast een budget van 6 miljoen euro remgeldverminderingen voor de patiënten, ook in een budget van 15 miljoen euro voor de huisartsen voorzien. Ook dat project is al twee jaar na elkaar niet uitgevoerd. Een optelsom leert dus dat in de voorbije vijf jaar meer dan 10 000 euro per huisarts was gebudgetteerd, maar dat daarvan niets werd uitgevoerd.

Dat er in de conventies zoveel aandacht gaat naar de huisartsgeneeskunde is terecht. Iedereen kent immers de uitdaging van de toekomst: de vergrijzing. De enorme druk die door de vergrijzingsgolf op de gezondheidszorg afkomt, zullen wij slechts kunnen weerstaan door in de gezondheidszorg de beschikbare middelen anders te oriënteren. Er zijn meer middelen nodig voor preventie, voor de chronische zorg en voor het steunen van de ouder wordende populatie die in het eigen thuismilieu wil blijven. Die taken worden nu al door de eerstelijnszorg opgenomen. Ze vormen het zorgdomein waarvoor de huisartsen meer ondersteuning nodig hebben.

Toch stellen wij vast dat sinds 2006 de begrote "meer dan 10 000 euro per huisarts" nooit bij de huisartsen terecht kwam. Het ging immers steeds over projecten of thema's die niet werden uitgevoerd, ondanks formele afspraken in de conventieakkoorden. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de te laat opgestarte zorgtrajecten, de nog altijd niet uitgevoerde Impulseo III, het preventiedossier GMD-plus, dat vandaag nog niet is gerealiseerd, en de ICT-steun voor samenwerkingsinitiatieven, die uitbleef.

We weten allemaal dat intussen de budgetten die niet besteed werden in de eerstelijnszorg, wel werden doorgestuurd en opgesoupeerd in de technologische ziekenhuiszorg. Dat hebben wij hier juist al gehoord. Dat is nu net de zorg die wij met het oog op de komende vergrijzingsuitdaging niet meer willen laten groeien.

Vandaar dat ik de volgende vragen zou willen stellen.

Wij begrijpen dat de minister de eerstelijnszorg belangrijk vindt en wil steunen. Welke initiatieven zal de minister hiervoor nemen? Met welke initiatieven zal de minister ervoor zorgen dat de verloren budgetten toch nog worden besteed ten gunste van de huisartsgeneeskunde? Met welke initiatieven kan de minister verzekeren dat de toekomstige budgetten, bedoeld voor de huisartsgeneeskunde, effectief zullen worden besteed ter ondersteuning van die huisartsgeneeskunde?

14.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, collega, zoals u hebt beklemtoond, heb ik sinds drie jaar veel initiatieven genomen om de eerstelijnszorg te herwaarderen. Laat mij, vooraleer ik terugkom op het dossier waarover u spreekt, u enkele andere, voor de huisartsen belangrijke financiële maatregelen in herinnering brengen. Ik denk in het bijzonder aan de verhoging met meer dan 40 % van de erelonen in 5 jaar, de verdrievoudiging van de subsidies voor de ontwikkeling van wachtdiensten, de invoering van het project 1733, de ontwikkeling van het Impulseo II-fonds, de uitbreiding van het Impulseo I-fonds of nog aan de financiële herwaardering van het globaal medisch dossier.

Wat de door u aangehaalde verschillende budgetten betreft, herinner ik eraan dat die bedoeld zijn om de verrichtingen voor de patiënten te dekken, maar dat ze de dienstverleners geen trekkingsrechten geven.

De vastlegging van de budgetten is het noodzakelijke kader om projecten te kunnen ontwikkelen en uitvoeren. Sommige projecten die u vermeldt, zijn al in werking getreden. Dat is het geval voor de zorgtrajecten waarmee men in juni 2009 van start ging.

Het niet uitgegeven geld inzake de twee zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie werd trouwens gebruikt om de avondconsultaties van de huisartsen financieel te herwaarderen.

Wat de invoering van de preventiemodule in het raam van het globaal medisch dossier betreft, liggen de vijf ontwerpen van koninklijk besluit bij de Raad van State voor. De preventiemodule zal vanaf 1 april 2011 in voege treden. Door bedoelde module zal de eerstelijnszorg patiënten tussen 45 en 75 jaar op preventief vlak effectief beter kunnen behandelen.

Ten slotte, het Impulseo III-fonds dat ik voor de solopraktijken wil invoeren, volgt momenteel de gewone, administratieve procedure. Het zal de komende maanden in werking treden.

Over het algemeen gaat het over vernieuwende en ingewikkelde dossiers, waarover, in het bijzonder met de vertegenwoordigers van het terrein, lang moet worden overlegd. U zal wel begrijpen dat een dergelijk overleg tijd kost.

Wees er in elk geval van overtuigd dat de vermelde budgetten helemaal niet gebruikt zijn om de ziekenhuistechnologie te betalen. Ik zal de ontwikkeling van de eerstelijnszorg blijven steunen zodat het de spil van ons zorgsysteem blijft.

14.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben heel blij met uw laatste zin. De huisartsen zullen graag horen dat u nog altijd voorstander bent van de eerstelijnszorg en minder geneigd bent om mensen meteen naar spoeddiensten of ziekenhuizen te sturen.

Wij zullen deze materie zeker en vast opvolgen.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.37 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16.37 heures.*