

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 19 JANVIER 2011

WOENSDAG 19 JANUARI 2011

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.15 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.
La séance est ouverte à 14.15 heures et présidée par M. Hans Bonte.

01 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het aantal overtredingen op het rookverbod in 2010" (nr. 1892)

01 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nombre d'infractions à l'interdiction de fumer en 2010" (n° 1892)

01.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb u dit jaar nog niet gezien of ondervraagd. Mijn beste wensen voor 2011.

Hier ben ik weer met een vraag over het rookverbod en alle uitvloeisels daaromtrent. In *De Morgen* van 4 januari 2011 stond te lezen dat er in 2010 twee keer zoveel overtredingen op het rookverbod in de horeca werden vastgesteld als in 2009. Dat bleek uit de cijfers die het FAVV heeft vrijgegeven. Terwijl het aantal vastgestelde overtredingen op het rookverbod in restaurants, tavernes en eetcafés in 2009 nog 7,5 % bedroeg, liep het in 2010 op tot 13,3 %.

Mevrouw de minister, hoewel inspecteurs van het FAVV optreden bij de minste inbreuk, wordt er niet aan elke opmerking een vergelijkbaar gevolg gegeven. Zo wordt het niet of slecht afbakenen van de rookvrije zone enkel bestraft met een proces-verbaal van waarschuwing, en geldboetes – variërend naargelang van de aard van de inbreuk – komen daar pas bovenop als er effectief gerookt wordt waar het verboden is.

Het feit dat het aantal inbreuken op de rookwetgeving vorig jaar nog is toegenomen toont volgens mij aan dat overtredingen niet streng genoeg bestraft worden. Daarom heb ik de volgende vragen voor u.

Zullen er in 2011 in de horeca meer controles op de bestaande rookwetgeving worden uitgevoerd? Zullen inbreuken op de wet op dezelfde manier als vorig jaar worden bestraft? Worden de straffen strenger gemaakt om overtreders af te schrikken? Zal er iets ondernomen worden om het algemeen draagvlak voor het algemeen rookverbod in de horeca uit te breiden bij het publiek, door bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes? Ik dank u, mevrouw de minister.

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Smeyers, eerst en vooral ook mijn beste wensen voor 2011.

Vorige week stelde mevrouw Muylle in deze commissie een gelijkaardige vraag aan minister Laruelle. Mevrouw Muylle verwees naar de verschillen in de controlecijfers tussen de communicatie van 3 januari 2011 door het Voedselagentschap en de cijfers die de FOD Volksgezondheid onder meer in haar evaluatierapport van de nieuwe wetgeving heeft gegeven. De controlecijfers die het Voedselagentschap begin januari heeft gecommuniceerd waren niet de definitieve controlecijfers van het Voedselagentschap voor 2010. Bovendien werd geen rekening gehouden met de 4 000 controles in de horecasector die de

tabakscontroledienst van de FOD Volksgezondheid heeft verricht.

Uit de volledige controlecijfers van zowel de FOD Volksgezondheid als het Voedselagentschap blijkt dat er in 2010 in totaal 16 300 horeca-inrichtingen werden gecontroleerd waarvan er 70 % volledig conform was.

Zoals reeds vroeger aangegeven, scoren vooral de cafés waar nog gerookt mag worden slecht. Slechts 48 % is conform de rookwetgeving.

In totaal werden ook bijna 8 000 andere openbare lokalen dan horecazaken, stations, sportlokalen, lokalen van jeugdbewegingen, rusthuizen, theaters, gecontroleerd, waarvan 75 % conform was.

In totaal werden er 427 processen-verbaal opgesteld tegen inrichtingen en 217 rokers hebben een proces-verbaal ontvangen.

De controlecijfers van de eerste drie maanden van 2010 in het evaluatierapport van de nieuwe wetgeving van de FOD Volksgezondheid zijn vergelijkbaar: 8 360 controles van horeca-inrichtingen waarvan 70 % conform de wetgeving.

Indien men deze cijfers van 2010 vergelijkt met de controlecijfers van 2009 kunnen wij besluiten dat de situatie voor de horeca-inrichtingen vergelijkbaar is gebleven.

Zo werden er in 2009 in totaal 14 000 horeca-inrichtingen gecontroleerd, waarvan 72 % volledig conform was.

Voor de andere openbare lokalen, waarvoor de wetgeving niet is gewijzigd, is er een significante verbetering, met name een verbetering van 64 % conforme lokalen voor 2009 naar 75 % conforme lokalen voor 2010.

Ik heb hier in een tabel meer gedetailleerde cijfers voor u en voor alle commissieleden in het Frans én in het Nederlands.

Voor 2011 zullen de bevoegde controlediensten trachten een zelfde aantal controles uit te voeren als in de vorige jaren, zijnde een 15 000-tal controles in de horecasector en een 8 000-tal controles in andere, openbare lokalen.

Voor 2011 zal het controlebeleid niet worden gewijzigd. Alle horecazaken dienen aan de wetgeving te voldoen. Bij een ernstige inbreuk, zoals het roken toelaten op plaatsen waar een rookverbod van toepassing zou moeten zijn, riskeren de uitbaters een boete. Voor kleinere inbreuken, bijvoorbeeld het ontbreken van een rookverbodsteken aan de ingang, wordt een waarschuwing gegeven.

Voor de uitbreiding van de rookwetgeving wens ik naar de voorstellen van het Parlement te verwijzen.

01.03 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb een korte repliek.

Mevrouw de minister, ik dank u voor de cijfers.

Ik merk inderdaad een verbetering in 2010 ten opzichte van 2009. Ik kan alleen maar hopen dat de trend zich doorzet en dat steeds meer mensen de rookwetgeving zullen naleven.

Niettemin hoef ik niet meer te vertellen dat ik hoop dat wij in 2011 naar een algemeen rookverbod zullen evolueren en dat een dergelijk verbod ook zal worden nageleefd. Een algemeen rookverbod zal bovendien veel gemakkelijker te controleren zijn dan de huidige wetgeving. Wij zullen het daarover echter inderdaad later nog hebben.

De **voorzitter**: Misschien zullen wij het er zelfs later op de dag in de commissie nog over hebben.

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

02 Question de M. Anthony Dufrane à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la

Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le dossier médical global" (n° 2006)

02 Vraag van de heer Anthony Dufrane aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het globaal medisch dossier" (nr. 2006)

02.01 Anthony Dufrane (PS): Madame la ministre, récemment, l'Union nationale des mutualités socialistes a publié une étude intitulée "Le baromètre DMG 2009". Celle-ci faisait état de chiffres très encourageants. Ainsi, plus de 48 % des affiliés à l'UNMS disposaient fin 2009 d'un DMG et ils étaient 63 % chez ceux qui s'étaient rendus au moins une fois chez leur médecin généraliste. Ces bons chiffres en matière de couverture par le DMG valent également pour les personnes âgées: sept personnes sur dix à partir de 75 ans en ont un. Pour les malades chroniques, ce chiffre est de 66 %; dans une moindre mesure, 53 % pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

Aussi, les objectifs de départ ayant motivé la création du DMG, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins, la valorisation du rôle du médecin généraliste, le renforcement de la stabilité des relations entre le médecin généraliste et le patient ainsi que l'incitation à recourir à la première ligne pour ceux qui font le plus souvent appel aux soins généraux et qui sont socialement fragilisés, tous ces objectifs sont atteints.

Il est évident que la progression constatée, à savoir l'augmentation de 28 % du nombre d'affiliés ayant ouvert un DMG entre 2005 et 2009 doit se poursuivre. Pour cela, la Mutualité socialiste fait quelques propositions très concrètes telles que l'élargissement du droit au tiers payant pour la consultation et la visite qui accompagnent l'ouverture et la prolongation du dossier médical global. En effet, pour les BIM, on a constaté que dans le cas où le DMG est facturé en tiers payant, le patient concerné doit avancer une fois sur deux l'argent de la consultation. Il est également suggéré pour encourager la frange des patients ayant rarement recours à la médecine d'aller vers le dossier médical global, de simplifier la prolongation administrative du DMG en opérant un contrôle de contact non plus sur un an mais sur trois ans.

Enfin, la Mutualité socialiste propose d'accorder un droit au tiers payant aux patients BIM/Omnio qui disposeraient d'un dossier médical global et de fixer le ticket modérateur à 1 euro pour les BIM en ayant un.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes. Disposez-vous de chiffres relatifs à la couverture de la population belge en matière de DMG? Si oui, quelle est l'évolution de ce taux de couverture? Les objectifs de départ atteints pour la Mutualité socialiste se confirment-ils à l'échelle nationale? Que vous inspirent les quatre propositions susmentionnées?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, à partir des données de 2008 relatives au dossier médical global par région et par sexe, on constate que le nombre total de DMG est de 4 496 163 pour l'ensemble du pays contre 3 561 212 en 2006. Il s'agit donc d'une vraie progression. La couverture atteint 42,1 % du pays. Cela représente une augmentation de 25 % en deux ans. L'accroissement annuel entre 2007 et 2008 s'élève à 17 %; il est plus important qu'entre 2006 et 2007. Chez les femmes, la couverture est systématiquement plus élevée.

De façon intéressante, les chiffres par région sont les suivants: 3 350 729 en Flandre, 896 390 en Wallonie et 249 044 pour la Région de Bruxelles-Capitale. Ramenés à l'échelle de la population, ces chiffres donnent une couverture de 54 % en Flandre, de 26 % en Wallonie et de 24 % à Bruxelles. Autrement dit, cela va mieux! Le taux de progression est le meilleur en Wallonie, mais celle-ci vient de beaucoup plus loin. Il y a un effet de rattrapage, qu'il faudra augmenter. Je vous transmettrai des chiffres complémentaires.

Ces données doivent être interprétées avec nuance pour les raisons suivantes. D'abord, les indépendants peuvent bénéficier du DMG depuis le 1^{er} janvier 2008. Cela explique en partie l'accroissement durant ces dernières années. Ensuite, la couverture varie en fonction de l'âge: plus le patient est âgé, plus il bénéficie du DMG. Au départ, celui-ci était d'ailleurs réservé à ce type de personne, avant d'être élargi à tout le monde.

Néanmoins, cela n'explique pas le retard de Bruxelles et de la Wallonie; d'autres facteurs interviennent. Je pense à la place du médecin généraliste dans l'offre de soins ou à certains facteurs socioculturels influençant l'adhésion de la population à un système.

Je permets d'ouvrir une parenthèse en rappelant que ce n'est pas parce que le DMG n'est pas facturé que le médecin ne dispose pas d'un dossier relatif à son patient et que ce dernier n'est pas suivi correctement.

En ce qui concerne les propositions concrètes d'amélioration, comme vous les décrivez, elles ont été pour beaucoup reprises dans le texte du dernier accord national médico-mut conclu pour l'année 2011, proposant ainsi des avancées significatives en matière d'accessibilité.

Dès lors, la prolongation du DMG sera simplifiée administrativement; elle permettra au patient de ne plus avancer l'argent pour une prolongation: la mutualité paiera automatiquement le médecin après vérification du fait que le patient a eu au moins un contact avec son médecin généraliste au cours des deux années qui précèdent. Toutefois, le médecin généraliste conservera la possibilité d'attester la prolongation du DMG via le numéro de prestation 102/771 jusqu'au 30 juin 2011.

En outre, pour toutes les consultations, un engagement de la part des médecins généralistes conventionnés d'appliquer de manière générale le tiers payant social sur demande du patient BIM/Omnio et selon les modalités fixées par la commission nationale médico-mut figure en annexe à l'accord national médico-mut 2011.

Enfin, l'accord prévoit que les tickets modérateurs sur les consultations du médecin généraliste seront diminués pour le patient BIM/Omnio. Le ticket modérateur sur la consultation du médecin généraliste sera de 1 euro pour le titulaire du DMG et de 1,5 euro pour celui sans DMG.

À partir du 1^{er} avril sera lancé un système de consultations de prévention, gratuites, à l'avantage des titulaires de DMG, c'est-à-dire, la plupart du temps. Dans les législations actives autour de l'accessibilité aux soins de santé pour les patients, ce DMG est exigé. J'espère que cela aura un effet d'entraînement pour revoir les chiffres dans les différentes Régions du pays.

02.03 Anthony Dufrane (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour toutes ces bonnes nouvelles. J'aimerais encore savoir si, en termes de communication, le ministère de la Santé publique entamera une campagne afin d'avertir nos concitoyens et insister auprès d'eux. En effet, les mutualités socialistes le font, et sans doute les autres en général, mais on ne sait jamais.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je retiens votre idée.

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

03 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'efficacité des implants contraceptifs" (n° 2031)

03 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de efficiëntie van anticonceptie-implantaten" (nr. 2031)

03.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, depuis 1999, 1 300 000 femmes britanniques font confiance à un implant contraceptif, l'implanon, une méthode jugée très sûre par l'OMS, puisque, d'après l'agence de régulation britannique des médicaments, à peine 584 d'entre elles se sont retrouvées enceintes.

Ces résultats corroborent des études cliniques qui montrent un taux d'échec inférieur à 1 % au cours de la première année d'utilisation alors que l'efficacité en pratique courante de la pilule contraceptive se situe autour de 92 % (soit 8 % d'échecs au cours de la première année d'utilisation en raison des erreurs d'utilisation).

Ces implants contraceptifs, injectés sous le bras, sont commercialisés depuis une dizaine d'années et semblent conférer un des meilleurs moyens de contraception réversible, idéal pour les jeunes femmes, car ils diffusent lentement un progestatif (l'étonogestrel) à des taux de 60 microgrammes/jour, taux qui diminuent progressivement pour atteindre les 25 à 30 microgrammes/jour au bout de la troisième année, où l'implant doit être retiré.

Voici donc mes questions. Pourquoi cette méthode contraceptive est-elle largement méconnue chez nous? Est-ce une question de coût? Fait-elle l'objet d'un remboursement par les mutuelles? À défaut, est-ce

envisageable? Lorsqu'on observe le nombre conséquent d'IVG menées suite à une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives conventionnelles, la pose d'un implant ne constitue-t-elle pas une solution idéale? Les quelques centaines d'échecs rencontrés à travers le monde, s'ils ne remettent pas en cause l'efficacité du produit, ne posent-ils pas la question de la formation des praticiens pour réaliser ce geste et la nécessité de vérifier le succès de l'insertion?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, vous l'avez dit, l'implant contraceptif est une méthode très peu utilisée en Belgique. Les causes de cette faible utilisation sont sans doute multiples, allant d'une faible publicité faite par la firme elle-même qui les commercialise à des réticences culturelles vis-à-vis de l'acte de se faire implanter une substance active, sans oublier le facteur coût.

Cette méthode, tout comme le stérilet hormonal, est une méthode peu onéreuse si on calcule le prix de revient par mois: environ 140 euros pour une contraception efficace de trois à cinq ans, ce qui revient à moins de 50 euros par an. Cependant, le coût immédiat de 140 euros additionné à la visite chez un gynécologue constituent un vrai frein pour un nombre non négligeable de femmes, surtout si on le compare au coût d'environ 15 euros pour trois mois d'un grand nombre de pilules.

Une partie de la solution serait, bien sûr, de les rendre financièrement accessibles, mais ces moyens de contraception ne sont pas remboursés par l'assurance maladie et ce, pour deux raisons. D'une part, la réglementation de l'INAMI prévoit que ce soit toujours la firme pharmaceutique qui fasse la demande de remboursement. Or, les firmes commercialisant ces produits ne souhaitent pas demander le remboursement, pour diverses raisons, je pense, liées à la fixation du prix et aux cotisations pharmaceutiques.

Par ailleurs, le remboursement de la contraception, à un niveau qui la rendrait réellement accessible à toutes les femmes, aurait un coût de plusieurs dizaines de millions d'euros. Étant donné les contraintes budgétaires, l'investissement en priorité dans ce domaine se ferait au détriment d'autres secteurs en croissance, tels que, par exemple, l'oncologie ou la recherche sur les maladies orphelines.

Je suis entièrement d'accord avec vous sur la très grande sécurité de cette méthode contraceptive, me basant sur les informations communiquées. Les centres de planning familial et les autres acteurs de terrain en matière de prévention recommandent d'ailleurs ces moyens particulièrement fiables. Comme vous, je ne pense pas qu'il existe de réelles questions quant à l'efficacité de cette méthode, mais que, vu la très faible utilisation de la technique, il est possible que certains praticiens manquent de formation.

03.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je ne vais pas prolonger les débats. Merci pour votre réponse suffisamment claire. Il me semble qu'il serait intéressant de faire de la publicité au sujet de cette contraception au niveau des centres de planning familial.

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

04 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van het geneesmiddel Cellcept" (nr. 2036)

04 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement du médicament Cellcept" (n° 2036)

04.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dit is eigenlijk een vraag in het verlengde van een vraag van mijn collega Katia della Faille. Zij heeft mij gevraagd, omdat een en ander beweegt in het dossier van de terugbetaling van Cellcept, om daar nog een beetje verder op in te gaan.

Het geneesmiddel Cellcept wordt voorgeschreven aan patiënten die een transplantatie hebben ondergaan, om te vermijden dat het getransplanteerde orgaan wordt afgestoten. Het wordt terugbetaald voor mensen die een hart-, nier- of levertransplantatie hebben ondergaan. Mevrouw della Faille heeft toen een vraag gesteld over long- en pancreastransplantaties. Daarvoor gold de terugbetaling niet.

Twee jaar geleden hebt u geantwoord dat de Transplantatieraad van u de opdracht had gekregen een globale oplossing voor te stellen en een lijst te maken van de patiënten die van het geneesmiddel kunnen gebruikmaken. Ondertussen hebben wij vernomen dat Cellcept met ingang van februari 2011 wel terugbetaald zou worden voor alle transplanten.

Ik heb de volgende vragen.

Is het rapport van de Transplantatieraad klaar en beschikbaar? Kunt u het ons eventueel bezorgen? Wat stellen zij concreet voor? Klopt het dat het geneesmiddel vanaf februari terugbetaald zou worden voor transplantaties? Zo ja, moet daarvoor nog een KB gepubliceerd worden?

Er is ondertussen nog een indicatie bijgekomen. Het zou ook worden gebruikt bij bepaalde vormen van een zeldzame ziekte, namelijk Lupus erythematodes, een zeer zeldzame bindweefselziekte. Dat is niet verwonderlijk, want onder andere bij transplantaties worden vaak corticoïden gegeven, om geen afstoting te krijgen. Dat is ook een behandelingsmethode bij Lupus. Er is dus nog een indicatie bijgekomen, weliswaar niet in het transplantatiegebied. Daar is ook geen terugbetaling voor. Worden die zaken, in het algemeen, nog herzien of kan dat niet in lopende zaken?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, eerst en vooral wens ik mijn vriendelijke groeten over te maken aan mevrouw della Faille, alsook mijn beste wensen. Zij was een goede collega.

Mevrouw De Block, wat het antwoord op uw eerste twee vragen betreft, ik heb het verslag van de Transplantatieraad niet gekregen en kan zijn besluiten aldus niet meedelen.

Een terugbetaling via hoofdstuk 4, zoals nu het geval is voor Cellcept, kan maar in overeenstemming met de geregistreerde indicaties gebeuren. Deze specialiteit heeft echter alleen indicaties voor de preventie van afstoting voor hart, lever en nieren. Het lijkt erg waarschijnlijk dat de basismechanismen voor een afstoting dezelfde zijn, ongeacht het orgaan.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heeft mij dus voorgesteld om Cellcept van hoofdstuk 4 – machtiging a priori van de adviserende geneesheer – naar hoofdstuk 1, dat geen machtiging vereist, over te hevelen. De voorschrijvende arts zal er dus moeten voor zorgen dat de indicaties worden nageleefd of de verantwoordelijkheid moeten nemen om daarvan af te wijken indien hij dat voor zijn patiënt nuttig of nodig acht.

Het ministerieel besluit over deze verandering van hoofdstuk zal op 21 januari verschijnen en vanaf 1 februari van toepassing zijn.

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

Het verslag is er nog niet. Ik zou u willen vragen om dit bij gelegenheid te kunnen ontvangen.

Ondertussen is de CTG in al haar wijsheid tot de vaststelling gekomen dat wetenschappelijke mechanismen die de afstoting van een orgaan bewerkstelligen, dezelfde zijn en dus ook een indicatie is voor andere. Het is evident dat het dossier gefundeerd moet zijn. Het geneesmiddel moet nodig zijn voor de patiënt. Ik denk dat dit heel welkom zal zijn.

Wat betreft de andere indicaties neem ik aan dat er voor elke aparte andere ziekte terug een dossier voor tegemoetkoming bij de CTG zal moeten gebeuren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Mevrouw De Block, ik stel voor dat u aan het woord blijft voor uw volgende vraag.

05 **Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de prevalentiestudie van ondervoeding in de rustoordsector" (nr. 2037)**

05 **Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de**

la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'étude de prévalence de la sous-alimentation dans le secteur des maisons de repos" (n° 2037)

05.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ondervoeding bij ouderen is een onderschat probleem, zowel inzake de omvang als inzake de gezondheidsproblemen en de meerkosten die ermee gepaard gaan.

Krachtlijn 5 van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan besteedt aandacht aan ondervoeding in hospitalen, rusthuizen en thuiszorg.

NutriAction 2008 deed in de week van 24 tot 28 november 2008 een screening naar ondervoeding via de huisartsen, bij mensen ouder dan 70 jaar in rust- en verzorgingstehuizen.

Dat onderzoek was verwonderlijk, want 57 % van de onderzochte populatie bleek ondervoeding te vertonen. Op basis van de BMI was 16 % ook daadwerkelijk ondervoed.

Opvallend daarbij is dat vrouwen een groter risico vertonen op ondervoeding dan mannen en het risico op ondervoeding toeneemt naarmate de leeftijd stijgt.

U besteedde hieraan in 2010 uitgebreid aandacht en u bestelde een prevalentiestudie die representatief is voor de rusthuissector. Deze studie zou de nutritionele toestand van de patiënten onderzoeken, evenals mogelijke verbanden met de toestand van de mond, het gebit, het gebruik van bepaalde medicatie, de organisatie van de zorg, de kwalificatie van het personeel en andere parameters die eigen zijn aan dit soort instellingen.

De resultaten van dit onderzoek zouden in de loop van de maand december 2010 beschikbaar zijn. Ik heb een agenda waarin ik dergelijke zaken bijhoud. Daarom kom ik daar nu op terug.

Mevrouw de minister, wat waren de belangrijkste conclusies van de studie? Kunt u die meedelen? Welke acties zult u ondernemen om het probleem te verhelpen?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, de door mevrouw De Block vermelde studie is nog steeds aan de gang. Het plotselinge overlijden, in november laatstleden, van een van de verantwoordelijken van het onderzoeksteam heeft er immers toe geleid dat er vertraging is opgetreden bij de afronding van het project.

Door dit geval van overmacht werd een bijkomende termijn van twee maanden aan de onderzoeksteams toegekend om hun conclusies te bezorgen. De resultaten van de studie zullen dus pas in de loop van februari 2011 aan de overheid worden voorgesteld.

Na goedkeuring ervan zullen deze ter beschikking worden gesteld op de website van de FOD Volksgezondheid. Zonder de conclusies van de studie is het te vroeg om u te kunnen meedelen welke maatregelen er zullen worden overwogen.

De **voorzitter**: Dat is een triestige vorm van overmacht.

05.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dat wist ik natuurlijk niet, anders had ik die vraag niet gesteld. Dat is inderdaad een geval van overmacht. Wij zullen daarop later terugkomen.

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

06 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 vente en Belgique de quatre produits pharmaceutiques ayant des effets secondaires graves" (n° 2017)

06 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 verkoop in België van vier farmaceutische producten met ernstige nevenwerkingen" (nr. 2017)

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, ma question est un peu en lien avec les doutes qui pèsent sur les effets secondaires de certains médicaments. En France, l'affaire Mediator a fait beaucoup de bruit. Ce n'est donc pas le moment de relâcher la pharmacovigilance, que ce soit en France, en Belgique ou ailleurs.

Madame la ministre, en dehors du cas du Mediator, la revue médicale *Prescrire* a analysé de nombreux médicaments. Elle a également averti du danger de dix autres médicaments qui présentent des effets secondaires considérables et qui sont toujours sur le marché français.

Je me suis renseignée sur ces médicaments pour voir s'ils étaient vendus en Belgique. D'après le site du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP), quatre de ces médicaments sont également vendus sous prescription en Belgique. Il s'agit de:

- l'Actos pour le traitement du diabète de type 2;
- le Ketek pour le traitement d'infections respiratoires;
- le Zyprexa pour le traitement de la schizophrénie et de troubles bipolaires;
- le Zyban pour le sevrage tabagique.

Toujours selon le CBIP, les effets secondaires possibles de ces médicaments sont assez lourds. Cela vaut d'ailleurs la peine de les citer pour chacun.

En ce qui concerne l'Actos, les effets indésirables principaux sont l'hypoglycémie, la prise de poids, la rétention hydrosodée, des troubles gastro-intestinaux, fatigue, céphalées, vertiges, anémie, risque accru de fractures au niveau des extrémités, risque cardiovasculaire accru avec potentielle augmentation de la mortalité.

Le CBIP déconseille donc la prescription de ce médicament en raison de ses effets indésirables et de l'incertitude quant à ses effets à long terme.

Pour le Ketek également, le CBIP conseille de bien peser les indications, en raison d'effets indésirables graves, notamment des faiblesses musculaires, des troubles du rythme cardiaque et des atteintes hépatiques.

Pour le Zyprexa, le développement d'un diabète de type 2 et surtout une prise de poids considérable constituent les effets indésirables principaux pour le CBIP. Il pourrait aller jusqu'à provoquer une obésité sévère.

Enfin, les effets bénéfiques du Zyban sont incertains, alors que les effets indésirables sont graves et avérés: hypertension artérielle, insomnies, convulsions, céphalées, fièvres. Selon le CBIP, la prudence est de rigueur en cas d'association à d'autres médicaments pouvant provoquer des convulsions.

Je voulais savoir si vos services et vous-mêmes étiez informés de cet appel à vigilance de la revue *Prescrire*. Ces médicaments peuvent-ils continuer à être prescrits en Belgique malgré les effets indésirables graves confirmés par le CBIP? Ne pensez-vous pas que les risques encourus sont trop importants? Existe-t-il des alternatives à ces médicaments?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, l'Agence veille effectivement en permanence à se tenir au courant des dernières données concernant les médicaments, notamment quant à leur efficacité, leurs qualités, leur sécurité d'emploi, et ils ont évidemment accès aux publications de la revue *Prescrire*.

Tous les médicaments, nous le savons, peuvent être responsables d'effets indésirables, parfois graves pour certains d'entre eux. Ils nécessitent, dès lors, tous des précautions d'emploi et peuvent être à l'origine d'interactions médicamenteuses.

Lors de l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché, la balance entre les bénéfices et les risques (entre autres les effets indésirables du médicament concerné) est évaluée. Cette balance est revue tout au long de la vie du médicament en fonction de l'émergence de nouvelles données, comme par exemple un effet indésirable n'ayant pas été détecté lors des essais cliniques. Cette réévaluation peut conduire à la prise de mesures, afin de protéger la santé publique, comme, entre autres, la modification du texte de notice, du mode de délivrance, l'envoi d'un courrier spécifique aux professionnels de la santé, afin d'attirer leur

attention sur de nouvelles données, voire la suspension ou le retrait de l'autorisation de mise sur le marché, lorsque le bénéfice ne l'emporte plus sur les risques.

En ce qui concerne l'Actos, le CBIP ne déconseille pas sa prescription, mais indique que sa place est limitée en raison de ses effets indésirables.

Comme c'est mentionné dans le résumé des caractéristiques du produit actuellement approuvé, l'Actos ne constitue pas un traitement de première intention.

Le Ketek, un antibiotique de la classe des macrolides, a fait l'objet d'une réévaluation au niveau européen, qui a conduit à une modification des notices concernant certains effets indésirables et à la limitation des indications.

Le Zyprexa peut en effet aussi induire une prise de poids et plusieurs autres effets métaboliques: hyperlipidémie, hyperglycémie avec risque de diabète de type 2. Ces effets métaboliques sont aussi observés avec d'autres antipsychotiques. Lors de l'instauration d'un traitement antipsychotique par le médecin, le choix dépend évidemment de toute une série de facteurs, notamment de la réponse du patient. C'est au médecin de voir dans la balance avantages/risques, ce qui convient le mieux.

Le Zyban présente aussi des précautions d'emploi, notamment lors de l'administration concomitante de médicaments pouvant être à l'origine de convulsions.

Comme pour beaucoup d'autres médicaments, des alternatives existent mais en fonction des connaissances et des données actuelles, un retrait des autorisations de mise sur le marché n'est pas justifié puisque la balance entre les bénéfices et les risques de ces médicaments reste positive. Ces médicaments, comme tous les autres, continueront néanmoins et particulièrement à faire l'objet d'un suivi dans le cadre de la pharmacovigilance tant au niveau belge qu'européen.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je prends acte et je relirai attentivement vos réponses sur ces quatre médicaments. Ce qui m'inquiète, c'est que le cas du Mediator a clairement montré à quel point il était possible que les laboratoires pharmaceutiques fassent dévier l'avis d'experts. On retombe dans le sujet très sensible de l'indépendance des experts.

C'est pour cette raison que je rappelle ma demande à M. le président de pouvoir aborder au sein de cette commission, de façon franche et ouverte, avec les experts, la question de l'indépendance de l'expertise et de la protection contre les influences d'intérêts commerciaux qui pourraient provenir des firmes pharmaceutiques.

On a vu que le cas récent du Mediator incite à la plus grande prudence et à mettre en place des mécanismes assurant cette indépendance.

Pour ces médicaments, je pense que les effets secondaires décrits sont tout de même extrêmement lourds. Ce serait bien aussi de veiller à leur trouver des alternatives et à chercher ensemble comment éviter d'avoir une balance qui semble proche de pencher défavorablement pour le patient.

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

07 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de preventieve griepvaccinatie" (nr. 2045)

07 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 "la vaccination préventive contre la grippe" (n° 2045)

07.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, de griep epidemie heeft dit jaar gelukkig niet dezelfde dimensie als vorig jaar aangenomen, maar toen kregen wij ook in grote mate met het H1N1-virus af te rekenen.

Wij waren er dit jaar ook goed op voorbereid. Vooral risicopatiënten en ouderen werden ertoe aangezet zich te laten vaccineren. Het vaccin dat dit jaar werd toegediend, verleende ook een redelijke dekking tegen de inmiddels afgezwakte H1N1-variant.

Vaccinatie spaart ontegensprekelijk mensenlevens, maar wellicht zijn er ook nadelen aan verbonden. Daarover werd tot vorige week in de pers een discussie gevoerd.

Naast wat men een filosofische discussie zou kunnen noemen, wordt vooral de veiligheid van sommige ingrediënten zoals squalen en thiomersal in het bij ons toegediende vaccin tegen de Mexicaanse griep in vraag gesteld.

Ook de versnelde procedure waarmee het vaccin werd getest en de onafhankelijkheid van het orgaan dat deze procedure bepaalt, het Europees Medicijnagentschap, staat ter discussie.

Ook werden vragen gesteld bij de veelal geheimgehouden contracten die de overheden met de farmaceutische industrie, die alle verantwoordelijkheid van zich wil afwentelen, moesten afsluiten.

Mevrouw de minister, onze griepcommissaris heeft al heel wat van deze klachten weerlegd. Ik vraag niet dat u dat overdoet. Ik had echter graag vernomen welke lessen men heeft getrokken uit de crisis en de versnelde aanpak van vorig jaar voor de toekomst.

Zullen de in vraag gestelde ingrediënten ook aanwezig zijn in het vaccin tegen de seizoengriep die momenteel wordt toegediend?

Zijn op Europees vlak al afspraken gemaakt om als groep sterker te staan tegenover de machtige farma-industrie als zich in de toekomst nog eens een crisissituatie zou voordoen zoals vorig jaar met het H1N1-griepvirus?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Uw eerste vraag vertrekt van een aantal door de pers verspreide misvattingen. Het is verkeerd om te zeggen dat Pandemrix een niet of slecht geëvalueerd experimenteel vaccin was. Het Europees Geneesmiddelenagentschap, EMEA, is in 2003 op verzoek van de Europese Commissie begonnen met de voorbereidingen van een worst case scenario voor het geval dat een grieppandemie zou toeslaan.

De richtlijnen voor de evaluatie van de pandemische vaccins vertrokken van de feitelijke toestand, waarbij firma's elk jaar een ander seizoensvaccin produceren, zij het met slechts kleine wijzigingen ten opzichte van het vaccin van het jaar daarvoor. De wijzigingen betreffen het virustype dat de ronde doet. De firma's die een pandemisch vaccin wilden ontwikkelen, moesten aantonen dat zij in staat waren om dat op een veilige en efficiënte wijze te produceren, door een echt vaccin te maken dat aanvankelijk door minstens 500 vrijwilligers was getest.

Vier firma's hebben aan die voorwaarden voldaan. Drie van hen zijn erin geslaagd een pandemisch vaccin te maken volgens de criteria van de EMEA-richtlijnen, nog vóór er van een pandemie sprake was. Deze pandemische vaccins werden gemaakt tegen het erg agressieve vogelgriepvirus H5N1, dat in 2005 de gevaarlijkste pandemische kandidaat was. Deze drie firma's kregen een (...) licentie. Dat wil zeggen dat zij een slapende licentie hadden die alleen kon worden gebruikt bij het uitroepen van een grieppandemie om snel de productie op te starten volgens het in de slapende registratie beschreven productieproces. Maar wel met het nieuwe virus van de grieppandemie.

De overheden organiseerden ook een continue evaluatie van de gegevens, in plaats van de gebruikelijke evaluatie per dossier, zodat de firma's hun gegevens konden indienen zodra ze beschikbaar waren. Op die manier kon het vaccindossier sneller worden afgehandeld. Deze gegevens werden zorgvuldig geanalyseerd door de verschillende beoordelingsteams die dat werk al jaren doen. Het betreft twee, van elkaar onafhankelijke, teams per vaccin.

In het kader van het plan voor de bestrijding van de grieppandemie van het EMEA werd een deskundigengroep met permanent overleg samengesteld om het werk van die teams te evalueren en om aanbevelingen te doen.

Deze aanbevelingen werden nadien besproken op de voltallige vergadering van het Committee for Medicinal

Products for Human Use, waar de Europese Commissie om advies vraagt voor zij de verkoop van een geneesmiddel goedkeurt.

Toen de H1N1-griep pandemie in 2009 effectief uitbrak, was het EMEA dus klaar om pandemische vaccins te evalueren.

Zelfs al was er sprake van een versnelde procedure, toch was dit een strikt geplande en gereguleerde aanpak waar voor improvisatie geen plaats was. Bovendien betrof deze versnelde procedure enkel een versnelling van de administratieve behandeling van de dossiers, waarbij de klinische studies op de normale manier gebeurden.

Een voorbeeld om het beter te begrijpen. Voor de registratie van dossiers voor nieuwe geneesmiddelen, maar ook voor vaccins, moeten normaal 3 000 vrijwilligers klinisch getest worden. Voor de goedkeuring van het H1N1 Pandemrix pandemievaccin eind september 2009 had het EMEA al de gegevens beoordeeld van een klinische studie op 9 000 vrijwilligers. Met betrekking tot de veiligheid van het vaccin waren er ook al bijkomende gegevens van een nog lopende studie op 50 000 gezonde ouderlingen, waarbij de effecten van een geadjuventeed seizoensgriepvaccin met die van een vaccin zonder *adjuvance* werden vergeleken. Er werd tevens een heel programma van nevenwerkingdetectie uitgewerkt om indien nodig snel in te kunnen grijpen. Op het vlak van de aankoop werd onlangs tijdens het Belgisch voorzitterschap een Europese werkgroep opgericht om de mechanismen voor een gezamenlijke aankoop van vaccin in de toekomst voor te bereiden.

In tegenstelling tot het seizoensgriepvaccin dat geen squaleen of thiomersal bevatte, was voor de pandemie het gebruik van multidoses immers noodzakelijk om de burgers snel van voldoende vaccin te voorzien. Thiomersal zonder bijwerking in doses van 5 microgram werd aan het pandemisch vaccin toegevoegd om aan de eisen van de WHO te voldoen: toevoeging van een bewaarmiddel. Dankzij de toevoeging van squaleen, een omega3-vetzuur en essentiële bouwsteen van ons lichaam, kan wel viermaal zoveel vaccin geproduceerd worden met dezelfde hoeveelheid antigeen.

07.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uw antwoord ging gedeeltelijk nog over de procedure die vorig jaar was gevolgd, dat was uiteraard een crisisprocedure, waarop ik niet zoveel kritiek heb.

Ik ben gelukkig te vernemen dat men van het Europees voorzitterschap gebruik heeft kunnen maken om toch op Europees vlak afspraken te maken, om op die manier in de toekomst hopelijk toch nog in een betere positie te vertoeven ten opzichte van de farmaceutische industrie en om misschien ook te proberen de verantwoordelijkheid, als er toch iets zou mislopen met een vaccinatie in zo'n crisissituatie, te verdelen over de overheid en de farmaceutische industrie. Zodat zij geen hopen winst maken op een product dat mogelijk bijwerkingen zou kunnen hebben gezien de crisissituatie en de beperkte periode waarin het moet getest worden.

Ik was gelukkig te horen dat men gedurende het voorzitterschap daarover toch overleg heeft gepleegd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de aangifte van poliovaccinatie" (nr. 2046)

08 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 "l'enregistrement de la vaccination contre la poliomyélite" (n° 2046)

08.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, de vaccinatie tegen poliomyelitis moet aan alle kinderen tussen hun tweede en achttiende maand worden toegediend. In Vlaanderen is het vooral Kind&Gezin dat deze vaccinaties toedient. Zij houden een registratiesysteem bij waarin al deze vaccinaties worden genoteerd. Elke maand sturen zij een lijst naar de bevolkingsdiensten over de kinderen die werden gevaccineerd en de kinderen die, eenmaal hun limietleeftijd was bereikt, nog altijd niet gevaccineerd zijn.

Naast deze informatie verwachten de bevolkingsdiensten ook nog dat de ouders zelf de vaccinatie van hun kinderen op een papieren formulier doorgeven. Het is momenteel nog altijd een federale bevoegdheid om de gegevens over de poliomyelitisvaccinatie bij te houden, ook al gaat het om een preventieve zorg.

Is het met het oog op homogene bevoegdheidspakketten en in het belang van goed bestuur mogelijk om deze federale bevoegdheid over te laten aan de Gemeenschappen? In Vlaanderen zou Kind&Gezin zelf de registratie van de poliomyelitisinenting kunnen bijhouden.

Indien de federale overheid het nodig acht deze bevoegdheid te behouden kan Kind&Gezin de informatie dan doorgeven via het e-Healthplatform zonder dat de ouders nog eens moeten tussenkomen door de overheid een tweede keer op de hoogte te stellen?

Werd deze problematiek al besproken met de Vlaamse minister van Gezondheid en Welzijn, de heer Vandeuren?

Hebt u zelf een voorstel voor administratieve vereenvoudiging inzake deze informatie van de bevolking?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, het koninklijk besluit van oktober 1966, dat de inenting tegen poliomyelitis verplicht, baseert zich op de gezondheidswet van 1 september 1945, die de Koning machtigt om op advies van de Hoge Gezondheidsraad preventiemaatregelen te nemen om besmettelijke ziekten die een algemeen gevaar vormen te bestrijden. Het gaat dus niet louter om een individuele maar ook om een nationale en internationale preventiemaatregel, teneinde polio op wereldschaal uit te roeien.

Het betreft de enige, verplichte inenting op het grondgebied sinds de afschaffing, in 1976, van de inenting tegen de pokken.

De bijzondere wet tot hervorming der instellingen, van 8 augustus 1980, bepaalt dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de activiteiten en diensten op het gebied van de preventiegeneeskunde, met uitzondering van de nationale preventiemaatregelen.

De burgemeesters stellen de lijst op en zij werken de lijst bij wat betreft de kinderen in hun gemeente, die moeten worden ingeënt, met inbegrip van de ingeschreven kinderen uit een land waar de inenting niet verplicht zijn. Het zijn ook de burgemeesters die de mensen die een geboorteaangifte doen, herinneren aan hun verplichting. De burgemeesters gaan ook na of die verplichting wordt nageleefd. Zij melden de door hen vastgestelde nalatigheden aan de federale gezondheidsinspecteurs. De federale gezondheidsinspecteurs zijn krachtens de gezondheidswet van 1945 gemachtigd om ter zake een proces-verbaal op te stellen.

Gelet op deze periode van lopende zaken kan ik op een eventueel, nieuw initiatief op dat vlak geen commentaar geven. Evenmin kan ik het nodige, wetgevende werk aanvangen, teneinde iets te wijzigen. Ik heb mijn administratie echter wel de opdracht gegeven dit dossier te onderzoeken.

De **voorzitter**: Vooraleer het woord te geven aan mevrouw De Bont voor een repliek, wil ik de commissieleden erop wijzen dat wij in een bijzondere periode van lopende zaken zijn en dat in de Conferentie van voorzitters afspraken werden gemaakt over wat de strekking kan zijn van een parlements lid in lopende zaken.

Vragen naar intenties en naar het standpunt van de regering, in dit geval over de bevoegdheidsoverdracht, is buiten het raam treden van hetgeen in de Conferentie werd afgesproken. Ik geef dit mee omdat ik dit meer en meer zie gebeuren en het goed is om die spelregels in herinnering te brengen. Ik wil nogmaals hierop wijzen om niet altijd hetzelfde antwoord te krijgen, namelijk dat wij moeten afwachten wat de volgende regering zal doen.

Mevrouw De Bont, u hebt het woord voor uw repliek.

08.03 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik denk toch niet dat dit wil zeggen dat wij alleen antwoorden mogen verwachten over de bestaande wetgeving of een geschiedkundig overzicht.

De **voorzitter**: Voor alle duidelijkheid, naar de intenties van een minister kunt u sowieso nooit vragen. Hier

gaat het om de intenties van een regering en ook dat kan niet in deze periode van lopende zaken.

08.04 Rita De Bont (VB): Ik wil alleen weten of het bestaande platform e-Health, dat in de vorige legislatuur tot stand is gekomen en nog niet volledig is ontwikkeld, kan worden gebruikt om die informatie vlotter en eenvoudiger door te geven. Ik denk dat de minister dat nu zal en kan onderzoeken, zelfs in een periode van lopende zaken.

De **voorzitter**: Volgens mij is dat laatste niet helemaal zeker.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de erkende diensten voor thuisverzorging" (nr. 2050)

09 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 services agréés de soins à domicile" (n° 2050)

09.01 Manu Beuselinck (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, tot op vandaag kunnen erkende diensten thuisverpleging aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering van de specifieke kosten van de diensten, zeg maar het beheer ervan. Om in aanmerking te komen voor deze forfaitaire tegemoetkoming moet een dienst worden geleid door een coördinerende verpleegkundige die gezag en toezicht uitoefent over minimum zeven voltijds equivalente verpleegkundigen. De tegemoetkoming wordt enkel vergoed aan diensten met loontrekkend verpleegkundig personeel. Al deze en nog andere voorwaarden lijken mij op maat geschreven van de grotere organisaties in de thuisverpleging. Die tegemoetkoming is niet min. Zo krijgen die erkende diensten per kwartaal, per veertien voltijds equivalenten, ruim 13 000 euro.

Welke zijn de beoogde meerwaarden die tegenover deze extra investering staan?

Welke meerwaarden als gevolg van deze extra tegemoetkoming zijn in termen van zorgkwaliteit tot op heden geobjectiveerd?

Op basis van welke gegevens werden de meerwaarden in termen van zorgkwaliteit geobjectiveerd?

Welke erkende diensten kregen die forfaitaire tegemoetkoming?

Welk bedrag aan verpleegkundige honoraria werd aan de diensten thuisverpleging uitgekeerd? Graag de laatste twee per dienst en per kwartaal vanaf het eerste kwartaal 2006 tot het laatste kwartaal 2010?

09.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, collega's, de forfaitaire tegemoetkoming voor de specifieke kosten van de diensten thuisverpleging ondersteunt financieel de organisatie van relatief grote groepen verpleegkundigen, alsook de coördinatie, de continuïteit, de kwaliteit en de evaluatie van de verzorging verleend door die diensten. Een betere kwaliteit van de thuisverpleging is moeilijk te kwantificeren. Het is trouwens nog niet mogelijk gebleken om hiervoor een gevalideerd instrument structureel te laten gebruiken in België.

De tegemoetkoming is evenwel gekoppeld aan elementen die toelaten de kwaliteit en de coördinatie van de verzorging te verhogen. De dienst moet bijvoorbeeld permanente opleiding en *peer review* garanderen voor haar verpleegkundigen. De verantwoordelijke verpleegkundige mag slechts een beperkt volume aan verzorging verlenen, waardoor tijd beschikbaar wordt om te waken over die kwaliteit, coördinatie, continuïteit en evaluatie. De verpleegkundigen van die dienst worden ook beperkt in het aantal verzorgingsbezoeken die zij dagelijks bij patiënten afleggen, zodat per patiënt meer tijd kan worden vrijgemaakt.

De aanvragen voor de tegemoetkoming bevatten gegevens – aantal uren opleiding, aantal uren *peer review* enzovoort – die aantonen dat bovenstaande verplichtingen werden vervuld. Het RIZIV controleert die aanvragen vooraleer de tegemoetkoming wordt betaald. Daarenboven valt deze regelgeving binnen het bevoegdheidsdomein van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle.

In de tabel die ik hier heb, vindt u een overzicht van de diensten thuisverpleging die een dergelijke tegemoetkoming hebben ontvangen in de periode van het eerste kwartaal 2006 tot en met het eerste kwartaal 2010. Dit is het laatste kwartaal dat volledig verwerkt is. Telkens is het bedrag van de tegemoetkoming vermeld.

Aangezien de profielgegevens van het RIZIV gekoppeld zijn aan individuele verpleegkundigen en niet verwijzen naar diensten thuisverpleging, kunnen de bedragen aan verpleegkundige honoraria per dienst niet meegedeeld worden.

09.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de minister, ik denk dat we er allemaal voorstander van zijn om meer kwaliteit te hebben in de thuisverpleging. Alleen vind ik dat de regels nogal de grote organisaties verbeteren. Ik denk ook dat de zelfstandige thuisverpleger steeds garant staat voor extra opleidingen en extra wachtdiensten. Deze mensen kunnen daar ook voor zorgen. Het is spijtig dat niet alle thuisverpleegkundigen op dezelfde voet gefinancierd worden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 **Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les dangers des boissons light et de l'aspartame pour les femmes enceintes" (n° 2067)**

10 **Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de gevaren van lichtdranken en aspartaam voor zwangere vrouwen" (nr. 2067)**

10.01 **Colette Burgeon** (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, l'aspartame, édulcorant le plus utilisé au monde (Canderel, NutraSweet, ...), se retrouve dans plus de 6 000 produits, du chewing-gum aux boissons light et dont plus de 500 produits pharmaceutiques. Deux cents millions de personnes en consommeraient régulièrement.

Chez les enfants et les femmes en âge de procréer, l'absorption quotidienne est estimée à 2,5 à 5 mg/kg de poids corporel, soit entre 16 et 8 fois moins que la dose journalière admissible établie par l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) qui est de 40 mg/kg. Or, selon l'étude, conduite par le Danois Thorhallur Halldorsson sur près de 60 000 Danoises enceintes, parue fin 2010 dans l'*American Journal of Clinical Nutrition*, la consommation d'au moins une boisson gazeuse contenant un édulcorant augmente en moyenne de 38 % les risques de naissance avant terme. L'augmentation des risques est de 78 % quand c'est plus de quatre. L'impact est moindre avec les boissons non gazeuses parce qu'elles comportent deux à trois fois moins des principaux édulcorants (l'aspartame et l'acésulfame K) présents dans les boissons gazeuses.

Cette étude sur les dangers de l'aspartame en suit une autre publiée, voici quatre mois, dans l'*American Journal of Industrial Medicine*, par le chercheur italien Morando Soffritti, de l'Institut Ramazzini de recherche en cancérologie environnementale qui démontre que cet édulcorant élève les risques de cancers du foie et du poumon chez les souris mâles.

En France, l'Agence nationale de sécurité sanitaire a indiqué, ce 12 janvier, qu'elle allait "examiner sans délai ces nouvelles études en vue d'éventuelles recommandations aux autorités françaises" et, le cas échéant, d'une saisine de l'Autorité européenne de sécurité alimentaire (EFSA), compétente dans l'évaluation pour les pays européens des additifs alimentaires, même si, par le passé, l'EFSA a contesté la méthodologie des études antérieures conduites par le Dr Soffritti et estimé que rien n'indiquait "un quelconque potentiel génotoxique ou carcinogène".

Madame la ministre, le SPF Santé publique dispose-t-il d'études qui corroborent ces études? Les édulcorants ne sont pas des produits anodins. Est-il envisageable d'appliquer le principe de précaution pour la femme enceinte? Quelles mesures suggérez-vous pour offrir une protection suffisante à la femme enceinte et son fœtus? N'y a-t-il pas lieu de renforcer la législation en matière d'obligation d'information du consommateur afin qu'il puisse être réellement informé de la nature du produit acheté?

10.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chers collègues, à la demande de la DG4 du

SPF Santé publique, l'Institut scientifique a réalisé en 2009-2010 une "Étude des édulcorants de table et estimation de l'ingestion totale d'édulcorant par la population belge adulte". Cette étude inclut l'aspartame de même que l'acésulfame K, la saccharine, le cyclamate et le sucralose. Des aliments ont été prélevés dans les supermarchés en vue d'une analyse chimique de la teneur en édulcorant. L'ingestion totale d'aspartame a été estimée à 1,4 mg par kg de poids corporel par jour pour le 95^e centile de la population. Cela confirme que l'ingestion d'aspartame est bien inférieure à la dose journalière admissible de 40 mg par kg de poids corporel par jour.

L'ingestion moyenne totale est encore plus basse: 0,5 mg par kg de poids corporel par jour. Il a été observé que la contribution d'édulcorant de table est négligeable: moins de 1 % de la dose journalière admissible. Cette étude a également montré que l'ingestion n'est pas plus élevée chez les diabétiques que dans la population totale. Pour les autres édulcorants, il n'y a pas non plus de risque de déplacement de la dose journalière admissible. L'apport le plus élevé a été établi pour l'acésulfame K. Il n'atteint que 13 % de la dose journalière admissible pour le 95^e centile de la population.

Pour ce qui est de votre deuxième question, le principe de précaution ne peut être invoqué que dans des cas particuliers où une évaluation des informations disponibles révèle la possibilité d'effets nocifs sur la santé mais où il subsiste une incertitude scientifique. Dans le cas présent, les résultats des études récemment publiées devraient d'abord être évalués avant d'envisager toute mesure. En l'occurrence, l'étude danoise fait l'objet de plusieurs contestations dans le monde scientifique. À noter que l'aspartame doit être entièrement réévalué, au plus tard fin 2020 dans le cadre du programme pour la réévaluation des additifs alimentaires autorisés prévue par le règlement 257/2010. L'existence de nouvelles informations scientifiques pourrait accélérer ce processus si elles s'avéraient fondées.

Par ailleurs, toute mesure législative dans ce domaine est la prérogative de la Commission européenne. La législation européenne est fondée sur les avis de l'Autorité européenne de sécurité des aliments et c'est donc principalement la responsabilité de l'EFSA d'examiner les nouvelles études.

L'EFSA a, par le passé, examiné une étude de l'Institut Ramazzini. Elle a conclu que l'étude n'avait aucune influence sur la dose journalière admissible fixée.

Suite à l'étude récente de ce même Institut Ramazzini, publiée en décembre 2010, L'EFSA a déjà annoncé que son groupe scientifique sur les additifs alimentaires discutera de cette étude lors de sa prochaine réunion du 1^{er} au 3 février, au cours de laquelle il évaluera également la nécessité de réaliser des travaux scientifiques complémentaires.

L'EFSA a aussi organisé une série de réunions rassemblant des experts nationaux nommés par leur État membre. Ce groupe a conclu en 2010 qu'aucun élément nouveau n'avait été identifié, susceptible de remettre en cause les avis précédents de l'EFSA.

Dans le prolongement de ce groupe d'experts, l'agence en charge de la sécurité des aliments au Royaume-Uni a lancé une étude pilote avant de tester la sensibilité individuelle à l'aspartame, au moyen d'une étude en double aveugle contrôlée comme placebo. Cette étude vise notamment à élucider les inquiétudes exprimées par le public et qui se rapportent à des cas isolés d'effets indésirables. À ce stade, il n'est donc pas approprié de prendre des mesures additionnelles de protection de la santé publique.

Enfin, je peux vous dire que, le 20 janvier 2011, une exigence supplémentaire d'étiquetage des additifs rentrera en application. Le §4 de l'article 23 du règlement relatif aux additifs alimentaires stipule que, je cite: "Les fabricants d'édulcorants de table mettent à la disposition des consommateurs par la voie appropriée, les informations nécessaires à une utilisation de ces produits en toute sécurité. Des orientations sur la mise en œuvre de la présente disposition peuvent être adoptées selon la procédure de réglementation avec contrôle". Les opérateurs doivent donc appliquer cette exigence dès la fin de ce mois.

Même en l'absence desdites orientations, nous avons constaté que les distributeurs ou les fabricants de certains édulcorants de table mentionnaient déjà sur l'étiquette que le produit ne convenait pas aux petits enfants. Sur certains édulcorants de table, il est également mentionné que le produit ne convient pas aux femmes enceintes. Il est nécessaire que cette nouvelle obligation soit correctement interprétée et appliquée. J'insisterai donc auprès de la Commission en ce sens.

10.03 Colette Burgeon (PS): Madame la vice-première ministre, je vous remercie. Étant donné qu'il y aura

une réunion entre les 1^{er} et 3 février, il serait intéressant que vous puissiez nous tenir informés.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van mevrouw Miranda Van Eetvelde aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het koninklijk besluit van 22 juni 2010" (nr. 2091)

11 Question de Mme Miranda Van Eetvelde à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'arrêté royal du 22 juin 2010" (n° 2091)

11.01 Miranda Van Eetvelde (N-VA): Mevrouw de minister, om het beroep van verpleegkundig en verzorgend personeel aantrekkelijker te maken, besliste u de personeelsleden een extra toelage voor het presteren van onregelmatige uren toe te kennen. Aan voormeld plan, het zogenaamde attractiviteitsplan, werd via het koninklijk besluit van 22 juni 2010 uitvoering gegeven. De personeelsleden aan het bed van de patiënt zouden voor de avond- en nachtprestaties een extra toelage van respectievelijk 20 % en 35 % krijgen. De inwerkingtreding was voor januari 2011 gepland. Bijgevolg moet het betalingssysteem van de organisaties zijn aangepast, teneinde het personeel dat voor bedoelde premies in aanmerking komt volgens het nieuwe systeem te betalen.

Ik heb ter zake de volgende vragen. Komen de avond- en nachttoelagen van 20 % en 35 % steeds bovenop het bestaande forfait van 11 % en eventueel reeds toegekende, extra toelagen of kan van voorstaande regel worden afgeweken?

Is een alternatief betalingssysteem voor de extra toelagen van 20 % en 35 % bovenop de bestaande toelage mogelijk of is het uitgewerkte systeem het enige, mogelijke systeem?

Wat gebeurt er met organisaties die na januari 2011 nog steeds een betalingssysteem hanteren dat niet conform het koninklijk besluit is georganiseerd? Welke gevolgen heeft zulks voor de organisatie?

Op welke wijze kunnen de personeelsleden een betalingssysteem conform het koninklijk besluit afdwingen?

Eveneens had ik een antwoord op voorgaande vragen gewild, zij het specifiek voor OCMW's en hun personeel, indien na januari 2011 een betalingssysteem werd gehanteerd dat niet conform het koninklijk besluit is. Kan de verloning die het personeel tijdens de bewuste periode te weinig heeft ontvangen, worden teruggevorderd?

11.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, er werden in het kader van het attractiviteitsplan voor het beroep van verpleegkundige inderdaad verschillende maatregelen goedgekeurd.

Het KB van 22 juni 2010 concretiseert twee ervan; ze gelden vanaf 2010. De loontoeslagen voor de avondprestaties, namelijk 20 % tussen 19 uur en 20 uur, en die voor nachtprestaties, namelijk 35 % vanaf 20 uur, gelden voor de privésector.

Voor de overheidssector voorziet men in gelijkaardige loontoeslagen: de loontoeslag voor nachtprestaties zoals die op 31 december 2009 vanaf 20 uur worden betaald en 20 % vanaf 19 uur voor het per prestatie betaalde personeel of de per nachtelijk uur betaalde uurtoeslag bovenop het forfait van 11 % voor elke vanaf 19 uur uitgevoerde fractie van de prestatie. Het toegekende voordeel is dus gelijkaardig, maar aan de overeenkomstige situaties van de privé- dan wel overheidsinstellingen aangepast. Een eventueel voordeligere loontoeslag blijft gehandhaafd.

De werkgevers moeten de loontoeslagen vanaf 1 januari 2010 betalen, waarbij de geplande financieringen heel dat jaar dekken, met een indexering voor de volgende toeslagen. Een door de lokale vertegenwoordigers van de vakbonden ondertekend protocol moet bewijzen dat het geplande voordeel wel degelijk werd toegekend. Bij gebrek daaraan zal de financiering worden teruggevorderd. Het is de bedoeling dat elke rechthebbende de loontoeslagen geniet.

De tweede uitvoeringsmaatregel van het KB van juni 2010 maakt dat dezelfde voorwaarden ervoor zorgen dat de verpleegkundigen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel of van een bijzondere

beroepsbekwaamheid, hun premies ontvangen.

De antwoorden op de meest gestelde vragen staan op de website van de FOD. U vindt de bijgewerkte *faq* over de toepassingen in ziekenhuizen van het attractiviteitsplan voor het beroep van verpleegkundige op sommige internetadressen, die ik u schriftelijk zal bezorgen.

11.03 **Miranda Van Eetvelde** (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben heel blij met uw antwoord.

Er bestaat in verschillende OCMW's immers toch nog wat onduidelijkheid of zij nu 11 of 20 en 35 % moeten kiezen. het gebeurt niet in alle OCMW's op dezelfde manier.

Ik kijk uit naar het verslag, dat we zullen kunnen aanwenden om lokaal de OCMW's verduidelijkingen te geven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 **Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het tekort aan pediaters" (nr. 2094)**

12 **Question de Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la pénurie de pédiatres" (n° 2094)**

12.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom terug op een probleem dat u zeker zeer goed gekend is, de evolutie van de pediatrie als medische discipline, die volop in beweging is. Wij zien steeds meer een grotere zorgvraag, met heel specifieke pathologieën en behandelingen en ook steeds groter wordende verwachtingen van de ouders.

Aan de andere kant is er een beperkter aanbod. Wij hebben vandaag een negatief saldo betreffende vraag en aanbod van ziekenhuispediaters. Er is slechts een klein aantal afgestudeerden. Het gaat gepaard met wachtdiensten en hoge werkdruk. Ik hoef het u niet te zeggen, u kent de problematiek.

Een koninklijk besluit van 2006 dat gewijzigd werd in 2009, stelt dat de datum is verlengd van 2010 naar 2012. Men zegt daar dat vanaf 1 januari 2012 ziekenhuizen over vier voltijdse pediaters moeten beschikken.

Gezien het kleine aantal afgestudeerden en het beperkte aantal daarvan dat effectief op de arbeidsmarkt komt, wordt die verplichting van vier voltijdse pediaters steeds minder evident voor heel wat ziekenhuizen. Alle ziekenhuizen zouden in principe momenteel moeten beschikken over minimum drie voltijdse equivalenten kinderartsen. 77 % van de ziekenhuizen beschikt vandaag reeds over die vier voltijdse equivalenten.

Mevrouw de minister, ik heb begrepen dat u een advies gevraagd hebt, zowel aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen als aan het college voor Zorgprogramma kinderen, dat nieuw is, om te bekijken wat de toestand is.

De datum van 1 januari 2012 nadert. Wat is daar de houding, ook hopelijk wat in een ruimer kader te plaatsen? Zijn er adviezen?

Wat wordt er momenteel meegenomen?

Het zal er vrij snel zijn. De ongerustheid neemt ook wat toe in de sector. Hoe is vandaag de stand van zaken? Hoeveel ziekenhuizen voldoen vandaag reeds aan die vier voltijdse equivalenten?

Wat zult u concreet doen met de adviezen van de Nationale Raad en college voor Zorgprogramma kinderen?

12.02 **Minister Laurette Onkelinx**: De meest recente beschikbare gegevens over het aantal pediaters per ziekenhuis dateren van 2009. Uit een enquête van de FOD Volksgezondheid bij de ziekenhuizen bleek dat momenteel 102 ziekenhuizen beschikken over erkende E-bedden. Die zijn verdeeld over 110 vestigingsplaatsen. 24 vestigingsplaatsen beschikten toen niet over vier full time equivalente pediaters. Bij 19 vestigingsplaatsen waren er vijf geografische uitzonderingen: een lopende herstructurering, twee

ziekenhuizen met meerdere vestigingsplaatsen en drie ziekenhuizen waarvoor de budgettaire vastlegging verzekerd was. De universitaire ziekenhuizen beschikken allemaal over teams met meer dan vier full time equivalente pediaters.

Bij KB van 9 december 2009 werd de termijn om te beschikken over vier pediaters uitgesteld tot 1 januari 2012, zoals u hebt gezegd. Oorspronkelijk werd 1 januari 2010 vooropgesteld. Daar ik echter van mening ben dat de toegankelijkheid van de pediatriediensten op geen enkele manier in het gedrang mag komen, heb ik er destijds op gewezen dat de verruiming van het medisch kader niet automatisch mag worden doorgevoerd. Er zal dan ook vóór 1 januari 2012 een evaluatie omtrent deze verruiming worden doorgevoerd.

Volgens een studie die op verzoek van de FOD in 2009 is uitgevoerd, was het probleem niet het absolute aantal beschikbare pediaters, maar wel de aantrekkelijkheid van de ziekenhuispediatrie. Zoals aan de hand van een bijkomende enquête bij pediaters in opleiding is geïllustreerd, aarzelen laatstgenoemden om de pediatrie in het ziekenhuis uit te oefenen, onder meer wegens te zware verplichtingen inzake wachtdiensten in de kleine diensten.

Een analyse van de problematiek van de ziekenhuispediatrie is dus iets complexer dan blijkt. De aanvullende studie die momenteel wordt uitgevoerd, zou pistes moeten aanreiken om dit te verhelpen.

Indien hieruit zou blijken dat een verruiming nog steeds niet mogelijk is, gelet op het tekort aan pediaters, kan de regelgeving desgevallend in overeenstemming met het eerder eadvies van de Nationale Raad worden aangepast.

Indien u dat wenst, kan ik u met betrekking tot de studie Kindergeneeskunde de referenties van de website van de FOD bezorgen.

12.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord dat heel wat positieve elementen bevat.

Ik ben ook blij dat u het niet enkel zult bekijken op basis van 3 of 4 voltijds equivalenten, maar de problematiek ruimer zult schetsen en dat u ook zegt dat de toegankelijkheid tot pediaters zo dichtbij mogelijk moet zijn en dat die niet het domein mag worden van enkele gespecialiseerde ziekenhuizen.

Ik denk dat dit echt positief is. U raakt terecht het punt aan dat dit grotendeels te maken heeft met de vervrouwelijking van het beroep, maar het probleem van de aantrekkelijkheid van de pediatrie heeft toch wel te maken met honoraria, wachtdiensten en weekenddiensten. In die zin ben ik blij dat u het in een ruimer kader ziet en niet enkel op basis van VTE-aantallen.

Ik zal daarop zeker terugkomen in 2012 en ik hoop dat ik samen met u kan zoeken naar oplossingen voor de sector en dan vooral naar oplossingen voor de kinderen die dichtbij moeten kunnen beschikken over zorgverlening.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 2104 en 2151 van mevrouw Fonck worden op haar verzoek omgezet in schriftelijke vragen.

13 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de interculturele bemiddelaars" (nr. 2131)

13 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 médiateurs interculturels" (n° 2131)

13.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, recentelijk stelde de Vlaamse Liga tegen Kanker in een rapport de interculturele bemiddelaars (ICB's) aan de kaak. Die bemiddelaars treden in de eerste plaats op als tolk, om ervoor te zorgen dat de diagnose die door een arts gesteld wordt correct verstaan wordt en dat de ernst van de situatie wel degelijk doordringt tot de patiënt.

Daarnaast bieden zij een bredere ondersteuning in de vaak moeilijke relatie tussen de artsen en patiënten van allochtone afkomst. Het rapport dat de Liga presenteert is uiteraard toegespitst op de situatie in de kankerzorg, maar het is representatief voor de hele sector.

Het is duidelijk dat de interculturele bemiddelaars een goed initiatief zijn. Maar het aantal is ontoereikend. Vorig jaar bijvoorbeeld heeft 18 % van de ziekenhuizen die een bemiddelaar aanvroegen niemand gekregen. De Vlaamse Liga tegen Kanker vraagt daarom een verhoging van het federale budget. Het kan gaan om het redden van mensenlevens!

Mevrouw de minister, u kent het belang van interculturele bemiddelaars, en u probeert de toepassing ervan uit te breiden. Zo loopt er een proefproject waarvoor 200 000 euro werd uitgetrokken om interculturele bemiddeling aan te bieden via videoconferentie.

Het rapport maakt ten slotte gewag van een plan dat zou klaarliggen om ook voor de eerste lijn, de huisartsen, de weg te vergemakkelijken. Dit zou gebeuren door via de ziekenhuisfinanciering een pool van een achttal ICB's te ondersteunen. Nu bestaat er geen structurele financiering voor zorg in de eerste lijn. Het plan zou niet in werking kunnen treden bij gebrek aan een minister die over volle bevoegdheden beschikt.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen voor u.

Kunt u bevestigen dat er effectief een afgewerkt plan klaarligt om ter ondersteuning van de huisartsen een pool van ICB's aan te leggen? Kunt u bevestigen dat de inwerkingtreding ervan enkel een kwestie is van volheid van bevoegdheid? Ik meen dat ik met deze vraag de regels niet te buiten ga.

Hoe staat u tegen de vraag van de Liga voor de verhoging van het budget?

Wat is de stand van het proefproject om bemiddelaars beschikbaar te stellen via videoconferentie?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, collega's, in het raam van een proefproject in vijf grootstedelijke gebieden met een hoge concentratie allochtonen bestond er inderdaad een plan om de relevantie te evalueren van het voor huisartsen ter beschikking stellen van interculturele bemiddelaars.

Het project was gepland voor de regio's Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent en Luik. Er was een budget van 300 000 euro ingeschreven. Het project kon niet van start gaan doordat de regering zich in lopende zaken bevond.

De voorbereidende fase van de meeste projecten werd tot een goed einde gebracht. Zodra er een beschikbaar budget kan worden vrijgemaakt en de politieke wil aanwezig is, zal niets een snelle start van dit initiatief in de weg staan.

De positieve resultaten van de interculturele bemiddeling pleiten ervoor de bedoelde dienstverlening aan de bevolking te steunen en zelfs te versterken. De budgettaire beperkingen spelen echter natuurlijk ook mee bij het maken van moeilijke keuzes. Vandaag kunnen wij geen enkele verbintenis aangaan.

Het proefproject inzake interculturele bemiddeling via internet door middel van een videoconferentiesysteem loopt op dit ogenblik in vier ziekenhuizen, met name in het UZ Gent, in de ZNA Groep in Antwerpen, in het CHU in Luik en in het Grand Hôpital de Charleroi.

Een rapport over het eerste, tot het UZ Gent en het ZNA Antwerpen beperkte, experiment in 2009 kan bij de Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning – DG1 van de FOD Volksgezondheid – worden opgevraagd. Een verslag van de activiteiten in 2010 zal eind april 2011 beschikbaar zijn. Het project werd tot eind 2011 verlengd.

Ik wil volledigheidshalve aan mijn antwoord toevoegen dat het systeem tevens op zijn bruikbaarheid voor doven en gehoorgestoorden zal worden getest.

13.03 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitleg.

Ik ben blij dat het project min of meer zal worden voortgezet. Ik zal zeker de verslagen opvragen wanneer ze

beschikbaar zijn. Ook het ter beschikking stellen van het systeem aan de doven en slechthorenden is zeker een surplus. Ik zal het dossier opvolgen en bekijken wat er later uit volgt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "zorgkundigen in de thuiszorgsector" (nr. 2139)

14 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 aides-soignants dans le secteur des soins infirmiers à domicile" (n° 2139)

14.01 Manu Beuselinck (N-VA): Mevrouw de minister, sedert juni 2007 loopt het pilootproject betreffende de activiteit van zorgkundigen in de thuiszorgsector. De geplande duur van het project was bij aanvang vier jaar. Een van de voorwaarden voor potentiële werkgevers in de thuisverpleging om zorgkundigen in te zetten, is dat ze moeten erkend zijn als dienst thuisverpleging, waardoor de zorgkundigen in praktijk alleen tewerkgesteld kunnen worden door de grotere instellingen.

Wordt of werd de oorspronkelijke duur van het project verlengd? Zo ja, voor hoelang? Zo niet, waarom niet?

Wordt er overwogen om de beperking tot erkende diensten thuisverpleging op te heffen? Zo ja, waarom? Zo niet, waarom niet?

Hoeveel zorgkundigen zijn op vandaag werkzaam als dusdanig in de thuisverpleging? Graag had ik een overzicht gekregen per rechtsvorm van de werkgever.

De **voorzitter**: Mijnheer Beuselinck, u stelde een aantal subvragen naar de intenties van de minister en de regering, maar ik laat het vrij aan de minister om op alles of slechts een gedeelte te antwoorden.

14.02 Minister Laurette Onkelinx: Ik heb beslist om de overeenkomsten betreffende de proefprojecten zorgkundigen voorlopig te verlengen. De verlenging moet ons immers de tijd geven om in december 2011 kennis te nemen van de evaluatie door het wetenschappelijke team en de zorgkundigen structureel in de thuiszorg te integreren. De overeenkomsten zullen dus tot 31 december 2011 verlengd worden. De lopende zaken staan mij echter niet toe om die datum te overschrijden.

Ik wil u ook nog meegeven dat ik momenteel een avenant aan de overeenkomsten voorbereid. Die wijzigingsclausule zal binnenkort op de website van het RIZIV staan. De diensten die hun overeenkomst willen verlengen, kunnen dan die wijzigingsclausule ondertekenen en mij die bezorgen via het RIZIV, dat dan een administratieve controle zal uitvoeren.

Ik kom tot uw tweede vraag. Een aanpassing of uitbreiding van de regeling kan pas gebeuren na de evaluatie van het proefproject. De wetenschappelijke equipe die het project begeleidt, zal eind 2011 de resultaten van het proefproject voorleggen. Dan zal er meer duidelijkheid bestaan over de vraag welke aanpassingen opportuun zijn.

Uit de gegevens ingezameld door de wetenschappelijke equipe in 2010, blijkt dat er op het moment van de bevraging 1 032 zorgkundigen werkten binnen dat proefproject. Naar de rechtsvorm van de werkgever werd niet gevraagd, waardoor een overzicht per rechtsvorm niet beschikbaar is.

14.03 Manu Beuselinck (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik hoop dat in het vervolg die cijfers wel beschikbaar zullen zijn, omdat die een goede indicatie geven van de plaats waar de zorgkundigen tewerkgesteld worden, bij de grote instellingen of bij de zelfstandigen.

Ik meen dat wij inderdaad best kunnen wachten tot uw evaluatie, eind dit jaar. Ik zal het van kortbij opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de vraag van kankerliga's om merkbeeld en logo op sigarettenpakjes weg te laten" (nr. 2141)

15 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la demande des ligues contre le cancer de rendre obligatoires les emballages neutres pour les produits du tabac" (n° 2141)

15.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, onlangs vroeg de Europese federatie van kankerliga's aan de Europese Commissie om neutrale pakjes of *plain packaging* op te nemen in de nieuwe tabaksrichtlijn, teneinde het roken minder aantrekkelijk te maken voor jongeren.

Uit een onderzoek van de universiteit van Antwerpen blijkt immers dat vooral de niet-verstokte rokers worden afgeschrikt door een minder mooi pakje sigaretten. Lees dus: de jongeren die zich minder snel laten verleiden tot het beginnen te roken.

In Schotland gaf reeds 30 % van de jongeren aan dat het uitzicht van een pakje sigaretten zeer belangrijk is in hun keuze.

Uit het jaarverslag van de Vlaamse Liga voor Kankerbestrijding blijkt dat de heer Van den Meerssche van de FOD Volksgezondheid dit beaamt. Hij zegt dat de pakjes van bepaalde merken sigaretten zodanig zijn gelay-out dat een speciaal visueel effect ontstaat wanneer zij op een rij uitgestald staan. Door de sigarettenverpakking zo neutraal mogelijk te maken, hoopt men dan ook een ontradend effect teweeg te brengen.

Uiteraard zijn er altijd tegenstanders, ook in deze. Cimabel, de vereniging van tabaksproducten, wierp op dat dit een inbreuk is op de intellectuele eigendom. Australië nam als eerste de wet op, dus ik denk niet dat dit een inbreuk is.

Na de voorlichtingscampagnes en de afschrikkende foto's op pakjes zegt ook Luk Joossens van de Belgische Stichting tegen Kanker dat dit een volgende logische stap is.

Mevrouw de minister, hoe staat u, of hoe staat ons land, tegenover deze maatregel? Als deze maatregel op Europees niveau wordt afgekondigd, zal ons land dan in dit verhaal meegaan? Worden op dit moment al gesprekken met tabaksproducenten gevoerd om een dergelijke maatregel in ons land te concretiseren?

Deze maatregel zal uiteraard niet iedereen kunnen ontraden om te roken. De maatregel spitst zich vooral toe op de jongeren die nog moeten beginnen met roken, of er hopelijk nooit mee zullen beginnen. Denkt u aan extra maatregelen om de oudere, verstokte roker te doen stoppen met roken?

De **voorzitter**: Mevrouw Smeyers, ik wil ook tegenover u de opmerking herhalen die in de Conferentie van voorzitters werd gemaakt.

15.02 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, dan moeten wij geen vragen meer stellen.

De **voorzitter**: Richt u tot uw fractieleider. Hij was een aanhanger van discipline op dat vlak, om ons te beperken tot wat kan in lopende zaken. Een vraag naar intenties van een regering die er niet is, is inderdaad een virtueel debat.

Het woord is aan de minister voor haar antwoord.

15.03 Minister **Laurette Onkelinx**: De neutrale verpakking of *plain packaging* is een concept met een eenkleurig pakje, bijvoorbeeld bruin, waarop geen logo, merkbeeld, kleuren en reclameteksten gebruikt mogen worden. Het merk is enkel aanwezig via zijn naam, die op een gestandaardiseerde manier geschreven is. Uit heel wat studies blijkt de doeltreffendheid van dergelijke verpakkingen om de aantrekkelijkheid te verminderen en de kracht van de gedrukte gezondheidswaarschuwing te verhogen, met name ten aanzien van jongeren die beginnen te roken.

Voor het ogenblik past geen enkel land ter wereld een dergelijke regelgeving toe. Niettemin is Australië bezig met de voorbereiding ervan en het gebruik van de neutrale verpakking zou er op 1 januari 2012

verplicht moeten zijn.

Op Europees niveau wordt de etikettering van tabaksproducten geregeld in de Europese richtlijn 2001/37. De procedure om die richtlijn te herzien is in gang gezet en de Europese Commissie moet tegen eind 2011 een tekstvoorstel bekend maken. In het kader daarvan zal het gebruik van de neutrale verpakking natuurlijk besproken worden.

België steunde het idee van het gebruik van de neutrale verpakking al tijdens de besprekingen met betrekking tot de kaderovereenkomst van de WHO voor de bestrijding van tabaksgebruik en tijdens de discussies over de aanbeveling van de Raad van december 2009 betreffende rookvrije ruimten.

In het kader daarvan, en om de gezondheid van de burgers en meer bepaald de jongeren zoveel mogelijk te beschermen, blijf ik mijn steun verlenen aan de invoering van een dergelijke maatregel, ook op Europees niveau. Een dergelijke maatregel kan op nationaal niveau immers slechts concreet vorm krijgen als hij op zijn minst toegestaan is in de nieuwe Europese richtlijn die er nog moet komen.

Wat de bestrijding van tabaksgebruik bij ouderen betreft, weten wij dat een doeltreffende bestrijding slechts mogelijk is via een combinatie van maatregelen die betrekking hebben op verschillende aspecten: denormalisatie van tabaksgebruik, etikettering, rookverbod op openbare plaatsen, reclameverbod, hulp bij ontwenning, verhoging van de prijs van een pakje, informatieverstrekking, preventie enzovoort.

Door tabaksgebruik op een globale manier te bestrijden, kunnen wij hopen op goede resultaten.

15.04 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ondanks het feit dat mijn vraag bezwaren opriep, heb ik toch een heel duidelijk antwoord van u gekregen. Ik dank u daarvoor.

Ik begrijp dat wij moeten wachten op die Europese richtlijn. U zegt dat u van plan bent om nadien wel snel die maatregel te nemen. Ik hoop dan ook dat België, in tegenstelling tot wat het geval is met het algemeen rookverbod, op dit vlak een van de koplopers zal zijn.

Ik heb hier de foto in de krant. Waar het al aantrekkelijk zou kunnen zijn, is een wit pakje toch veel minder aantrekkelijk. Het is een van de vele elementen in de globale aanpak die wij moeten steunen, naast natuurlijk het algemeen rookverbod.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Mme Marie-Christine Marghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la pénurie de médecins généralistes" (n°2143)

16 Vraag van mevrouw Marie-Christine Marghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het huisartsentekort" (nr. 2143)

16.01 Marie-Christine Marghem (MR): Madame la ministre, je suis amenée à vous poser une question que vous connaissez bien et à laquelle vous avez déjà répondu. Dans le Tournaisis (qui est la région que j'habite), un poste de garde avec un numéro unique 1733, tel que le prévoit la réglementation que vous avez lancée pour le Hainaut en cette matière, est en train de s'organiser, afin de pourvoir à l'ensemble des gardes sur un territoire donné, en l'occurrence Tournai et ses alentours.

Il faut savoir que l'âge moyen des généralistes est tel qu'il y a malheureusement, d'une part, des généralistes âgés qui effectuent encore des gardes "à l'ancienne", qui se dévouent comme ils l'ont toujours fait; d'autre part, il y a des jeunes qui ne sont plus prompts à agir de la même manière parce qu'après, il faut assumer sa consultation quotidienne, et qu'ils ont aussi envie d'harmoniser mieux leur vie privée et leur vie professionnelle. Le statut de médecin généraliste est malheureusement un statut peu attractif, que ce soit sur le plan moral ou sur le plan financier, malgré toutes les mesures que vous avez prises et dont j'ai relu la teneur à travers la réponse que vous avez donnée à mon collègue David Clarinval qui vous a interrogée sur la question il y a quelques mois.

Je voudrais vous demander ce que vous êtes prête à faire en termes de nouvelles mesures pour l'organisation de ces postes de garde que j'appellerais, pour faire bref, 1733, parce qu'ils ont besoin d'infrastructures. Parfois, on peut s'arranger avec l'hôpital local, mais ce n'est pas le cas partout. Ils ont aussi besoin de bénéficier d'avantages en termes d'organisation administrative et, éventuellement, financière pour pouvoir faire fonctionner correctement le poste qu'ils veulent créer.

Ceci ne résoudra néanmoins pas tous les problèmes, parce qu'ils vont, dans le cadre de ce poste, devoir se déplacer de façon régulière. Or vous savez que, sur un territoire plus grand, l'obligation inconditionnelle de se déplacer qui leur est chère est une obligation d'autant plus difficile à mettre en place que le territoire est vaste.

Le second point que je souhaite évoquer concerne le *numerus clausus*. Quand on voit le cadastre et la pénurie de candidats médecins généralistes, pénurie qui s'observe de plus en plus fortement sur le terrain, je voulais vous demander si vous étiez prête à supprimer les quotas qui trient le nombre de médecins dont on aurait besoin comme généralistes ou comme spécialistes et à instaurer un examen d'entrée, par exemple, ou un examen à la fin de la première candidature.

En effet, certains ingénieurs suivent un cursus spécial en mathématique avant de poursuivre des études d'ingénieur. La médecine est plus "ouverte" et en même temps beaucoup plus spécifique. Peut-être serait-il bon de laisser aux étudiants la possibilité de prendre la mesure de ce que cela recouvre en termes de connaissance et d'attendre la deuxième année avant d'envisager la chose. Je tiens ces propos pour être sûre d'avoir des personnes extrêmement motivées. On pourrait alors imaginer de revaloriser la profession de médecin généraliste qui, qu'on le veuille ou non, en raison des systèmes de remboursement, est moins bien rémunérée et donc moins attractive que celle de médecin spécialiste.

En outre, les gens – j'en ai encore parlé avec Jacques Brotchi que je viens de rencontrer – consultent, par exemple, un neurochirurgien alors qu'ils auraient pu consulter, dans un premier temps, un neurologue. Ce report de la spécialité à l'hyperspécialité a lieu parce que les gens sont généralement très inquiets pour leur santé et recherchent la personne la plus pointue selon eux pour les soigner. Il faut être attentif à la question, sinon, demain, nous n'aurons plus la possibilité de désengorger, par exemple, les urgences des hôpitaux car les gens s'adresseront directement à elles parce qu'ils n'ont pas de médecin généraliste à leur portée ou que les praticiens généralistes ne sont pas suffisamment considérés comme des interlocuteurs valables.

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, petit détail qui n'est pas anodin, tout ce qui concerne la politique en matière d'études et d'examens d'entrée ne relève pas de la compétence du gouvernement fédéral, mais des Communautés.

En outre, nous avons déjà largement discuté, dans cette commission, du quota en matière de numéros INAMI. Il s'agit d'un débat difficile puisque les avis sont différents dans le Nord et le Sud du pays. Je n'adopterai donc pas de position tranchée au nom du gouvernement.

Je voudrais simplement vous dire que la réflexion avance dans la commission de planification, étant entendu que, même si on assouplit les règles en matière de quotas, une planification sera toujours nécessaire. Il peut y avoir beaucoup de médecins et, à la fois, une pénurie de pédiatres ou de neurologues. Une planification intelligente est donc nécessaire pour que l'offre de santé soit harmonieuse dans notre pays.

Cela étant dit, pour revenir à la question que vous avez posée au sujet des médecins généralistes, vous savez que toute l'organisation de la garde de première ligne des soins est assurée dans notre pays par les cercles de médecins généralistes. Ils sont d'ailleurs subsidiés proportionnellement au nombre d'habitants de la zone couverte par chacun des cercles.

Nous avons travaillé avec ceux-ci sur plusieurs mesures susceptibles d'améliorer l'accessibilité des soins et de faciliter l'organisation de la garde, en particulier dans les zones à faible densité médicale. Il s'agit par exemple de la subside des numéros d'appel uniques, de la création des honoraires de disponibilité, de la mise en place des postes de garde avancée, de la généralisation du tiers payant au cours des gardes et, plus récemment, du projet pilote 1733 relatif au dispatching central.

J'ai cru comprendre qu'il y avait une confusion entre ce projet et les postes de garde avancée.

16.03 Marie-Christine Marghem (MR): C'est possible, car je ne sais pas ce que sont ces postes.

16.04 Laurette Onkelinx, ministre: Le projet 1733 correspond à deux projets pilotes, un en Flandre et un du côté francophone qui, nous l'espérons, seront élargis à l'ensemble du pays après évaluation. Nous avons constaté que beaucoup d'appels n'étaient pas nécessaires, soit parce que le cas était suffisamment grave pour qu'il faille vraiment aller aux urgences et qu'on perdait du temps avec un déplacement du généraliste, soit parce que le cas n'était pas urgent et qu'on pouvait attendre le lendemain pour voir le médecin.

Nous avons dès lors travaillé avec les services 100 et nous avons estimé que puisqu'ils assuraient une permanence téléphonique, ils devaient être formés pour recevoir les appels pour un médecin de garde. Ils sont formés pour trier les appels et vont dès lors, soit envoyer une ambulance, soit dire aux gens que le problème peut se régler le lendemain, soit faire appel au médecin d'urgence. Ceci permet de diminuer les déplacements des médecins de garde. C'est un des projets lancés actuellement.

L'autre projet consiste en la création d'un poste de garde avec plusieurs médecins qui permet de diminuer le nombre d'heures de prestation de chaque médecin tout en améliorant la sécurité de ceux-ci et l'accessibilité pour les patients. On le sait, surtout dans certaines régions moins peuplées, les déplacements peuvent être importants.

Les postes de garde sont subventionnés et j'ai triplé le montant des subsides depuis mon arrivée au SPF Santé, passant de 700 000 à 2,1 millions d'euros par an.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les quotas, nous avons fait un travail de cadastre. Celui-ci a indiqué qu'il y a entre 9 000 et 10 000 médecins généralistes dans notre pays; il a également apporté d'autres éléments concernant l'âge des médecins ou la féminisation du métier. De plus, des études du Kenniscentrum démontrent que des anciens médecins de garde ont une pratique qu'on ne retrouve pas nécessairement chez les jeunes, qui souhaitent un autre aménagement de leur temps de travail. Il résulte de tout ceci que nous avons besoin de plus de généralistes, quel que soit le débat sur le *numerus clausus*. Dès lors, nous avons pris plusieurs arrêtés fixant un quota minimum de généralistes par an qui sera progressivement augmenté dans les prochaines années de 300 à 400 médecins par an.

Je pense aussi que, pour lutter contre une future pénurie, il est essentiel de revaloriser la profession de généraliste. Dans ce cadre, il est important de rappeler que les honoraires des médecins généralistes ont été augmentés de 30 à 40 % au cours des cinq dernières années. Ce n'est pas négligeable évidemment.

De plus, ces dernières années, l'accent a été mis, en accord avec les associations professionnelles, sur d'autres formes de rémunérations reconnaissant et revalorisant l'ensemble du travail de première ligne, par exemple, les honoraires pour le dossier médical global, les honoraires de disponibilité au cours des gardes, les trajets de soins, les primes à l'informatisation, etc.

On a aussi mis en place deux fonds Impulseo. Le fonds Impulseo I octroie des primes et des prêts sans intérêt à l'installation des généralistes dans les zones à faible densité médicale. Je dois vous dire que je suis parfois très embêtée parce que, dans certains centres urbains, on ne manque pas de généralistes. La difficulté réside dans l'installation de ceux-ci dans des zones faiblement peuplées. J'irai au Luxembourg, à l'invitation notamment de votre collègue du Sénat. On a parfois été très loin pour offrir des locaux, prendre en charge des loyers, etc., mais on ne trouve parfois personne.

Il faut donc savoir qu'on a aussi la difficulté d'attirer des généralistes dans des zones à faible densité médicale. Le fonds Impulseo I consiste en des primes et des prêts sans intérêt à l'installation de généralistes dans certaines zones. Le fonds Impulseo II permet de financer 50 % des salaires d'assistants administratifs dans le cadre des pratiques de groupe, c'est-à-dire du travail en réseau. Prochainement, sera créé le fonds Impulseo III pour l'aide administrative aux pratiques solo.

C'est vraiment une profession que l'on soutient à bras-le-corps, mais ce n'est pas toujours simple. Ce n'est pas à moi à dire ce qu'il adviendra dans le futur. Vous avez rappelé que l'on dépasse ici le fond des affaires courantes, mais je crois qu'il est indispensable de continuer cette politique en faveur des médecins généralistes.

16.05 Marie-Christine Marghem (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'avais vraiment pris soin de regarder ce qui avait été fait et je ne pars pas de l'idée que rien n'a été fait.

Par contre, je vois, et vous le dites vous-même, que ce n'est pas simple sur le terrain. Les médecins sont demandeurs de soutien parce qu'ils se sentent vraiment pris dans une sorte de mécanique sociale infernale qui fait qu'ils ont beaucoup plus de mal à organiser leur profession au bénéfice de la société. Or, c'est une profession qui est largement tournée vers la société et qui, aux dires de beaucoup de personnes, est bien organisée en Belgique et doit continuer à l'être.

Quand pensez-vous créer ce fonds Impulseo III? C'est une idée assez intéressante. Est-ce réalisable? Était-ce déjà décidé avant la chute du gouvernement?

16.06 Laurette Onkelinx, ministre: Au niveau des soins de santé, il y a une exception pour ce qui concerne les budgets. Ceux-ci sont décidés en octobre par le Conseil général en présence de représentants des syndicats, des patronats, etc. Or, le Conseil général a déjà élaboré tout son budget 2011 et celui-ci a été accepté. Affaires courantes ou pas, nous avons la possibilité de travailler, en 2011, avec un vrai budget.

16.07 Marie-Christine Marghem (MR): Dernier petit clin d'œil, je sais bien sûr que la Communauté française est compétente pour tout ce qui concerne l'enseignement et le *numerus clausus* mais je veux le rappeler car cela fait partie de la problématique. Ce que nous disons ici peut être publié et avec mon collègue, M. Brotchi, qui, comme sénateur de Communauté, va retaper sur le clou, nous ne manquerons pas de revenir au niveau du Parlement de la Communauté française sur ces questions.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De behandeling van de vragen en interpellaties eindigt om 16.22 uur.

Le développement des questions et interpellations se termine à 16.22 heures.