

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 16 FÉVRIER 2011

WOENSDAG 16 FEBRUARI 2011

Après-midi

Namiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.35 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

Le développement des questions et interpellations commence à 15.35 heures. La réunion est présidée par M. Hans Bonte.

01 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "le moratoire de cinq ans sur les clones proposé par la Commission européenne" (n° 2026)

01 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "het door de Europese Commissie voorgestelde moratorium van vijf jaar op klonen" (nr. 2026)

01.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, il s'agit d'une question adressée à Mme Laruelle et au nom de laquelle vous allez donner la réponse. C'est une question sur le clonage animal.

En octobre dernier, la Commission européenne a proposé de suspendre pendant cinq ans le clonage animal destiné à la production de denrées alimentaires en Europe ainsi que d'interdire l'importation d'animaux clonés et d'aliments issus de ces animaux.

Ces mesures devraient faire l'objet d'un réexamen après cinq ans.

Un système de traçabilité des importations de matériaux de reproduction pour les clones serait également envisagé. Ces mesures sont plus axées sur le bien-être des animaux que sur la sécurité des denrées alimentaires. Le taux de réussite du clonage est assez faible et provoque de nombreuses morts prématurées.

Pour les États membres et le Parlement européen, la proposition de la Commission ne va pas assez loin. En plus de l'interdiction des clones, les États membres exigent l'interdiction de tous les produits issus de la descendance de ceux-ci. Quant au Parlement européen, il demande l'interdiction de toute commercialisation de produits alimentaires issus d'animaux clonés ou de leur descendance. Le 3 septembre 2008, le Parlement européen a adopté une résolution sur le clonage d'animaux à des fins de production alimentaire. Cette résolution est en faveur d'une interdiction totale du clonage.

Lors de son audition devant le Parlement européen début 2010, le commissaire à la Santé, M. John Dalli, avait promis un rapport à ce sujet avant la fin de l'année. C'est à ce sujet que je vous interroge, madame la ministre. Disposez-vous du rapport du commissaire Dalli? A-t-il été réalisé? La Belgique a-t-elle pu avancer vers un consensus à ce sujet et dans quel sens?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chers collègues, en effet, le rapport de la Commission européenne qui concerne "le clonage à des fins de production alimentaire" a été adressé au Parlement et au Conseil. Il est public et disponible sur le site web de la Commission. Je vous y renvoie donc.

Au cours de la présidence belge, la Belgique a élaboré une déclaration sur base de ce rapport de la Commission dans laquelle des mesures sont présentées concernant le clonage d'animaux à des fins de production alimentaire. Je me permettrai de vous faire parvenir le travail que nous avons réalisé à cet égard.

Des discussions sont toujours en cours. Dès qu'un accord sur le texte sera obtenu, la déclaration deviendra un document commun du Parlement européen, du Conseil européen et de la Commission européenne. La Commission s'est aussi engagée à élaborer une législation spécifique qui couvrirait tous les aspects du clonage animal.

Au sein du Conseil, la plupart des États membres soutiennent les mesures présentées. Un groupe d'États membres souhaite cependant des mesures additionnelles concernant les denrées alimentaires produites à partir des descendants d'animaux clonés. Au cours de la présidence belge, aucun accord du Conseil n'a pu être atteint, mais c'est une des priorités de la présidence hongroise.

Si vous le voulez, je vous ferai rapport de l'avancement des travaux sous présidence hongroise. C'est à partir de la proposition que cette présidence essaie d'obtenir des accords.

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

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat collega De Bue haar mondelinge vraag nr. 2200 wenst om te zetten in een schriftelijke vraag. Aangezien mevrouw Burgeon niet aanwezig is voor het stellen van haar vraag nr. 2314, en aangezien mevrouw Musin haar vraag nr. 2409 wenst om te zetten in een schriftelijke vraag, komen wij tot de vraag van mevrouw Jadin.

02 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la vente libre de la pilule du lendemain" (n° 2477)

02 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de vrije verkoop van de morning-afterpil" (nr. 2477)

02.01 Katrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je souhaiterais faire le point avec vous sur un produit que les adolescentes peuvent un jour être amenées à utiliser: "la pilule du lendemain".

J'ai pu lire récemment que nombre de grossesses chez les adolescentes ne diminuaient pas lorsque la pilule du lendemain était en vente libre, mais le nombre de maladies sexuellement transmissibles (MST) semblerait augmenter.

Cette étude, publiée par les professeurs de l'Université de Nottingham, compare les régions britanniques où la pilule du lendemain est en vente libre dans les pharmacies avec d'autres régions où une prescription est nécessaire. L'étude conclut que le nombre de grossesses chez les jeunes filles de moins de 16 ans n'a pas diminué ces dix dernières années, mais que le nombre de MST a, quant à lui, augmenté. Il semblerait que la hausse des MST comme effet secondaire est liée à une plus grande prise de risques lors des relations sexuelles, ce qui semble logique.

Les résultats de leurs recherches révèlent que le nombre de MST chez les adolescents de moins de 16 ans a connu une hausse de 12 % en dix ans dans les régions où la pilule du lendemain est en vente libre.

Madame la ministre, existe-t-il des études scientifiques en Belgique démontrant un résultat comparable à celui des études britanniques?

Dans l'affirmative, quelles sont-elles?

Quelles sont globalement les conclusions de ces études?

S'oriente-t-on vers les mêmes conclusions que les études britanniques?

Connaissant vos efforts pour démocratiser encore davantage la pilule classique, ne serait-il pas intéressant, à la lumière de ce qui précède, de renforcer les conditions d'accès à la "pilule du lendemain"? Nous savons qu'elle est déjà en vente libre en Belgique.

Y a-t-il eu récemment, en concertation avec les Communautés, une politique de prévention axée sur la

problématique?
Quelles mesures concrètes sont-elles prises?
Quelles mesures seront-elles prises pour éviter les dérives?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, je n'ai pas connaissance d'études en Belgique concernant un accès plus ou moins aisé à la contraception d'urgence.

En revanche, je sais que des études réalisées à l'étranger confirment que l'accessibilité plus large à la contraception d'urgence ne diminue pas forcément le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes.

La mesure visant le remboursement de la contraception pour les jeunes filles de moins de 21 ans s'inscrit d'ailleurs dans cette logique en ne remboursant la pilule du lendemain que si elle est accompagnée d'une prescription.

Cela étant dit, et comme le plaident les auteurs de certaines études, je ne pense pas qu'il soit opportun de limiter l'accessibilité des adolescentes à la contraception d'urgence. J'estime donc qu'il faut la laisser en vente libre.

Cela étant dit, il est essentiel que, lors de l'acquisition de cette contraception d'urgence, deux messages capitaux soient envoyés. Il faut, tout d'abord, recommander à l'adolescente d'effectuer une visite médicale pour initier une méthode régulière de contraception. La pilule du lendemain doit rester une méthode occasionnelle. Il faut, ensuite, insister sur le fait que la contraception ne dispense pas des précautions à prendre, notamment contre les maladies sexuellement transmissibles.

En tant qu'acteur de première ligne, le pharmacien – vous savez qu'il perçoit maintenant un honoraire en tant qu'acteur de prévention et de prise en charge – peut jouer un rôle plus actif qu'il ne l'est aujourd'hui en matière de délivrance de ces messages.

Enfin, comme vous l'avez rappelé, la politique de prévention, d'information et d'encadrement des adolescentes en matière de contraception et de maladies sexuellement transmissibles relève de la compétence des Communautés.

Il n'y a pas eu de concertation, durant ces derniers temps, entre les ministres de la Santé sur ce point. Un plan d'action conjoint n'a donc pas été mis en place. Mais cette question pourrait être examinée à la demande d'une des Communautés.

Pour le moment, c'est la Communauté flamande qui assure la présidence de la Conférence interministérielle.

02.03 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous rejoins sur l'ensemble des considérations que vous avez faites. Je vous remercie pour l'information que j'ai reçue.

Je pense qu'en effet c'est un intérêt des Communautés. J'entends bien que la Communauté flamande a la main en la matière.

Il faut se concerter d'une manière générale sur les moyens de contraception surtout lorsque l'on sait que les jeunes de moins de 16 ans notamment recourent beaucoup plus encore qu'il y a 10 ou 15 ans à l'avortement.

On constate également une augmentation des IVG. Des politiques de prévention devraient être menées de manière peut être encore plus renforcée et certainement plus cohérente. C'est en tout cas mon souhait.

De **voorzitter**: Ik kan dat enkel bevestigen, maar we zitten daarvoor in het verkeerde parlement. We zullen het zeggen aan de Vlaamse minister van Welzijn.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

Ik heb begrepen dat mevrouw Almaci haar vraag nr. 2480 wenst uit te stellen. Mevrouw Fonck wil haar vraag nr. 2622 omzetten in een schriftelijke vraag. Zo gaan de zaken vooruit.

03 Question de Mme Marie-Claire Lambert à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mention obligatoire de l'indication thérapeutique sur l'ordonnance" (n° 2624)

03 Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verplichte vermelding van de therapeutische indicatie op het voorschrift" (nr. 2624)

03.01 Marie-Claire Lambert (PS): Monsieur le président, madame la ministre, l'Assemblée nationale néerlandaise se prononcera dans les jours à venir sur une modification de la loi pour obliger les médecins à indiquer clairement sur leur prescription l'indication thérapeutique des médicaments.

Cette obligation ne concernerait que quarante-quatre médicaments courants dont le dosage varie sensiblement selon l'indication.

Les objectifs poursuivis sont de mieux contrôler le dosage délivré, d'éviter les erreurs médicamenteuses et ainsi, pour le pharmacien, de mieux accompagner le patient dans son traitement. Le patient sera ainsi davantage informé. Cette information doit également optimiser la gestion de la médication par les prestataires de soins à domicile.

Toutefois, des voix s'élèvent contre ce projet de loi, au regard d'une possible violation de la vie privée du patient.

Madame la ministre, que vous inspire cette modification de la loi néerlandaise?

Cette mesure a-t-elle déjà fait l'objet d'un débat avec les différents acteurs de la chaîne des soins de santé en Belgique?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, toute initiative améliorant l'observance thérapeutique des patients mérite évidemment une grande attention. En Belgique, nous avons privilégié dans cette optique la communication triangulaire entre le patient, le médecin et le pharmacien.

Ce dernier a vu son rôle s'élargir, ces dernières années, en y incluant une plus importante mission d'information auprès des patients. Il est ainsi amené à préciser les modalités de prise en charge des médicaments et peut, de plus, attirer l'attention du médecin sur certaines contre-indications ou incompatibilités médicamenteuses.

L'arrêté du 21 janvier 2009 prévoit la mise en place progressive tout d'abord d'un dossier pharmaceutique avec le consentement du patient, comprenant ses données administratives, son historique médicamenteux et ensuite d'un dossier de suivi des soins pharmaceutiques élargis au profil du patient, à l'analyse de la démarche de prise en charge du suivi des soins pharmaceutiques et à l'évaluation du suivi. Un consentement écrit du patient sera nécessaire pour l'ouverture d'un tel dossier.

En Belgique, de nombreux médecins précisent, par ailleurs, sur les ordonnances le dosage précis souhaité et le nombre de prises quotidiennes. Ces informations optimisent l'observance d'autant plus qu'elles sont ainsi relayées une seconde fois au patient par le pharmacien. Il serait intéressant de consulter l'ensemble des acteurs de terrain d'ailleurs sur la généralisation et les modalités de telles mesures.

La proposition néerlandaise est tout autre, puisqu'elle implique la transmission d'un diagnostic via l'ordonnance. Une telle mesure devrait faire l'objet d'une étude approfondie, notamment sur le respect du secret médical, la protection de la vie privée. À ma connaissance, elle n'a pas encore été discutée, à ce jour, par les acteurs de terrain belges. Indépendamment de ces problèmes déontologiques, je voudrais rappeler qu'un médicament n'est pas toujours prescrit à un patient dans le cadre d'une seule indication et la posologie souhaitée par le médecin peut varier d'un patient à l'autre dans le cadre d'une même indication.

Bref, on peut l'évaluer, mais la triangulaire dont je vous parlais donne, pour le moment, de bons résultats. Une évaluation doit avoir lieu. Une réforme profonde du mode de rémunération du pharmacien est intervenue de même que ses obligations de conseil. Dans cette optique, il serait intéressant d'en examiner la concrétisation sur le terrain.

03.03 Marie-Claire Lambert (PS): Je remercie Mme la ministre pour ces précisions. Nous aurons

l'occasion d'évaluer les dispositions législatives qui ont été prises.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De heer Beuselinck heeft zijn vraag nr. 2626 ingetrokken.

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Annick Ponthier** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de taalproblematiek in Brusselse ziekenhuizen" (nr. 2645)

- mevrouw **Muriel Gerkens** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "buitenlandse geneesheren en tandartsen die in België praktiseren" (nr. 2677)

04 **Questions jointes de**

- Mme **Annick Ponthier** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les problèmes linguistiques dans les hôpitaux bruxellois" (n° 2645)

- Mme **Muriel Gerkens** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les médecins et les dentistes étrangers prestant en Belgique" (n° 2677)

04.01 **Annick Ponthier** (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dit is een vraag in verband met de situatie die zich vorige week afspeelde in het Brussels universitair ziekenhuis Koningin Fabiola.

Uit de pers konden wij het volgend verhaal horen. Een Brusselse moeder trok met haar zoontje van tien maanden naar het ziekenhuis omdat het kind reeds dagen te kampen had met hoge koorts, terwijl de gegeven medicatie niet aansloeg. Zij kwam terecht bij een buitenlandse dokter van wacht die Nederlands noch Frans bleek te spreken. De dokter stuurde de patiënt bijgevolg wandelen. De moeder moest dan noodgedwongen op zoek naar een ander ziekenhuis om haar zieke kind te laten helpen.

Mevrouw de minister, ik stel u over dat voorval en over die situatie graag de volgende vragen.

Ten eerste, kunt u dit verhaal bevestigen?

Ten tweede, u reageerde in de pers door te zeggen dat de Europese richtlijn stelt dat zelfs buitenlandse artsen minstens een landstaal machtig moeten zijn, maar dat die richtlijn niet gecontroleerd mag worden. Klopt dat?

Ten derde, wat hebt u al ondernomen en wat zult u nog ondernemen om zulke schrijnende toestanden te vermijden in de toekomst?

04.02 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, c'est le même événement qui a suscité ma question. Nous avons déjà abordé cette dimension à plusieurs reprises. Ce fait rappelle que des médecins, des dentistes, des infirmiers étrangers viennent travailler en Belgique. Et quelque part, c'est très bien. Il ne faut pas que cette question soit interprétée comme un refus de voir des médecins étrangers venir travailler en Belgique. J'ai plusieurs interrogations sur le sujet, cependant. D'abord, on ne doit pas vider le pays d'origine d'un personnel médical et paramédical qui doit venir combler nos lacunes à nous, notre pénurie à nous et qui ne peut pas rester dans son propre pays.

Ma question porte plus particulièrement sur le fait que nous savons aussi bien en Flandre, à Bruxelles ou en Wallonie que des médecins viennent d'autres pays pour remplacer nos médecins à nous pendant les week-ends et les périodes de garde. Ce n'est pas la même chose que de dire qu'un hôpital engage un médecin étranger pour venir travailler tant de mois sur notre territoire. D'après mes informations, ces médecins prestant sous le nom du médecin officiel de garde qu'ils remplacent.

Madame la ministre, une telle pratique est-elle légale? A-t-on une vision d'ensemble et précise du nombre de médecins qui effectuent ces remplacements pour des gardes? Connaît-on les hôpitaux et les spécialités concernés par cette pratique? A-t-on dans ces cas-là des garanties d'équivalence de diplômes? Qu'en est-il des responsabilités en cas d'erreurs commises dans ces conditions, responsabilités du prestataire, du

médecin remplacé, de l'hôpital? Existe-t-il des différences à ce sujet entre médecins et dentistes, par exemple? Ont-ils les mêmes obligations? Sont-ils sous le coup de la même législation?

04.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Net als u heb ik via de pers kennisgenomen van de door u aangehaalde elementen. Ik heb ook de reactie van de directie van de betrokken instelling gelezen. Zij betwist formeel de verschillende klachten, zowel ten opzichte van de instelling als ten opzichte van de arts. Als minister van Volksgezondheid volg ik de kwestie met bijzondere aandacht en hou ik de nieuwe ontwikkelingen in de gaten.

Wat de in de Europese richtlijn bepaalde controle op de talenkennis van de zorgverleners betreft, herinner ik eraan dat zowel de Europese richtlijn als de wet van 2008 en het koninklijk besluit nr. 78 de rechthebbenden van de erkenning krachtens de richtlijn van beroepsbekwaamheden verplicht om de voor de uitoefening van hun beroep nodige talen te beheersen. Voor België betekent dat de kennis van Nederlands, Frans of Duits. Noch de richtlijn noch de wet verplicht of spreekt ter zake van taaltests of zelfs van een specifieke evaluatieprocedure. Het gaat bovendien om een verplichting die buiten de hoofdstukken over de erkenning zelf van de beroepsbekwaamheden valt. In dat verband moet volgens de Europese instellingen de talenkennis op elke manier en zonder beperking kunnen worden aangetoond. Men moet ook het evenredigheidsbeginsel naleven. Zijn de taalproeven niet uitgesloten, dan kunnen ze niet systematisch of standaard worden gebruikt en zijn ze ondergeschikt aan elk ander bewijsmiddel.

Mijn administratie onderzoekt momenteel hoe men de proeven in andere proeven en controles kan integreren die in het kader van de toepassing van de richtlijn kunnen of moeten worden uitgevoerd. Het is geen eenvoudige zaak, aangezien de richtlijn bepaalt dat elk dossier het voorwerp van een onderzoek op maat moet uitmaken en dat sommige dossiers ook een automatische erkenning moeten krijgen. De kwestie kadert in een breder beraad, dat momenteel over de omzetting van de richtlijn wordt gevoerd. De Europese Commissie heeft België immers onlangs in gebreke gesteld, omdat zij meent dat ons land de zorgverleners uit lidstaten van de Europese Unie aan een te strikt erkenningsstelsel onderwerpt.

Meer algemeen wijs ik erop dat de wet van augustus 2002 betreffende de patiëntenrechten preciseert dat de communicatie met de patiënt in een duidelijke taal moet verlopen.

De zorgverlener moet er dus voor zorgen dat de patiënt hem begrijpt.

Wat de verschillende erkenningsprocedures van buitenlandse diploma's en bekwaamheden betreft, verwijs ik u, gelet op het technische karakter en de complexiteit van de materie, naar de relevante bepalingen in het KB nr. 78 en de wet van 12 februari 2008.

Madame Gerkens, votre question concernait le fait que certains prestataires de soins encoderaient des prestations au nom d'autres prestataires.

À cet égard, il convient d'apporter une précision importante: les médecins en formation utilisent des attestations de soins de leurs maîtres de stage. Ils doivent noter la mention "Sur ordre de". L'ensemble des actes ainsi prestés par ces médecins en formation sont donc administrativement comptabilisés comme des actes de leurs maîtres de stage, qui en assument la supervision et la responsabilité.

Or il faut constater que ce sont souvent des médecins en formation, belges ou étrangers, qui sont les premiers contacts avec les patients en médecine d'urgence.

Cependant et en dehors de ces hypothèses, il faut relever qu'il s'agirait alors d'infractions pénales graves de faux et usage de faux, d'ores et déjà interdites par le Code pénal et, de surcroît, contraires à la déontologie à laquelle sont soumis ces prestataires de soins.

Enfin, en matière de responsabilité, je rappelle qu'en vertu de la loi sur les hôpitaux, la responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire. Du reste, la détermination de la responsabilité d'un prestataire de soins relève de la compétence exclusive du ... (*sonnerie gsm*).

04.04 **Annick Ponthier** (VB): Mevrouw de minister, als ik het goed begrijp, wordt het verhaal op dit moment nog steeds betwist. De betrokkene blijft bij haar verhaal, zoals ik ook uit de pers kon vernemen. Het zal dus een welles-nietesverhaal blijven dat tussen de twee partijen moet worden geregeld.

Voor ons is het belangrijker dat eens te meer werd aangetoond dat er nog steeds geen werk wordt gemaakt van een deugdelijke taalregeling in de Brusselse ziekenhuizen. U weet dat het Vlaams Belang de ontoelaatbare schendingen van de taalwetgeving en het absolute gemis aan taalhoffelijkheid, zeker in Brussel, reeds sinds jaren en telkens opnieuw aanklaagt.

Het is niet onbelangrijk te weten dat de openbare ziekenhuizen jaarlijks vele miljoenen euro's publieke middelen krijgen in een Gewest dat grondwettelijk tweetalig is. Daarom is het logisch, al is het geen eenvoudige zaak zoals u zegt, dat hiervan eindelijk ernstig werk wordt gemaakt. Er is meer dan veertig jaar tijd geweest om de taalwetten na te leven. Meer uitstel leidt alleen maar tot flagrante overtredingen van de taalwetten die ter zake toepasselijk zijn.

Reeds in het verleden, en ook tijdens deze legislatuur, dienden wij twee wetsvoorstellen in om een halt toe te roepen aan die situatie. Misschien kunnen die wetsvoorstellen tot inspiratie dienen om uw administratie te helpen bij de toepassing van de taalwetgeving.

04.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, cela signifie que ceux qui viennent pour prester les week-ends ont reçu une équivalence de diplôme et qu'il est possible de répertorier leurs prestations?

Selon moi, il importe que soit garantie la compétence de ces médecins. De plus, cette information nous permet de nous rendre compte des pénuries compensées par l'apport de médecins extérieurs, alors que l'exercice de la médecine est refusé à certains étudiants qui ont terminé leur cycle ici.

04.06 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a la question n° 2805 (point 41 de l'agenda) concernant la situation des médecins roumains. J'y répondrai évidemment. Cela nécessite toute une série d'éclaircissements quant à ce qu'il se passe dans les hôpitaux.

04.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): D'accord, donc aussi à propos des prestations du week-end? Je n'ai pas lu la question n° 2805.

04.08 Laurette Onkelinx, ministre: Elle concerne le nombre élevé de médecins roumains exerçant leur profession en Belgique.

04.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): C'est encore autre chose: on sait que des médecins viennent prester en Belgique cinq ou six mois mais dans ce cas, il y a équivalence des diplômes et en principe une reconnaissance. Ici, cela veut dire que toutes ces prestations exercées par des médecins étrangers les week-ends, on peut les répertorier. Indiquent-ils aussi "en charge, à la place de, à l'ordre de..."? C'est uniquement pour les médecins en formation, pas pour les autres médecins? En principe, ils doivent le faire en leur nom.

04.10 Laurette Onkelinx, ministre: Quand des médecins étrangers originaires de l'Union européenne viennent ici, ils ont un numéro 00 INAMI, comme d'ailleurs les médecins qui sont hors quota et qui sont dans les hôpitaux. Ces médecins ne peuvent réaliser que certains actes. Réalisent-ils les actes prescrits? Je n'en sais rien, la question reste ouverte. Puisque c'est interdit par la loi, je ne peux pas avoir de statistiques en la matière. Par contre, les autres sont des médecins qui font leur spécialisation. Qu'ils soient belges ou étrangers, ils sont dans la même situation de médecins en formation qui peuvent alors réaliser toute une série d'actes sous la responsabilité de leur maître de stage.

04.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Ma question reste entière: j'ai l'impression qu'il y a des prestations qu'on ne peut pas toujours vérifier. Y a-t-il une différence dans l'équivalence de diplôme ou dans les autorisations accordées pour recourir à des étrangers pour les médecins ou les dentistes ou bien les règles sont-elles les mêmes? Selon une de mes informations, ce serait plus restrictif pour les dentistes.

04.12 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne sais pas, je ne peux pas vous répondre.

04.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je reposerai la question.

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

05 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le suicide des personnes âgées" (n° 2676)

- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le titre professionnel d'infirmier(ère) gériatrique" (n° 2759)

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "zelfmoord bij bejaarden" (nr. 2676)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de beroepstitel van geriatrisch verpleegkundige" (nr. 2759)

05.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, une journée assez intéressante à Namur associait les ministres de la Région wallonne, de la COCOF et de la Communauté française. Cette journée était consacrée aux personnes âgées, notamment sur les aspects du suicide et de la tendance suicidaire.

Il n'y avait pas de représentant du niveau fédéral. Certaines dimensions n'intervenaient pas dans les travaux, notamment les aspects sociaux (revenus, liens sociaux) et les aspects santé publique (maladies, chroniques ou pas, problèmes psychiques, envie de vivre).

Madame la ministre, existe-t-il des programmes ou des projets fédéraux qui s'exécutent en lien avec les Régions et Communautés pour lutter contre cette tendance suicidaire assez fréquente chez les personnes âgées?

Quelles politiques sont-elles menées pour améliorer l'envie et le goût de vivre des aînés?

05.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, deze korte vraag is van een andere aard dan de vraag waarmee zij is samengevoegd, en handelt over ouderenzorg of geriatrie, meer bepaald over de erkenning van de beroepstitel en de beroepsbekwaamheid geriatrie.

Vorig jaar werd door heel wat mensen een aanvraag ingediend. Deze procedure is vastgelegd en moet worden gevolgd bij het toekennen van bepaalde titels en beroepsbekwaamheden. De minister heeft twee maanden de tijd om het dossier aan de erkenningscommissie voor te leggen. Dan moet de erkenningscommissie zich uitspreken in een advies binnen een periode van drie maanden.

Ik heb hier een lijst van heel wat dossiers die in juni en juli van vorig jaar werden ingediend. Het is nu februari en die periode is dus al verschillende keren overschreden. Het zou gaan om honderden dossiers.

Vandaar mijn vragen, mevrouw de minister.

Bent u op de hoogte van de problemen? Wat is de reden waarom het zolang duurt om die bepaalde titel of bekwaamheid te krijgen? Heeft dit te maken met personeelsproblemen bij de erkenningscommissie of bij uw diensten? Wat betekent dit? Het KB spreekt immers ook van een automatische toekenning. Betekent dit dat zij automatisch de titel zouden krijgen? Betekent dit dat zij de premies die zij al maanden mislopen met terugwerkende kracht zouden kunnen krijgen? Op het terrein zijn er eigenlijk heel wat vragen.

Mevrouw de minister, u weet ongetwijfeld veel beter dan ik dat momenteel in de geriatrie elk paar helpende handen enorm telt en elke extra kwalificatie enorm nuttig is. Vandaar mijn vragen inzake de stand van zaken.

05.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Muylle, (...) (*sonnerie gsm*), je vais répondre mais je répondrai aussi à une autre question que pose en même temps M. Beuselinck. Je vais répondre à M. Beuselinck mais sachez d'ores et déjà que je vais "vider" votre question prévue demain!

05.04 Nathalie Muylle (CD&V): (...) (*zonder micro*)

05.05 Laurette Onkelinx, ministre: Vous aussi vous posez une question, monsieur Beuselinck?

Le **président**: Elles sont jointes.

05.06 Laurette Onkelinx, ministre: C'est, selon moi, une mauvaise méthode.

En effet, demain, je donnerai deux ou trois éléments alors que j'avais préparé une longue réponse pour cette commission. Mais cela relève de votre responsabilité.

05.07 Nathalie Muylle (CD&V): (...) (*zonder micro*)

05.08 Laurette Onkelinx, ministre: Jamais! Je préfère répondre en commission en prenant le temps.

05.09 Nathalie Muylle (CD&V): (...) (*zonder micro*)

05.10 Laurette Onkelinx, ministre: Qui est M. Deltour?

05.11 Nathalie Muylle (CD&V): (...) (*zonder micro*)

De **voorzitter**: U hebt toch uw vraag ingediend voor de plenaire vergadering van morgen?

05.12 Nathalie Muylle (CD&V): (...) (*zonder micro*)

05.13 Minister Laurette Onkelinx: Nee.

05.14 Nathalie Muylle (CD&V): (...) (*zonder micro*)

De **voorzitter**: Dat klopt, zij het met de spelregels van de plenaire vergadering. Het antwoord zal dus veel beknopter zijn. Dat is volgens mij het punt van de minister. Het antwoord zal veel beknopter zijn dan het antwoord dat hier wordt verstrekt.

05.15 Nathalie Muylle (CD&V): Ik wil ze vandaag stellen, maar het is op vraag van het kabinet...(*zonder micro*)

05.16 Laurette Onkelinx: Je vous assure bien que je ne suis pas demanderesse, si ce n'est pour d'autres questions. Parfois, nous sommes dans l'obligation de répondre en une à deux minutes à des questions compliquées. En l'occurrence, il s'agit d'une question vraiment technique.

De **voorzitter**: Laten wij de kwestie zoals afgesproken behandelen, dus morgen na de plenaire vergadering. Laat mevrouw de minister nu antwoorden op de vragen, zoals deze hier zijn gesteld. Wij willen er hier ook geen cinema van maken. Het Reglement bepaalt dat uw vraag wordt samengevoegd. Dat is het Reglement. Laten wij dus het Reglement toepassen, tot frustratie van eenieder.

05.17 Laurette Onkelinx, ministre: Mais si tout le monde est d'accord de la traiter maintenant?

De **voorzitter**: In dat geval moet u ervoor zorgen dat het thema morgen niet nogmaals tijdens de plenaire vergadering aan bod komt. In dat geval is het goed.

Wij zullen dus alle vragen vandaag in de commissie behandelen, waardoor morgen in de plenaire vergadering wat tijd wordt bespaard.

05.18 Laurette Onkelinx, ministre: Le risque de suicide est significativement plus élevé chez les personnes âgées que dans tous les autres groupes d'âge. Aujourd'hui, ce phénomène ne reçoit pas assez d'attention. C'est la raison pour laquelle j'applaudis évidemment l'initiative de la Communauté française et de la Région wallonne dans le cadre de leur plan de prévention relatif au suicide.

Ma collègue, la ministre Tillieux, a fait remarquer à juste titre que la collaboration entre tous les acteurs dans les soins de santé aux personnes âgées et dans les soins de santé mentale était importante.

Les projets que nous développons avec toutes les Communautés et les Régions dans le cadre notamment de la réforme des soins de santé mentale - il s'agit du fameux article 107 - jetteront des ponts avec les

autres acteurs dont celui des soins aux personnes âgées.

Même si les Communautés et Régions sont compétentes au niveau de la prévention du suicide, un groupe de travail 'suicide' avait été mis en place au sein de la CIM permettant d'harmoniser les pratiques. Ce groupe de travail est actuellement présidé par la Communauté flamande. J'espère que, prochainement, nous pourrions aborder le sujet mais l'initiative en revient à la présidence flamande.

Malheureusement, le suicide est un problème qui survient régulièrement dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins. La détection précoce des patients à risque constitue donc une première étape.

Depuis 2006, un outil d'évaluation, le BelRAI, validé au niveau international est actuellement testé dans le cadre des différents projets expérimentaux menés dans notre pays. Cet instrument détecte entre autres la dépression, la perte d'autonomie ainsi que la qualité de vie. Le rapport final est attendu dans le courant du dernier trimestre 2011.

Au niveau de l'institution, une attention est particulièrement accordée à l'emploi du temps des résidents afin d'être bien sûr que chacun participe aux activités. À cet effet, une sensibilisation est nécessaire. Cette tâche incombe notamment aux médecins coordinateurs et conseillers au cours de l'élaboration d'une politique institutionnelle spécifique.

Les mesures visant à l'attractivité de la profession de gériatre et d'infirmiers gériatriques sont récentes.

La formation pour obtenir une spécialisation en gériatrie demande plusieurs années pour les médecins et un an pour les infirmiers désireux d'acquérir le titre professionnel particulier en gériatrie. La qualification particulière n'exige que 150 heures de formation complémentaire.

Pour ce qui est des infirmiers, consciente des besoins, j'ai préparé un arrêté ministériel qui aura deux effets.

Le premier effet sera de prolonger les mesures transitoires, celles-ci permettant d'acquérir le titre ou la qualification moyennant moins d'heures de formation aux infirmiers qui peuvent attester d'une expérience professionnelle acquise et définie.

Le second effet sera de prendre en compte l'expérience professionnelle dans les maisons de repos et de soins d'au moins 25 lits pour acquérir et conserver ses spécialisations.

Cette dernière mesure vise à encourager les infirmiers spécialisés à mettre leurs compétences au service des résidents de ces secteurs, mais la gestion en affaires courantes pose le problème de la publication d'un tel arrêté. L'octroi d'une prime annuelle depuis 2010 pour les infirmiers spécialisés travaillant en gériatrie ou en maison de repos et de soins vise également à attirer des candidats.

Des effets tels qu'un accroissement du nombre de prestataires ne pourront dès lors être ressentis que dans deux à trois ans pour les infirmiers, ou six ans pour les gériatres au plus tôt.

En termes épidémiologiques, il y a lieu de distinguer le besoin, la demande et la consommation. La plupart des experts internationaux s'accordent sur le fait qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun outil scientifique permettant d'évaluer correctement les besoins, donc les besoins non couverts.

Par contre, la consommation de soins, quant à elle, peut être mesurée, y compris en Belgique, mais pour avoir des données chiffrées fiables dans le cadre des nouveaux programmes de soins en gériatrie, il faudra également patienter un peu. La loi prévoit que le cadastre des professions ne soit qu'un enregistrement de l'offre de soins de travailleurs de la santé individuelle, donc au micro-niveau.

Pour les médecins, cette offre est parfaitement connue; pour les infirmiers, gériatriques ou autres, ce n'est qu'en 2010 que les chiffres réels d'infirmiers ont été publiés pour la première fois en Belgique: 174 titres et 164 qualifications en gériatrie, délivrés en 2009. L'enregistrement des *licenses to practise* est une première étape pour enrichir le cadastre.

Sur base de cette liste exhaustive, la tâche est poursuivie par couplage avec d'autres sources d'information. Les premiers résultats du travail sont attendus dans le courant de cette année. Il s'agira tout d'abord d'une

description de la situation en termes d'offres. Une confrontation de l'offre et de la consommation au niveau macro sera notamment réalisée dans le modèle de calcul de la commission de Planification. L'importance de la pénurie pourra alors sans doute être estimée plus clairement qu'à l'heure actuelle.

Mevrouw Muylle, met betrekking tot de toekenning van de beroepstitels en de bijzondere beroepsbekwaamheden geriatrie zal ik enkele elementen verduidelijken. De voorziene termijn voor de administratie ter voorbereiding van het dossier voor de erkenningscommissie bedraagt inderdaad twee maanden. De erkenningscommissie beschikt op haar beurt over drie maanden om het dossier te bestuderen. Nadien moet men het advies verder volgen.

Ik kan u verzekeren dat mijn administratie er alles aan doet om de termijnen te respecteren, maar men moet beseffen dat de behandelde dossiers in het kader van de overgangsmaatregelen complex zijn, omdat de verschillende opleidingen alsook de geldigmaking van de beroepservaringen moeten worden geanalyseerd. Diezelfde administratie en erkenningscommissie moet de dossiers van de zorgkundigen en van de andere beroepstitels en bekwaamheden van de verpleegkundigen behandelen.

Zo moet mijn administratie met een personeelsformatie van 1,8 voltijdse equivalent de beroepstitels van verpleegkundigen beheren. Ze geeft voorrang aan de kwaliteit van de dossierbehandeling, zonder daarom de snelheid waarmee dat gebeurt te verwaarlozen. Ze moet ook rekening houden met de periodes van het jaar. Omdat de arbeidsintensieve periode voor de geneesheren vanaf heden tot half mei gedaan is, zal het personeel van de cel die met de geneesheren belast is, opgeleid worden om de achterstand op het gebied van verpleegkundigen gedurende enkele maanden aan te pakken, met de ambitie om de toestand recht te trekken.

Ik heb in 2010 gevraagd om de administratie die deze materie beheert, te versterken. Het directiecomité heeft dat tijdelijk, maar niet structureel kunnen doen. De budgettaire beperkingen staan geen enkele personeelsuitbreiding toe of hebben zelfs het bestaande personeelsbestand verkleind. De budgettaire vooruitzichten zijn niet rooskleurig waardoor een eventuele uitbreiding zeer onwaarschijnlijk is. Ik herinner u eraan dat de procedure voor de betrokkenen gratis is.

Wat de erkenningscommissie van de NRV betreft, moet ik eraan herinneren dat haar leden in zekere zin vrijwilliger zijn, aangezien ze de taak tegen een bescheiden presentiegeld en bovenop hun beroepsactiviteit als verpleegkundige opnemen.

Op elke zitting behandelen ze een zeer groot aantal dossiers met betrekking tot de drie titels en bekwaamheden, namelijk geriatrie, oncologie, intensieve zorgen en spoedgevallenzorg, naast de zorgkundigen en enkele adviezen betreffende de internationale mobiliteit.

Voorliggende commissie is verzadigd wat het aantal dossiers betreft dat ze redelijkerwijze kan behandelen. De laatste maanden werd het aantal zittingen nochtans vermeerderd, om de wachttijden voor de zorgkundigen op te heffen, waarbij laatstgenoemden bij voorrang behandeld werden.

Om aan de moeilijkheden tegemoet te komen en de commissie meer analysekracht te geven, deed ik het voorstel om de nieuwe erkenningscommissie te organiseren. Dat dossier boekt momenteel vooruitgang.

Er is geen enkele automatische toekenning van een beroepstitel of van een bekwaamheid vastgelegd. Eind 2010 werden 408 bijzondere beroepstitels geriatrie en 353 bijzondere beroepsbekwaamheden erkend. Op 31 januari bedroeg het aantal te behandelen dossiers met betrekking tot geriatrie 367 aanvragen voor bijzondere beroepstitels en 481 aanvragen voor bijzondere beroepsbekwaamheden.

05.19 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je constate que des pistes de travail existent, telles que la réforme "santé mentale" et l'évaluation prochaine du test de détection.

Pour ce qui concerne l'arrêté ministériel qui est prêt et qui vise la prolongation, je sais bien que le gouvernement est en affaires courantes mais ne serait-il pas possible de le prévoir dans le prochain projet de loi portant dispositions diverses? Ainsi, l'orientation vers la qualification en gériatrie pourrait se poursuivre et être facilitée pour ces infirmiers et infirmières.

Vous dites aussi que la Commission de planification travaille sur un modèle qui permettra d'évaluer l'offre plus spécifique pour les infirmiers gériatres. Quand les résultats seront-ils connus? Une date a-t-elle été

prévue?

Cette journée à Namur avait une dimension intéressante dans le sens où les différents intervenants relevaient l'intérêt du modèle d'intervention envers les personnes âgées, en déterminant ce qui fait qu'elles se sentent bien dans leur peau. Il s'agit d'utiliser ces éléments positifs, de les travailler avec les personnes qui ont tendance à être déprimées. Cette démarche est plus intéressante que d'aborder la dépression ou la dévaluation de manière directe.

05.20 Laurette Onkelinx, ministre: (*hors micro*) Ce n'est pas tellement une initiative légale pour répondre mais une initiative réglementaire à de gros problèmes de (...) d'arrêtés royaux qui pourraient poser la question évidemment de la prise éventuelle d'une série d'arrêtés qui sont au Palais.

05.21 Nathalie Muylle (CD&V): Op de problematiek van de erkenningscommissie en het dossier van de zorgkundigen kom ik later terug.

U hebt het over 367 en 481 titels en bekwaamheden. Dat klopt ongeveer met de cijfers die ik heb gekregen. Ongeveer 900 mensen wachten al acht tot negen maanden op hun titel of bekwaamheid. Collega Gerkens heeft al duidelijk aangetoond dat die mensen nodig zijn op het terrein. Ik vermoed dat zij spreekt voor het Franstalige landsgedeelte, zoals ik dat doe voor het Nederlandstalige. U als minister weet maar al te goed hoe belangrijk die titels zijn, zeker in de ouderenzorg, een sector die al weinig aantrekkelijk is. Er zijn weinig verpleegkundigen en zorgkundigen die in de ouderenzorg willen werken. Wij moeten er werk van maken.

Ik begrijp uit uw antwoord dat u uw administratie de komende weken zal versterken om op het vlak van geriatrie vooruitgang te boeken. Laten we hopen dat de achterstand vrij snel kan worden weggewerkt en dat wij de termijn van vijf maanden zoals in het koninklijk besluit vastgelegd, kunnen behouden.

05.22 Laurette Onkelinx, ministre: Cela renforce mon sentiment qu'entre les slogans portant sur la diminution du personnel dans la fonction publique et des dépenses primaires et les nécessités de terrain, il y a un grand écart. Mais je vais défendre mon budget prochainement, qu'on est en train de confectionner. Pour le moment, on est en douzièmes provisoires, je n'ai donc pas la possibilité...

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de beoordeling van eHealth" (nr. 2681)

06 Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'évaluation d'eHealth" (n° 2681)

06.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, uit een onderzoek over de voortgang van de implementatie van eHealth in twaalf Europese lidstaten, dat in opdracht van Microsoft door de Warwick Business School is uitgevoerd, stond België pas op de zevende plaats. De belangrijkste verklaring die voor de lage klassering van België werd gegeven, gaf aan dat de standaard van de Belgische gezondheidszorg hoog ligt, wat ons natuurlijk verheugt. Daardoor ontbreekt echter de *sense of urgency* om te vernieuwen.

Bovendien werd aangegeven dat de Belgische gezondheidszorg wel over de nodige elektronica beschikt, maar dat de wisselwerking tussen de verschillende actoren heel beperkt is.

Het invoeren van elektronische gegevensverwerking is echter de aangewezen weg die onze gezondheidszorg moet inslaan. Het systeem is niet alleen efficiënter; het werkt ook erg kostenbesparend.

U bent zich van voornoemd belang bewust en zet in uw beleid dan ook duidelijk in op het nader uitwerken en implementeren van het eHealthplatform. Net daarom is het verrassend te merken dat ons land tot de trage volgers behoort.

Bovendien geeft een van de onderzoekers aan dat ons land een erg complex en duur zorgsysteem heeft, wat een extra motivatie voor een doorgedreven hervorming en invoering van elektronische gegevensverwerking zou kunnen vormen.

Mevrouw de minister, bent u van het onderzoek op de hoogte?

Hoe staat u tegenover de toch wel matige beoordeling van de installatie van elektronische gegevensverwerking in de Belgische gezondheidszorg?

Mevrouw de minister, erkent u dat meer samenwerking en wisselwerking nodig zijn tussen de actoren die het platform zouden moeten beheren?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Het is van essentieel belang om de doelstellingen en de gebruikte methodologie van een onderzoek te begrijpen, om de resultaten ervan correct te kunnen vatten. De methodologie van voorliggend onderzoek, TEMPEST genaamd, streeft ernaar globaal en toekomstgericht te zijn. Het wil vooral de effectieve overgang van de gezondheidssystemen inschatten naar een systeem waarbij de technologie een essentiële motor vormt voor het vereenvoudigen van zaken.

Het onderzoek heeft ongetwijfeld een relevante doelstelling, maar in deze fase lijken de resultaten een beetje scheefgetrokken. De referentiegegevens die voor de verschillende landen worden gebruikt, dekken ten eerste niet dezelfde periode, omdat de analyses in verschillende periodes werden uitgevoerd. Zo evalueerde men de Belgische toestand vooral op basis van de toestand in 2008 en 2009. Mocht men de toestand vandaag de dag analyseren, dan zou de rangschikking er helemaal anders uitzien. Er zijn sinds 2008 immers vele inspanningen inzake e-gezondheid geleverd. Die zullen pas vanaf 2011 voor de burger echt zichtbaar worden. Ik denk daarbij aan de ontplooiing van de gezondheidsnetwerken en de komst van het elektronische voorschrift.

Ten tweede werd de score enkel op basis van publiek beschikbare gegevens toegekend. In België leidt dat onvermijdelijk tot een onderschatting van de geboekte vooruitgang. De gebruikte methodologie weegt de resultaten immers volgens de bronnen. Indien die onvoldoende overeenstemmen of onvoldoende blijken te zijn, kan de score met 20 % verminderd worden.

Sommige slechte indicatoren, zoals het bevolkingsaandeel dat internet gebruikt, het elektronisch beheer van de patiëntengegevens of de ontplooiing van de e-diensten, vallen in de Belgische realiteit moeilijk te begrijpen. Ze worden dikwijls door andere onderzoeken tegengesproken.

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

Een ander treffend voorbeeld is dat van de slechte score van België inzake de ontwikkeling van een coördinatieagentschap voor e-gezondheid, terwijl het daartoe bestemde eHealthplatform al in 2008 werd opgericht.

Het onderzoek bekijkt de integratie van een eHealthbeleid ook in een Europees en internationaal kader. Wat dat betreft, evolueren de zaken snel. België is in het epSOS-project gestapt en zal een van de componenten van het nieuwe Europees initiatief rond beheer inzake e-gezondheid leiden.

De vernieuwende en pragmatische oplossingen die momenteel worden bestudeerd inzake semantische interoperabiliteit integreren op slag een kader van internationale normering.

Rekening houdend met al deze elementen lijkt het mij van belang dat men de voorgestelde resultaten, ten eerste, sterk nuanceert en, ten tweede, als sterk verouderd beschouwt. Andere onlangs begonnen onderzoeken geven al een duidelijk genuanceerd beeld van de situatie en tonen vooral de in de laatste jaren geboekte snelle vooruitgang.

Wij kunnen bijvoorbeeld het recent onderzoek van Empirica eHealth Strategies vernoemen of het jongste onderzoek, van eind 2010, uitgevoerd door Deloitte over de ziekenhuissector, waarin België de derde plaats inneemt na Zweden en Denemarken, op basis van een veeleisende combinatie-indicator die infrastructuur, integratie, toepassingen en veiligheid omvat.

Wij vinden de belangrijkste aanbevelingen van het onderzoek van de Warwick Business School op heel veel punten terug in de strategie die in België al wordt toegepast, in het bijzonder met betrekking tot de bottom-up strategie die men tot op heden heeft gevolgd. In dat verband denk ik aan steun aan de lokale en regionale initiatieven.

Tot besluit, de door het onderzoek voorgestelde methode is zeker interessant, maar slaagt er niet echt in om rekening te houden met de Belgische toestand tegen 2011 of met de aanzienlijke vooruitgang van de laatste jaren. Er wordt binnenkort met het onderzoeksteam contact opgenomen om dit instrument op basis van constructieve kritieken te laten evolueren en eventueel een referentie-instrument voor de lidstaat te worden.

06.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben blij te horen dat u zeker opnieuw contact zult opnemen met die mensen om na te gaan hoe de situatie nu is. Zij hebben ook niet gezegd dat de situatie in België slecht is, want in hun onderzoek wordt ook aangegeven dat de gezondheidszorg in België zeer goed georganiseerd is.

U haalt enkele indicatoren aan. In totaal heeft men wel op 84 verschillende indicatoren getest. Ik ben blij dat opnieuw contact zal worden opgenomen om te kijken op welke positie België dan eventueel zal uitkomen. U kunt misschien aan de onderzoekers van de Warwick Business School ook uitleggen dat de situatie in België zeker niet de eenvoudigste is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Karin Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent" (nr. 2697)

07 Question de Mme Karin Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le centre de psychiatrie légale à Gand" (n° 2697)

07.01 Karin Temmerman (sp.a): In mijn vorig leven als Gents schepen heb ik met u een aantal keer gepraat over het Forensisch Psychiatrisch Centrum te Gent. Ik wil u toch nog eens bedanken voor de geleverde inspanningen om het centrum daar op te richten.

De recente gebeurtenissen in Namen hebben aangetoond dat de nood aan zulke centra zeer groot is. De stad heeft volop mee gezocht naar een plaats om zoiets te kunnen uitbouwen. Op 19 oktober 2010 heb ik minister De Clerck gevraagd hoe het zat met het aanbestedingsdossier voor de uitbater. De bouwvergunning werd afgeleverd, maar het is ook belangrijk dat de uitbater gekend is. Die zal toch nog enkele modaliteiten willen wijzigen aan het gebouw zelf omdat het een zeer specifieke functie heeft.

Minister De Clerck heeft mij toen gezegd dat de beslissing al was genomen in onderling akkoord met u, maar dat het nog definitief moet worden geagendeerd. Intussen zijn we weer enkele maanden verder. Ik heb begrepen dat men al in mei 2011 zou starten met de bouw van het centrum. Het is essentieel dat men heel binnenkort weet welke organisatie het centrum zal uitbaten.

Zijn er al contacten en antwoorden geformuleerd ten aanzien van minister De Clerck? Ik hoop alvast dat het antwoord positief is.

Heeft men al zicht op de mogelijke exploitant? Zo neen, dan vraag ik met aandrang spoed te zetten achter deze procedure. Het is heel belangrijk dat men de uitbater kent vooraleer men begint te bouwen.

07.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, collega, ik ondersteun volledig de vraag zo snel mogelijk over te gaan tot de aanduiding van de uitbater van het FPC te Gent en heb daarop meermaals bij mijn collega De Clerck aangedrongen. Ik heb nog geen kennis van kandidaat-exploitanten, maar ik heb op 19 november 2010 mijn bemerkingen over het ontwerpdossier voor aanbesteding voor de externe uitbater aan het kabinet van Justitie bezorgd. Vorige week werd mijn kabinet uitgenodigd over die bemerkingen aan tafel te zitten. Die vergadering is gepland op 18 februari. Tijdens een andere vergadering zal ik waarschijnlijk meer kunnen zeggen over de voorwaarden.

07.03 Karin Temmerman (sp.a): Mevrouw de minister, ik denk dat dit zeer goed nieuws is. Ik stel voor dat ik na 18 februari de vraag opnieuw stel aan u of aan uw collega De Clerck.

07.04 Minister Laurette Onkelinx: (...)

07.05 Karin Temmerman (sp.a): Aan uw collega De Clerck? Goed, dan wacht ik tot 18 februari om hem die vraag te stellen. Dat is toch zeer binnenkort.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 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 "la médiation dans le secteur des soins de santé" (n° 2314)

08 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de ombudsfunctie in de gezondheidszorg" (nr. 2314)

08.01 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, le directeur de programme au sein de l'OMS, le professeur Yvo Nuyens, a récemment plaidé pour un système de traitement des plaintes dans le secteur des soins de santé "plus cohérent et transparent". La Fondation Roi Baudouin mène en ce domaine, depuis plusieurs années, d'importants travaux et a formulé, en avril 2010, diverses recommandations aboutissant à l'élaboration d'une nouvelle architecture du système de médiation.

Pour rappel, depuis 2002, notre législation s'est étayée de dispositions remarquables en termes de droits du patient. Les principes d'autonomie de celui-ci et de participation active à sa santé ont été affirmés. Pour les garantir, diverses mesures ont été prises, telles que la présence obligatoire d'un médiateur local au sein de chaque hôpital général, la mise en place du service de médiation fédérale Droits du patient et la création de la Commission fédérale Droits du patient.

Il est évident que les revendications et recommandations pour l'amélioration d'une législation aussi fondamentale que celle visée sont souhaitables. Vous meniez d'ailleurs, sous la précédente législature, avant la chute précipitée du gouvernement, diverses études en la matière.

Aussi, madame la ministre, mes questions sont les suivantes. Avez-vous pris connaissance dans le détail des remarques du professeur Nuyens? Si oui, pouvez-vous nous en livrer un bref aperçu? Vous semblent-elles pertinentes eu égard aux études déjà disponibles en la matière? Quelles suites pourraient-elles être données aux recommandations et à la suggestion de refonte du système actuel de médiation développées par la Fondation Roi Baudouin dans l'étude intitulée *Gestion des plaintes et médiation en soins de santé - Vers un nouveau système en Belgique*? Enfin, dans quelle mesure ces recommandations sont-elles évaluées et intégrées à la réflexion que mène la Commission fédérale Droits du patient, elle-même chargée d'élaborer des recommandations pour améliorer la législation en la matière? Je vous remercie de vos réponses.

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Évidemment, j'ai pris connaissance de l'article du Pr Nuyens, paru dans *De Huisarts*, le 13 janvier dernier. En effet, en deux pages, il dresse un tableau de l'état des services de médiation dans les soins de santé. L'article se base essentiellement sur les rapports annuels de la Commission fédérale Droits du patient, sur celui de la Fondation Roi Baudouin que vous avez mentionné et sur les recommandations du Vlaams Patiëntenplatform.

Tout en constatant une méconnaissance de la question de la médiation de la part du grand public et de médecins généralistes, M. Nuyens souligne une augmentation du nombre de plaintes qui leur sont adressées. Il présente également les difficultés rencontrées par la médiation en termes d'indépendance ou de champ d'action. Il conclut en résumant succinctement la proposition de la Fondation Roi Baudouin.

En fait, la Fondation propose une refonte complète de la fonction de médiation. Je suis bien obligée de vous dire qu'autant je suis favorable à un élargissement maximal de la notion d'affaires courantes, autant une réforme de ce type me semble impossible à intégrer aux tâches réalisables actuellement. Évidemment, si les affaires courantes se prolongeaient, nous ferions comme si nous agissions en gouvernement de plein exercice.

Cela dit, j'ai chargé la Commission fédérale Droits du patient de rendre un avis sur le rapport de la Fondation et d'en relever les propositions les plus pertinentes. Dès que je serai en possession de cet avis, j'étudierai la possibilité de poursuivre et je demanderai à mon administration de proposer une réforme. Nous verrons alors s'il est possible d'agir en affaires courantes ou s'il convient de passer le relais.

08.03 Colette Burgeon (PS): Merci beaucoup. Il faudra donc y revenir au moment opportun, s'il s'en présente un.

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

09 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 'bébés-médicaments'" (n° 2699)

09 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "saviour babies" (nr. 2699)

09.01 Colette Burgeon (PS): Madame la vice-première ministre, la France vient d'annoncer la naissance de son premier bébé-médicament. La loi française de bioéthique de 2004 et ses décrets d'application parus en décembre 2006 autorisent cette pratique après accord de l'Agence de la biomédecine. Ainsi, cet enfant est né après fécondation in vitro et après un double diagnostic génétique préimplantatoire permettant le choix des embryons. Cette procédure a permis de s'assurer que l'enfant était indemne de la maladie génétique grave dont souffrent les premiers enfants de la famille mais aussi qu'il pouvait être donneur compatible avec l'un de ses aînés malade. Cette compatibilité des tissus permet d'envisager ultérieurement une greffe de sang du cordon ombilical qui a été prélevé dès la naissance afin de soigner un de ses aînés.

Certes, l'obtention d'embryons compatibles est une prouesse technique qui demande la mobilisation de laboratoires sophistiqués et de personnel très expérimenté. Si on peut comprendre l'espoir des parents dans ce processus médical, il n'en demeure pas moins que de nombreuses questions se posent. Comment auraient réagi les parents si aucun des embryons sains n'avait été compatible avec l'aîné à sauver? Comment réagira ce bébé-médicament en apprenant l'histoire de sa conception? Ce processus médical ayant un coût exorbitant, la question se pose de l'accessibilité universelle de cette médication et celle de la limite acceptable pour éviter la dérive eugénique.

Aussi, madame la ministre, cette actualité française est l'occasion pour nous de faire le point sur la pratique en Belgique. Quels sont les contours de la loi en la matière? Combien de bébés-médicaments sont-ils nés dans notre pays? Est-il proposé aux parents mais aussi à ces enfants un suivi psychologique particulier?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: (hors micro)

Cela me fait frémir et je déteste ce nom de bébé-médicament.

Quelle est la situation en Belgique? La loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes autorise exceptionnellement le diagnostic génétique préimplantatoire dans l'intérêt thérapeutique d'un enfant déjà né ou des auteurs du projet parental.

Le centre de fécondation consulté dans cette perspective doit s'assurer que le projet parental n'a pas pour seul objectif la réalisation de cet intérêt thérapeutique. Cette estimation doit être confirmée par le centre de génétique humaine consulté, dont l'avis est joint au dossier. Des mesures de sauvegarde ont donc été prises.

En outre, pour toute procréation médicament assistée, la loi de 2007 précise que le centre de fécondation consulté est notamment tenu de fournir aux parties intéressées un accompagnement psychologique avant et au cours du processus de procréation médicament assistée.

Il revient aux différents centres de fertilité d'examiner chaque dossier et d'autoriser ou non ce type de fécondation et d'en assurer le suivi médical et psychologique.

Des contacts pris avec le centre de fertilité de l'UZ Bruxelles, qui est le seul centre à avoir développé ce type de pratique en Belgique, il apparaît que trente bébés seraient nés sur notre territoire dans ce cadre-là. Toutefois, nous ne connaissons pas quelle est la proportion de couples belges ou étrangers concernés.

09.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, à partir du moment où deux voire trois enfants sont malades, il est difficile de savoir si les parents souhaitent réellement avoir un nouvel enfant ou si c'est une tentative pour soigner les aînés. Même si les psychologues peuvent être très compétents, de nombreuses

questions se posent. Je pense cependant que nous ne pouvons rien faire de plus au niveau de la loi. Il nous faut rester attentifs à cette problématique.

La **présidente**: Il faut dès lors cesser d'utiliser ce terme!

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: On les appelle également les "bébés espoir". C'est bien plus beau!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "PSH-netwerken" (nr. 2700)

10 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 réseaux de soutien psychosocial" (n° 2700)

10.01 Manu Beuselinck (N-VA): Mevrouw de minister, ingevolge het koninklijk besluit uit 2006 betreffende de nood- en interventieplannen zijn gemeenten verplicht om in het kader van hun noodplannen een structuur te realiseren die kan instaan voor psychosociale hulp bij noodsituaties. Het is de burgemeester die verantwoordelijk is voor onder andere de psychosociale interventieplannen.

Zo'n PSH is dan een netwerkorganisatie van verschillende diensten, lokaal werkzaam, met als doelstelling tussenbeide te komen in situaties waarin de bestaande psychosociale diensten geen of onvoldoende hulp kunnen bieden vanwege het dringende, massale en/of onverwachte karakter van de situatie.

De mensen die in zo'n PSH werken, zijn bijna allemaal vrijwilligers. De wet op de vrijwilligers uit 2005 verplicht de steden en gemeenten te voorzien in een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid, maar een verzekering arbeidsongevallen is niet verplicht.

Op 22 april 2010 vond er een overleg plaats tussen Ethias en de FOD Volksgezondheid over de materie. Ethias heeft zich toen geëngageerd om een document op te stellen op basis waarvan een algemene regeling voor de problematiek kan worden gerealiseerd. Tot op heden werd het document, bij mijn weten, nog niet voltooid, waardoor vrijwilligers en lokale overheden in het ongewisse blijven over wie is verzekerd en waarvoor. U begrijpt dat die situatie de werking en verdere uitbouw van zulke PSH-netwerken belemmert.

Wat kunt of zult u ondernemen opdat Ethias de modeloplossing snel zou voorleggen aan de betrokkenen, zodat zij rechtszekerheid hebben betreffende hun risico als vrijwilliger op vlak van burgerlijke aansprakelijkheid en zeker ook op het vlak van arbeidsongevallen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx: De wet betreffende de vrijwilligers bepaalt inderdaad dat men een verzekering moet aangaan en dat geldt ook voor de vrijwilligers van een psychosociaal hulpverleningsnetwerk. In het verleden rezen in West-Vlaanderen vragen over de verzekeraar van hun vrijwilligers die tijdens een psychosociaal interventieplan in een andere dan hun eigen gemeente, die hen verzekert, kwamen helpen.

De dienst Crisisbeheer van mijn administratie contacteerde Ethias, de belangrijkste verzekeraar van de gemeenten, om de problematiek te onderzoeken. Hij besloot dat een toelichtingsnota voor alle netwerken nuttig kon zijn. Ethias bezorgde mijn administratie eind november een dergelijke nota. Mijn administratie moet mij de nota en de juridische analyse ervan nog bezorgen, vooraleer ik ze kan verspreiden. Dat zal op korte termijn gebeuren.

10.03 Manu Beuselinck (N-VA): Ik ben heel blij dat het probleem snel zal worden opgelost. Het is toch wel belangrijk dat vrijwilligers weten hoe en waarom zij verzekerd zijn. Ik zal het antwoord doorgeven aan de bezorgde West-Vlaamse burgemeesters.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les sapiteurs psychiatres de l'Office médico-légal" (n° 2739)

11 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de psychiaters-deskundigen van de Gerechtig-Geneeskundige Dienst" (nr. 2739)

11.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, l'Office médico-légal est chargé d'évaluer pour l'État l'invalidité des victimes de guerre. Dans ce cadre, le ministre désigne des médecins auprès de cet office à qui il appartient d'apprécier les arguments apportés à l'instruction du dossier.

Il semblerait que l'Office médico-légal a fait l'objet de restrictions budgétaires et que, ce faisant, les pratiques ont évolué.

Madame la ministre, de quel budget dispose l'Office médico-légal pour effectuer les expertises psychiatriques? Comment sont choisis les psychiatres sages de l'Office médico-légal? Quelles sont les missions qui leur sont confiées? De combien de temps disposent-ils pour leurs investigations? Quel est le montant de leurs honoraires prévu par l'État? Pourquoi un rescapé, victime civile de la guerre, habitant Bruxelles doit-il se rendre à Montignies-sur-Sambre pour un examen de son invalidité alors que 306 psychiatres exerçant à Bruxelles sont inscrits à l'Ordre francophone des médecins du Brabant?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Genot, le budget 2011 prévu pour l'Office médico-légal est de 598 000 euros. C'est un budget global pour lequel il n'y a pas de subdivisions liées aux examens psychiatriques ou autres en particulier.

1. Ce budget global sert à payer les honoraires de tous les médecins qui prêtent leur concours à l'OML et les frais payés pour les requérants auprès de la SNCB.
2. Les sages psychiatres de l'OML sont choisis en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 11 avril 1975, article 15, qui stipule que "les médecins experts peuvent, sur des points particuliers, prendre l'avis de médecins spécialistes agréés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions pour un terme renouvelable de cinq ans en vue de l'agrément des médecins spécialistes. Le président de l'Office médico-légal présente au ministre la liste des candidats après avis du collège de jurisprudence médico-légale".
3. L'OML demande aux sages psychiatres d'émettre en toute indépendance un avis médical circonstancié en relation avec les missions confiées par les administrations demandereses.
4. Toujours en vertu de l'article 15 de l'arrêté royal, ils disposent en tant que spécialistes d'un délai de deux mois pour rentrer leur protocole d'expertise médicale.
5. En ce qui concerne le montant des honoraires alloués aux médecins spécialistes, l'OML applique rigoureusement les dispositions de l'arrêté royal du 23 décembre 1975, à savoir: "Les prestations médicales accomplies par les médecins non fonctionnaires, à la demande du service de santé administratif ou de l'Office médico-légal, sont honorées suivant le tarif des prix applicables en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, soit 61,32 euros, qui est la valeur au 1^{er} janvier 2011".

Je ne citerai pas leur nom, mais trois médecins spécialistes en psychiatrie sont actuellement agréés. Néanmoins, ils refusent aujourd'hui de travailler au tarif légalement prescrit. Un seul autre médecin, psychiatre francophone trouvé par l'administration, est disposé à travailler à ce tarif. Il s'agit d'un médecin qui pratique à Montignies-sur-Sambre. C'est évidemment problématique. Il conviendra d'examiner ce qui peut être fait en tenant compte évidemment du contexte budgétaire.

11.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, si j'ai bien compris, la seule personne qui travaille encore n'est pas agréée comme elle devrait l'être. Cela pose un problème légal. Ne conviendrait-il pas, dès lors, de relancer un vaste appel à candidats, que j'espère nombreux à ce tarif-là? Si ce n'est pas le cas, cela ne signifie-t-il pas qu'il est impossible d'accomplir ce travail pour cette somme-là? Une expertise pour 61 euros me semble en effet une somme modique, quand on sait que le médecin entendra l'intéressé, rédigera une expertise, etc. Et pourtant, c'est à partir de cette tâche que des dossiers importants vont se jouer.

De plus, bien évidemment, les victimes de guerre sont maintenant des personnes très âgées. Donc, se rendre à Montignies-sur-Sambre n'est pas très facile pour elles, d'autant que les transports en commun ne sont pas toujours idéaux. Il faut rapidement essayer de trouver une solution plus pratique et plus viable, susceptible d'offrir des expertises de qualité.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: En tout cas, pour l'appel d'offres, mon administration est allée voir un

maximum de psychiatres. Or, ceux-ci ne veulent pas travailler à ce tarif-là.

11.05 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): 61 euros pour la visite et l'expertise, c'est quand même très peu.

11.06 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, mais c'est comme ça. Les tarifs dans la fonction publique, et notamment en matière de justice, ont toujours posé un problème quand il s'agit de trouver des candidats qui gagnent beaucoup plus dans le privé. Je le sais bien. Il faut trouver des moyens budgétaires.

11.07 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Les psychiatres conventionnés gagnent un peu plus pour des consultations de trois quarts d'heure. Ici, ils doivent assurer la consultation, plus l'expertise.

11.08 Laurette Onkelinx, ministre: Mais cela n'a rien à voir. Vous parlez de psychiatres conventionnés qui assurent des consultations, qui sont remboursées, comme les médecins généralistes par exemple. Ici, il s'agit d'un travail d'expertise. C'est la manière dont les sappeurs sont rémunérés.

Ils considèrent que c'est insuffisant, mais je ne dis pas que je le pense. Il faut voir jusqu'où ils veulent aller. On ne peut pas demander de faire des économies partout et puis augmenter chaque fois les dépenses. Il faut faire des choix.

11.09 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Il ne leur est pas demandé non plus de mal faire leur travail. À ce tarif-là, il me paraît difficile d'examiner la personne, d'avoir un entretien approfondi avec elle et de rédiger un rapport d'expertise.

11.10 Laurette Onkelinx, ministre: C'est votre avis.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mise en oeuvre d'une enquête épidémiologique autour des sites nucléaires belges" (n° 2746)

12 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het uitvoeren van een epidemiologisch onderzoek in de buurt van de Belgische nucleaire sites" (nr. 2746)

12.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, si je ne m'abuse, c'est durant l'été 2008, après un incident à l'Institut des radio-éléments (IRE) que l'on a parlé, pour la première fois, de cette étude épidémiologique. C'est votre collègue, M. Magnette, qui nous informait qu'elle serait entreprise en vue de répondre à l'incident précité.

En réponse à une question écrite que je vous ai posée sur le même sujet, vous m'avez répondu en date du 26 janvier 2010, que l'ISP (Institut scientifique de Santé publique) a été chargé de réaliser une étude épidémiologique à l'échelle nationale sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire.

Il s'agit d'une étude écologique afin de savoir si certains types de cancer, tels que la leucémie et le cancer de la thyroïde, augmentent autour des sites nucléaires de Tihange, Fleurus, Mol et Doel. Le territoire belge près des sites nucléaires de Chooz (France) et de Borssele (Pays-Bas) fait également partie de l'étude. Celle-ci est réalisée avec les données du Registre national du cancer.

Vous avez éveillé ma curiosité, madame la ministre, raison pour laquelle je souhaiterais obtenir quelques informations complémentaires relatives à l'organisation de cette étude.

Ainsi, madame la ministre, pouvez-vous m'indiquer le calendrier de travail de l'ISP par rapport à cette enquête?

A-t-elle déjà débuté? Quand doit-elle se terminer? Si elle est déjà en cours, depuis quand est-ce le cas?

Dispose-t-on des premiers résultats intermédiaires par rapport à cette enquête?

Pouvez-vous m'indiquer les moyens financiers et humains mis à disposition de l'ISP pour réaliser cette

enquête?

Un comité d'accompagnement a-t-il été mis en place pour assurer le suivi de cette enquête? De qui est-il composé? Des scientifiques indépendants y sont-ils associés? Des représentants des communautés locales concernées y sont-ils associés? Dans quelle mesure?

Quelle publicité l'ISP compte-t-il donner aux résultats de cette enquête? Seront-ils rendus publics?

Pour ce qui concerne plus précisément la centrale de Chooz – mais j'aurais pu également élargir ma question à la centrale de Borssele – une collaboration est-elle envisagée ou en cours avec les autorités françaises ou néerlandaises de santé publique qui sont concernées par ces centrales situées à nos frontières?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, comme vous l'avez dit, à l'automne 2008, j'ai chargé l'Institut scientifique de Santé publique de réaliser une étude épidémiologique à l'échelle nationale sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire. Le cadre de cette étude a été défini en concertation avec différents partenaires tels que l'Agence fédérale de contrôle nucléaire, le Registre national du cancer et le SPF Santé publique. La Fondation Registre du cancer a réalisé un premier recensement statistique de cas de cancer de la thyroïde et de leucémie, basé sur les données nationales disponibles, à savoir celles des années 2004 à 2006.

Sur la base de ces premières données, l'ISP a démarré son étude début 2010. À la demande de nombreux médias, j'ai communiqué le 25 mars 2010 les premiers chiffres d'incidence dont disposait l'ISP. Comme indiqué dans mon communiqué de l'époque, les premières données brutes montraient une importante disparité Nord-Sud ainsi que d'énormes disparités au sein d'une même zone en ce qui concerne le nombre de cas recensés. J'ai alors chargé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé d'examiner le processus de diagnostic de ces maladies pour mieux comprendre ces disparités.

Une nouvelle mise à jour des données du Registre national du cancer est disponible depuis le 10 février dernier. Elle comprend des données relatives à l'incidence des cancers de la thyroïde et des leucémies au niveau national pour la période 2007-2008. L'Institut de santé publique analyse pour l'instant ces nouvelles données. Vu la rareté des maladies concernées, il est important d'effectuer des analyses sur une base de données la plus complète possible afin de tendre vers des conclusions statistiquement valables.

L'analyse des données sera achevée en mai 2011 et un premier rapport, encore partiel, est attendu pour fin juin 2011. Le rapport final de l'ISP intégrera les résultats de l'étude réalisée par le KCE concernant les pratiques pour le diagnostic et la thérapeutique liés aux troubles thyroïdiens en Belgique dont les résultats sont attendus en septembre 2011. Le résultat final de ces travaux menés par l'ISP, la Fondation Registre du cancer et le KCE seront validés par un comité d'accompagnement composé d'experts nationaux et internationaux. Le rapport définitif de l'étude épidémiologique sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire est donc attendu pour la fin de cette année ou le début 2012.

Quant aux sujets financiers et humains mis à la disposition de l'ISP pour réaliser cette enquête, il s'agit d'un médecin (un mois équivalent temps plein), en 2006, un médecin (deux mois) et un statisticien (un mois équivalent temps plein).

En 2011, un médecin et un biologiste vont prêter ensemble six mois d'équivalent temps plein, et un statisticien trois mois. Aucun moyen financier n'a été spécifiquement mis en œuvre pour la réalisation de cette étude.

Par ailleurs, les données du Registre du cancer ont été fournies sans frais à l'ISP dans le cadre d'une collaboration. Je trouve que cela fait partie du travail de ces instances.

Pour le comité d'accompagnement, je vous ai répondu. Les résultats seront rendus publics, et ceux de l'étude KCE y seront intégrés.

S'agissant de la centrale de Chooz, le besoin d'une collaboration ne s'est pas fait sentir, l'ISP détenant toutes les données nécessaires au bon déroulement de son étude. S'il se trouvait qu'une coopération à la mise à disposition de données particulières était nécessaire, l'ISP pourrait entreprendre une démarche utile auprès de ses homologues français, puisqu'il dispose de tous les contacts utiles à cette fin.

12.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie de cette réponse exhaustive, qui rappelle aussi des éléments connus. J'étais curieux de vous entendre et je le suis plus encore de connaître les résultats de cette étude. Je pense que nous aurons encore l'occasion d'en débattre.

Pour la collaboration avec les autorités françaises ou néerlandaises, au-delà des informations qu'elles pourraient nous fournir, c'est peut-être la Belgique qui pourrait les renseigner utilement afin qu'elles revoient, le cas échéant, leur politique nucléaire.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een informaticapremie voor verpleegkundigen" (nr. 2758)

13 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 "une prime informatique pour le personnel infirmier" (n° 2758)

13.01 Manu Beuselinck (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de informaticapremie voor verpleegkundigen. Op basis van het KB van 21 april 2007 wordt aan verpleegkundigen een financiële tegemoetkoming van ongeveer 800 euro per jaar uitbetaald voor het gebruik van gehomologeerde software waarmee zij onder andere hun patiëntendossiers kunnen beheren. Hieraan zijn enkele voorwaarden verbonden. De verpleegkundige moet zijn toetreden tot een nationale overeenkomst. Zij moeten ook verpleegkundige in hoofdberoep zijn. Daarnaast moeten zij een minimumactiviteit hebben die overeenstemt met een bedrag van 33 000 euro aan tegemoetkomingen.

Deze tegemoetkoming moet jaarlijks opnieuw worden aangevraagd. Daarenboven moet de softwareleverancier bevestigen dat de verpleegkundige effectief in het bezit is van het softwarepakket. Het lijkt logisch dat een externe softwareleverancier er geen baat bij heeft om hierover een valse verklaring af te leggen. Dit lijkt in de meeste gevallen dan ook een voldoende garantie voor de betrouwbaarheid van de verklaring op eer. Er zijn echter diensten die voorzien in thuisverpleging. In de praktijk zijn dit de grotere vzw's die hun eigen softwarepakket hebben ontwikkeld. De diensten verklaren bijgevolg op hun eigen aanvraagformulier dat hun eigen werknemers in het bezit zijn van deze software. In deze gevallen is de softwareleverancier de dienst zelf, en is niet de verpleegkundige de begunstigde van de tegemoetkoming.

Hierover heb ik enkele vragen. Er zijn ook een aantal vragen om cijfermateriaal die ik graag schriftelijk ontvang. Wordt er systematisch of door middel van steekproeven gecontroleerd of de aanvragen tot tegemoetkoming stroken met de realiteit? Verpleegkundigen moeten in het bezit zijn van software. Kan het bezit van software hier worden geduid als in het bezit zijn van een licentie om de software te gebruiken en de software enkel te gebruiken zoals bepaald in de licentie? Zo niet, op welke manier moeten wij dit opvatten? Hoeveel van dergelijke tegemoetkomingen werden er toegekend in 2006 en de daaropvolgende jaren in de drie gewesten? Hoeveel van dergelijke tegemoetkomingen werden er toegekend vanaf 2006 aan vzw's? Ook hier had ik graag de cijfers gekregen voor de drie gewesten.

13.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, er wordt systematisch nagegaan of de aanvragen volledig zijn ingevuld en ondertekend door zowel de verpleegkundige als de softwareleverancier. Gerichte controles door de controlediensten van het RIZIV over het daadwerkelijke gebruik zijn ook mogelijk, maar werden tot op heden nog niet systematisch uitgevoerd.

Verpleegkundigen moeten inderdaad een gehomologeerd softwarepakket bezitten en gebruiken. Dit kan volledig door hen zelf worden beheerd, maar het kan ook onrechtstreeks, bijvoorbeeld indien zij een derde partij de nodige gegevens bezorgen om die te verwerken met het betrokken softwarepakket.

De softwareleverancier bevestigt ook op het aanvraagformulier dat de verpleegkundige het pakket in zijn bezit had. Vaak zal dit gekoppeld zijn aan een licentie om de software te gebruiken, maar dit hoeft niet per se.

Ik zal u de gegevens van het aantal terugbetalingen voor de jaren 2006-2009 op papier bezorgen.

Aangezien de procedure voor het dienstjaar 2010 nog niet afgerond is, zijn die gegevens nog steeds niet beschikbaar.

Omwille van technische redenen in verband met de specifieke betalingsprocedure kan een opsplitsing per gewest niet binnen de toegestane termijn worden gegeven. U krijgt die zo snel mogelijk.

Het statuut van de titularis van de rekening waarop de tegemoetkoming wordt gestort, is geen verplichte vermelding op het aanvraagformulier. Hierdoor zijn er geen valide gegevens beschikbaar over het aantal tegemoetkomingen die aan vzw's zijn uitbetaald.

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

14 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de registratie van zorgkundige" (nr. 2760)

- de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verwarring met betrekking tot de registratie van zorgkundigen" (nr. 2776)

14 **Questions jointes 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 "l'enregistrement en tant qu'aide-soignant(e)" (n° 2760)

- M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la confusion régnant à propos de l'enregistrement des aides-soignant(e)s" (n° 2776)

14.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u weet dat er een ministeriële omzendbrief is die, in uitvoering van verschillende KB's van 2006, twee zaken regelt. Enerzijds regelt de omzendbrief de handelingen die verpleegkundigen kunnen delegeren aan zorgkundigen en, anderzijds, de voorwaarden om zorgkundige te worden. Dit heeft te maken met bepaalde kwalificaties, vooropleidingen en het aantal jaren dat men in een instelling gewerkt heeft. Zo kan men als zorgkundige geregistreerd worden.

De regelgeving van 2006 is immens complex. Ik heb die er vorige week nog eens op na gelezen en alle categorieën, uitzonderingen en speciale gevallen bekeken. Eigenlijk kunnen ze in twee grote blokken ingedeeld worden. Er is een heel deel dat vandaag al op het terrein actief is als zorgkundige, vooral op basis van kwalificaties die men gehaald heeft omdat men als bachelor iets gevolgd heeft of omdat men binnen het technisch of beroepsonderwijs bepaalde opleidingen heeft gevolgd. Die mensen zijn actief op het terrein en hebben ook hun registratie al gehad. Er zijn evenwel ook heel wat mensen die met een voorlopige registratie werken. Dat heeft te maken met het feit dat die mensen op een bepaald ogenblik, in 2006, onvoldoende kwalificaties hadden en niet voldoende jaren in een verzorgingsinstelling hadden gewerkt, waardoor zij een voorlopige registratie hadden aangevraagd. Dan moesten zij – dat was het onderwerp van de vraag voor de plenaire vergadering – tegen 13 februari 2011 het bewijs kunnen leveren 120 uur opleiding gevolgd te hebben, om zo volwaardig als zorgkundige aan de slag te kunnen.

Mevrouw de minister, verschillende mensen durven spreken – wij hebben daarjuist de problematiek van de erkenningscommissie reeds besproken en de informatie komt van mensen die binnen de erkenningscommissie actief zijn – over honderden, sommigen zeggen enkele duizenden, dossiers die liggen te wachten. Het heeft vooral te maken met de problematiek van de voorlopige registratie en het wachten op de definitieve registratie.

Deze week waren er langs Nederlandstalige kant in de pers ook hulpkreten van op het terrein te horen. Directeurs van ziekenhuizen, maar vooral ook van thuisverpleging, rusthuizen, RVT's en PVT's, schreeuwen om handen. Zij vragen duidelijkheid. Het heeft hoofdzakelijk te maken met de regelgeving die veel te ingewikkeld is. Dit is de tweede kant: heel wat onzekerheid van mensen op het terrein. Zij wachten op de definitieve registratie.

Ik heb de volgende vragen

Bent u daarvan op de hoogte? Jazeker, want u hebt er daarjuist naar verwezen, in het raam van de geriatrie en de titels en bekwaamheden. Wat is de aanpak? U hebt in de vorige vraag ook al gewezen op de problematiek dat het vaak niet gemakkelijk is – ik heb daarvoor alle begrip – om te zien welke kwalificaties mensen hebben en welke trajecten zij afgelegd hebben. Het is zeer moeilijk. Het heeft te maken met beroepsopleidingen en jaren ervaring in bepaalde instellingen. Een onderzoek door uw administratie is zeker niet makkelijk te voeren. Het is heel moeilijk om dat te doen. In die zin heb ik er alle begrip voor.

U hebt er ook naar verwezen dat u die diensten versterkt hebt, maar dat u dat voor een tijdelijke periode hebt gedaan. Ik hoor ook dat er minder mensen actief zijn. Het zou zelfs zo zijn dat er de laatste maanden – ik spreek niet van titels en bekwaamheden, maar vooral van de zorgkundigen – vanuit de administratie bijna geen aanvragen naar de erkenningscommissie komen, omdat daar blijkbaar personeelsproblemen zijn. Hoe zult u dat aanpakken?

U weet hoe noodzakelijk die handen op het terrein zijn. Hoe zult u op korte termijn verandering brengen, zodat de registratie van de erkenningen vlotter kan verlopen?

Ik kom tot mijn tweede vraag. Dat is de specifieke vraag die ik morgen in de plenaire vergadering zou hebben gesteld. Voor personen met een voorlopige registratie was de deadline 13 februari 2011. Tegen die datum moesten ze die 120 uur attesten kunnen voorleggen en zouden ze de definitieve registratie krijgen.

Heel wat onder hen hebben die registratie vandaag nog niet ontvangen. In de wandelgangen zegt men dat er een verlenging zou komen van die periode. Tot afgelopen weekend stond in alle informatie van de FOD dat die deadline 13 februari bleef.

Blijft dat effectief 13 februari? Heel wat mensen hebben vandaag geen definitieve registratie. Ik vermoed dat er een overgangsperiode komt. Wanneer komt die er? Ik denk dat er een koninklijk besluit zal komen. Op het terrein zijn er heel wat vragen.

Mevrouw de voorzitter, de minister heeft mij beloofd dat ik mijn vraag mocht stellen omdat ik ze anders morgen in de plenaire vergadering zou stellen. Ik mag vandaag de twee vragen koppelen. Het is een uitzonderlijke situatie, maar het dossier is dermate belangrijk.

Mevrouw de minister, ik heb uw collega Vandeuren, Vlaams minister van Volksgezondheid, horen zeggen dat er over enkele jaren 58 % meer zorgkundigen nodig zullen zijn op het terrein. Dat heeft vooral te maken met de vergrijzing.

Het zou ook voor ons interessant zijn om te weten hoeveel van die mensen effectief op het terrein aanwezig zijn, definitief of voorlopig geregistreerd. Hoeveel personen die automatisch de registratie hebben verkregen na een jaar bacheloropleiding, zijn actief op het terrein?

Wordt daarvan een kadaster bijgehouden? Dat is heel interessant om weten. Mensen hebben bepaalde kwalificaties en werken in bepaalde instellingen. Werken zij er vandaag nog? Wat is hun loopbaan?

Een volgende vraag heeft vooral te maken met het feit dat men vandaag, wanneer men zijn eerste jaar als bachelor in de verpleegkunde of gebrevetteerde heeft voltooid, automatisch zorgkundige is. Heel wat bachelorstudenten vragen om tijdens hun studies automatisch die registratie te krijgen, omdat zij als vakantiejob in rusthuizen werken.

De **voorzitter**: Het betreft hier slechts een vraag. Onze tijd is beperkt.

14.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, in dat geval herhaal ik alle vragen morgen tijdens de plenaire vergadering. Ik heb nog twee vragen. Laat ze mij stellen. Ik zal ze gewoon voorlezen. Dan gaat het sneller.

Aan de Nationale Raad voor Verpleegkunde is een advies over de automatische registratie gevraagd. Wat is ter zake de stand van zaken?

Mevrouw de minister, u hebt ook naar de Erkeningscommissie verwezen. U hebt verklaard dat er een koninklijk besluit op komst is om voornoemde commissie te wijzigen, los van de Nationale Raad voor Verpleegkunde. Wat is ter zake de stand van zaken?

U hebt verklaard dat er ter zake stappen vooruit konden worden gezet.

Mevrouw de voorzitter, mijn allerlaatste vraag heeft te maken met het feit dat in geval van een definitieve registratie het koninklijk besluit van 2006 bepaalt dat naar de Provinciale Geneeskundige Commissies moet worden gestapt om een visum te krijgen. De Provinciale Geneeskundige Commissies hebben echter geen weet van voormelde bepaling. Vandaag wordt het visum door de FOD Volksgezondheid verstrekt.

Het voorgaande is dus helemaal niet conform de wetgeving van 2006, waardoor enkele maanden verloren gaan. Vijf tot zes maanden gaan verloren, waardoor nog langer op de registratie moet worden gewacht.

Mevrouw de voorzitter, daarmee beëindig ik mijn acht vragen.

De **voorzitter**: Het is een heel debat. Je suis d'accord qu'on aborde des choses comme cela mais il faut prévenir. Ce n'est pas l'objet d'une question de cinq minutes.

14.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, wij hebben daarstraks met de vorige voorzitter, de heer Bonte, de afspraak gemaakt om een deel van de vragen morgen in plenaire vergadering te stellen. Mevrouw de minister heeft gevraagd om die vragen vandaag in de commissie samen te voegen. Dat was in overleg met de heren Beuselinck en Bonte.

14.04 Manu Beuselinck (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik zal compenseren door het zeer kort te houden. Ik sluit mij aan bij collega Muylle die het heel goed heeft verwoord. Er is inderdaad grote onduidelijkheid bij alle betrokkenen betreffende de registratievoorwaarden. Ik voeg daar niets meer aan toe.

Kan de minister een idee geven over de toekomstige nood? Hoeveel zorgkundigen/verpleegkundigen hebben wij nodig? Moeten wij niet dringend werk maken van een kadaster?

14.05 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, ik ben uiteraard op de hoogte van de toestand met betrekking tot de bekwaamheid van de zorgkundigen en de onrust die de wetgeving daarover veroorzaakt. Ik moet in de eerste plaats eraan herinneren dat deze nieuwe bekwaamheid een gezondheidsberoep is dat onder het KB nr. 78 valt. Het KB van 12 januari 2006 preciseert de criteria om het te krijgen en uit te oefenen. Mijn voorganger heeft destijds heel veel gecommuniceerd over die veranderingen en hun gevolgen, maar men moet vaststellen dat alle partijen niet alle facetten van die nieuwe voorwaarden hebben ingeschat. U zult het met mij eens zijn dat wij onmogelijk elk potentieel betrokken individu kunnen contacteren en informeren. Dat gebeurt voor geen enkel beroep.

Ik kom tot uw twee precieze vragen. Ten eerste, sinds ik minister van Volksgezondheid ben, heb ik opeenvolgende vragen over deze nieuwe regelgeving gekregen. Ik heb onophoudelijk met de verschillende partijen overlegd om de meest geschikte oplossingen aan te reiken. Ik heb op alle vragen een persoonlijk antwoord gegeven. De gegevens staan op de site van de FOD Volksgezondheid en zijn ook via het callcenter beschikbaar. Elke persoon of instelling die inlichtingen vraagt, ontvangt die ook. Door de voortdurende samenwerking met de Gemeenschappen, kunnen zij die inlichtingen ook geven. Ik weet dat zij dat ook doen. De vakbonden en werkgeversorganisaties werden regelmatig op de hoogte gebracht van de evolutie van de KB's in voorbereiding.

Ten tweede, ik heb de overgangsmaatregelen een eerste keer met één jaar verlengd, tot 31 december 2009. Begin 2010 stelden wij vast dat dat onvoldoende was en dat er zoveel personen met een tijdelijke inschrijving waren, dat wij hen onmogelijk de bijkomende opleiding van 120 uur binnen de voorziene termijn zouden kunnen laten volgen. Ik heb een nieuw KB voorbereid en dat was klaar in april 2010.

Het beheer van lopende zaken heeft het normale verloop van de publicatie danig vertraagd. Op 11 februari kreeg ik per fax het advies van de Raad van State. Ik zorg ervoor dat het KB in de loop van de volgende dagen verschijnt. Dit KB verlengt de termijn om de dossiers, in overeenstemming met de criteria voor de voorlopige inschrijving, in te dienen tot 30 juni 2012 en maakt deze voorlopige inschrijving geldig tot 30 juni 2016.

Een samenwerking van mijn administratie en die van de drie Gemeenschappen met de erkenningscommissie van de NRV zal mensen die een negatief bericht zouden hebben ontvangen, perspectieven kunnen bieden. Men zal hen meedelen, rekening houdend met hun individuele loopbaan,

welke bijkomende opleiding zij moeten volgen. Voor de Vlaamse Gemeenschap is het werk nu afgerond en zullen de dossiers zonder oponthoud worden behandeld. In de andere Gemeenschappen is dat werk nog aan de gang.

De situatie die wij sinds 2008 kennen, is bijzonder omdat nieuwe maatregelen, overgangsmaatregelen en definitieve maatregelen zich opstapelden. Deze uitzonderingstoestand loopt op zijn einde. De NRV heeft voorstellen gedaan met betrekking tot de inschrijving van studenten verpleegkunde op het einde van het eerste jaar.

Met mijn administratie onderzoek ik hoe wij de procedure kunnen verlichten en versnellen, met behoud van hun juridische zekerheid. Die procedures vereisen dat de voorziene controles worden uitgevoerd, waarbij wij wel moeten vermijden dat versnelde, bijzondere maatregelen ongewenste gevolgen hebben. Er wordt aan een elektronische oplossing gedacht, maar dat vereist gepaste middelen die vandaag ontbreken.

Op 1 februari 2011 waren er 69 389 zorgkundigen ingeschreven, van wie 8 265 voorlopig en 61 124 definitief. Onder hen waren er 3 038 met de bacheloropleiding begonnen, 379 met de opleiding van gegraduateerde en 4 352 voor de brevetten.

Ten vijfde, we kunnen onmogelijk weten hoeveel zorgkundigen we vandaag nodig hebben. De FOD Volksgezondheid telt hoeveel zorgkundigen ingeschreven zijn en in de federale gegevensbank van de gezondheidsberoepen staan. De gegevens tot 2009 vindt u op de website. Er bestaat echter geen kadaster betreffende hun activiteiten.

In 2010 voerde mijn administratie een project uit om alle andere gegevens die artikel 35quaterdecies van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen bepaalt, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid te verkrijgen. De jaarlijkse gegevenskoppeling zal men in de toekomst regelmatig kunnen herhalen. We staan in de Planningscommissie artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en tandartsen nog maar aan het begin van het gebruik van de koppeling. We moeten wel opmerken dat de gegevensbank ook gegevens bevat van geregistreerde zorgkundigen die de job niet zullen uitoefenen. Wanneer zorgkundigen verpleegkundigen worden, moet hun inschrijving als zorgkundige worden geschrapt. De statistieken van de ziekenhuizen en van het RIZIV tonen ons hoeveel fulltime equivalenten er in het betrokken jaar actief waren. We zijn van plan om de gegevensbanken voor alle gezondheidsberoepen in de toekomst aan elkaar te koppelen. Rekening houdend met de vastgestelde evolutie en de bevolkingsevolutie kan men een toename van de behoeften voorzien, maar er bestaan geen criteria om die behoeften nauwkeurig te bepalen.

Ten zesde, de nieuwe erkenningscommissie zal de wettelijke voorschriften uiteraard naleven. De wet van 19 december 2008, het koninklijk besluit van december 2008 en artikel 76, § d van de vernoemde wet, definieert haar bevoegdheden. Het koninklijk besluit betreffende de samenstelling en de organisatie van de commissie wordt voorbereid. Het bepaalt de erkenningsprocedure van de gespecialiseerde verpleegkundigen, titels en bekwaamheden, en de inschrijvingsprocedure van de zorgkundigen.

Tot slot, de ministeriële omzendbrief van 8 november 2006 bepaalt inderdaad dat de zorgkundigen een visum moeten vragen bij de geneeskundige commissie van de provincie waar zij zullen werken. Maar het koninklijk besluit van 8 februari 2007 tot vaststelling van de toepassing van artikel 3 van de wet van 24 november 2004, heeft tot gevolg dat het Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer de diploma's van een visum voorziet. Dat betekent dat de omzendbrief op dat punt niet meer geldt en dat de zorgkundigen hun inschrijvingsattest en visum gelijktijdig krijgen. Dat staat duidelijk in de brief die zij allen ontvangen.

14.06 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, het loonde de moeite om de vraag vandaag te stellen en ik dank u voor de vele positieve antwoorden.

Ik weet wel dat u werkt aan de wijziging van de hele structuur. De Nationale Raad voor Verpleegkunde wordt de Federale Raad voor Verpleegkunde, de technische commissie blijft en er komen erkenningscommissies. Ik denk dat de opdracht erin bestaat de volledige wetgeving ter zake te bekijken.

In uw antwoord is het duidelijk dat de materie tegenwoordig heel complex is en dan heb ik nog niet gesproken over de 120, 700 en 600 uur. Heel wat mensen moeten namelijk zoveel uren volgen, vaak tegen een kostprijs van 10 000 euro en meer. Werkgevers gaan op deze manier niet gemakkelijk investeren in die

opleidingen. Er bestaat daaromtrent een hele problematiek.

Als ik toch een voorstel mag doen, mevrouw de minister, dan zou het zijn om in de nieuwe taakverdeling van de Federale Raad voor Verpleegkunde de hele wetgeving opnieuw te bekijken.

Ik zou nog een concrete vraag willen stellen. Ik ben zeer blij met de overgangsmaatregelen, de duidelijkheid omtrent het visum en de Provinciale Geneeskundige Commissies. Voorts ben ik ook blij met de cijfers, want die liggen hoger dan verwacht. Ik denk dat dit vandaag reeds toont hoe effectief men reeds is op het terrein.

U hebt daarnet, toen u het had over de geriatrie, verwezen naar het tekort aan handen. Ook in lopende zaken slaagt men er niet in een aantal dossiers af te werken. De wachttijden blijven dus een pijnpunt. U hebt echter gezegd dat u daar volop mee bezig bent.

Ik heb nog een laatste vraag betreffende de samenstelling van de nieuwe erkenningscommissies. Wanneer kunnen wij die nieuwe structuur verwachten? Kan dit worden gerealiseerd in een situatie van lopende zaken of is daarvoor een volwaardige regering nodig?

14.07 Laurette Onkelinx, ministre: Madame, j'examine évidemment la question pour le moment. Chaque fois qu'il s'agit de nomination, nous sommes bloqués! Nous allons quand même essayer!

14.08 Manu Beuselinck (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw heel uitgebreid antwoord.

Ik hoor heel graag dat zij werk zal maken van de vele informatie die er is en dat zij bedoelde informatie wil koppelen. Voor een goed beleid is dit absoluut noodzakelijk.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 2771 de Mme Becq est reportée.

15 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het hoge aantal Roemeense artsen dat in België werkzaam is" (nr. 2805)

15 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nombre élevé de médecins roumains exerçant leur profession en Belgique" (n° 2805)

15.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, in 2009 zouden er 184 Roemeense artsen in België aan de slag zijn gegaan, terwijl er als gevolg van de contingentering maar ongeveer 1 000 Belgische artsen konden beginnen. Men kan de Roemeense artsen, net zoals artsen uit andere Europese lidstaten, niet weigeren in het kader van het vrije verkeer van personen, goederen en diensten in Europa. Men is er wellicht ook gelukkig mee, aangezien spoedarts een knelpuntberoep is. Deze Roemeense artsen, waarvan de meeste niet over een RIZIV-nummer beschikken, worden vaak als spoedartsen in ziekenhuizen ingezet. Door de ontbering van een RIZIV-nummer werken de niet-Belgische artsen wel vaak onder de paraplu van een Belgische arts waardoor zij niet duidelijk kunnen worden gelokaliseerd en men ook niet weet welke en hoeveel prestaties zij verrichten.

Hoe en in welke mate houdt men rekening met deze buitenlandse artsen in het kadaster voor geneesheren en specialisten?

Is het nog te verantwoorden dat men limieten plaatst op het aantal Belgische artsen die jaarlijks mogen beginnen, terwijl artsen uit de EU vrij in ons land mogen komen werken?

Hoe kan men controle uitoefenen op de per dag, per week of per maand gepresteerde werkuren, op de bekwaamheid en de talenkennis, wat allemaal met de kwaliteit te maken heeft, en anderzijds op de vergoeding van deze EU-artsen die eigenlijk in een grijze zone opereren?

Heeft men een idee hoeveel EU-artsen er van 2006 tot 2010 in Vlaanderen, Brussel en Wallonië tewerkgesteld waren? Hoeveel van deze artsen zijn eventueel na specialisatie in een van de hospitalen in

ons land naar hun land van herkomst teruggekeerd?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx**: In overeenstemming met de Europese richtlijn betreffende de erkenning van de beroepskwalificatie kan elke arts uit de Europese Unie met een basisopleiding van arts in België komen werken, aangezien de diploma's gelijkwaardig zijn en artsen vrij kunnen rondtrekken.

De arts kan dan vragen om zijn specialisatie in België te doen door een stageplan bij een erkenningscommissie in te dienen. Hij zal dezelfde rechten genieten als elke andere arts in opleiding uit een van onze universiteiten. Hij zal echter inderdaad niet in de quota van de numerus clausus worden opgenomen, omdat dat alleen de artsen betreft die hun diploma aan een Belgische universiteit behaalden. Die regeling heeft als voordeel dat het de Belgische artsen beschermt. Indien de buitenlandse artsen in de quota opgenomen werden, zouden ze sommige plaatsen van Belgische kandidaten kunnen innemen.

Zoals u vermeld hebt, is het trouwens belangrijk om te verduidelijken dat de Europese regelgeving ons niet toestaat om kandidaten te weigeren, voor zover er natuurlijk voldoende stageplaatsen zijn en hun stageplannen aanvaard worden. Voorgaande toont de noodzaak aan om heel de kwestie omtrent de planning van het medische aanbod grondig en zoveel mogelijk in een Europese context te herbekijken.

De basisartsen kunnen trouwens beslissen om hun specialisatie niet in België te beginnen en het RIZIV om een nummer vragen dat op 000 eindigt. Dat is de code die hun een beperkte toegang tot de RIZIV-nomenclatuur geeft.

De redenen die de grote aanwezigheid in België van artsen van Roemeense afkomst kunnen verklaren, zijn de betere loonvoorwaarden in België, het feit dat Roemenië elk jaar bijna 4 000 nieuwe artsen opleidt en het feit dat Roemenen over het algemeen tamelijk goed Frans spreken.

Ik vermeld in dat verband dat Frankrijk met een identiek fenomeen kampt. Het is drie jaar geleden begonnen, toen de Roemeense artsen van de toepassing van de Europese richtlijn konden genieten.

In het huidige stadium valt onmogelijk te voorspellen of het fenomeen in kwestie zal aanhouden en evenmin of de betrokken artsen zich op een duurzame wijze in België zullen vestigen.

Voor de volledigheid vermeld ik ten slotte nog dat geen RIZIV-nummer nodig is om in België op een wettelijke manier de geneeskunde uit te oefenen. Het RIZIV-nummer is wel noodzakelijk om de verrichtingen bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering in rekening te kunnen brengen.

Het kadaster van de geneeskundige beroepen bevat van zijn kant alle geneesheren die in België wonen en er hun beroep kunnen uitoefenen, ongeacht hun RIZIV-nummer, nationaliteit of land van herkomst waar zij hun basisopleiding of specialisatie hebben gevolgd.

Het arbeidsstelsel van de betrokken artsen hangt af van hun statuut als loontrekkende of zelfstandige en van de vraag of zij al dan niet in opleiding zijn. Sinds de inwerkingtreding van de wet van 12 december 2010 betreffende de arbeidstijd van onder andere de artsen is de FOD Werkgelegenheid en Arbeid bevoegd voor de controle van de werkuren van de artsen in loondienst en van de artsen in opleiding. De artsen die met een zelfstandig statuut werken, zijn niet aan voormelde regelgeving onderworpen.

Op de vraag over de taaltests heb ik al geantwoord, met name in antwoord op de vraag van mevrouw Gerkens.

Ten slotte, wat de statistieken betreft, bezorg ik u in het raam van een schriftelijke vraag graag de gegevens waarover mijn administratie beschikt.

15.03 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw vrij volledig antwoord. Ik ben tevreden dat ik uit uw antwoord kan afleiden dat men weet waar die artsen werken, hoe zij werken, hoeveel zij werken en dat zij zijn opgenomen in het kadaster. Het maakt voor mij geen verschil uit dat zij Roemeense artsen zijn of artsen van een andere nationaliteit, als zij ten minste Nederlands kennen in Vlaanderen en Brussel.

Ik heb het wel een beetje moeilijk met het feit dat onze artsen soms niet kunnen beginnen, terwijl men daarnaast een grote hoeveelheid buitenlandse artsen invoert. Dat is misschien ook in het nadeel van hun land van herkomst, waar zij de gemeenschap geld hebben gekost en zijn opgeleid. Dat is ons probleem niet,

maar een probleem voor de bevolking daar.

Ik ben echter tevreden dat zij zijn opgenomen in ons kadaster. Er is hoe dan ook heel wat werk aan de winkel, zowel voor het kadaster van de medische beroepen als voor de zorgkundigen, waarover men daarjuist heeft gesproken. Al die zaken moeten met elkaar worden verbonden om in de toekomst een projectie te kunnen maken en vraag en aanbod op elkaar te kunnen afstemmen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je dois vous dire que je dois partir dans vingt minutes.

16 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation dite 'off-label' de médicaments" (n° 2807)

16 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het offlabelgebruik van geneesmiddelen" (nr. 2807)

16.01 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'utilisation dite "off-label" de médicaments renvoie à l'utilisation d'un médicament en dehors du cadre défini dans son autorisation de mise sur le marché, soit par une indication qui n'est pas mentionnée dans la notice, soit par un autre dosage, soit par une autre fréquence d'administration. Par exemple, on sait que des médicaments, comme des antidépresseurs, sont utilisés comme *smoking cessation*, alors que cela ne figure pas dans les indications.

Il faut tenir compte du fait qu'en testant davantage plusieurs formes d'utilisation d'un médicament, ensuite approuvées par les autorités, l'industrie pharmaceutique justifie une moindre utilisation "off-label". On sait que l'industrie peut parfois trouver un intérêt à cette manière de faire, mais que cela peut également être intéressant pour le patient.

Madame la ministre, quelle est votre opinion par rapport à cette utilisation "off-label" au regard des acteurs concernés: les médecins, les patients et l'industrie pharmaceutique? Des mesures réglementaires sont-elles envisagées à charge ou à décharge de cette utilisation?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, en ce qui concerne les médecins, l'arrêté 78 prévoit qu'ils ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement.

Dans un avis émis en 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a estimé que le médecin est juridiquement responsable de sa prescription "off-label". La prescription "off-label" d'un médicament peut se justifier si l'intérêt du patient prime, à savoir si le médicament en question est le meilleur traitement au moment considéré. Néanmoins, cette prescription doit reposer sur des fondements scientifiques et conformes à la loi relative aux droits des patients. En ce qui concerne le patient ou son représentant, ce dernier doit être informé à propos de la prescription "off-label" des effets indésirables ainsi que des avantages et des inconvénients du médicament.

Dans des usages documentés scientifiquement mais non encore confirmés en pratique clinique courante, le patient doit donner son accord. En cas d'effets indésirables lors d'une utilisation "off-label", leur notification est demandée par l'Agence des médicaments dans le cadre de son projet "Pharmacovigilance active".

En ce qui concerne l'industrie, la publicité pour un médicament est strictement interdite si elle promeut l'usage de celui-ci pour des indications, une posologie, un schéma thérapeutique ou un groupe d'âge non conformes aux données approuvées dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament.

Je souligne qu'en ce qui concerne l'utilisation des médicaments hors autorisation de mise sur le marché, il existe aussi le programme médical d'urgence. Ce programme, pourvu que les critères d'éligibilité soient remplis, consiste à permettre aux firmes de mettre à disposition des patients un médicament qui possède une autorisation mais en vue de l'utiliser pour une indication qui n'est pas approuvée dans le cadre de cette

autorisation, afin d'aller à la rencontre des besoins médicaux de patients souffrant d'une maladie chronique, d'une maladie qui affaiblit gravement la santé ou d'une maladie constituant une menace pour la vie et qui ne peut être traitée de manière satisfaisante au moyen d'un médicament qui se trouve dans le commerce et qui est autorisé pour le traitement de cette affection.

De plus, dans le cadre de la présidence belge, cette problématique des médicaments *off-label use* a été mise en avant. Un échange d'informations et d'expériences entre les différents États membres dans ce domaine est en effet indispensable pour assurer une meilleure coordination dans les actions à entreprendre. Ce thème sera rediscuté dans les mois à venir.

Cette utilisation est particulièrement présente chez les enfants. Grâce au règlement 1901/2006 régissant le développement et l'autorisation de médicaments pour usage pédiatrique (enfants de 0 à 17 ans) introduit dans l'Union européenne en janvier 2007, les modalités de l'usage des médicaments chez les enfants sont de mieux en mieux définies. L'utilisation "off-label" pédiatrique devrait ainsi diminuer dans les années à venir et la santé des enfants sera mieux protégée.

Cette question fait également l'objet d'une réflexion dans le cadre du Plan national pour les maladies rares, domaine où la prescription "off-label" est souvent l'unique possibilité d'avoir un traitement vu les difficultés à rassembler les données probantes pouvant justifier l'approbation de l'indication dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché.

16.03 Damien Thiéry (MR): Je vous rejoins tout à fait. Merci pour cette réponse extrêmement complète. Vous avez parlé d'enfants et de maladies rares: il est vrai que, pour certaines pathologies, c'est souvent le cas.

Par contre, s'il fallait rediscuter de cette matière, il serait intéressant de faire référence aux remboursements. En effet, à ma connaissance, les médicaments remboursés ne devraient pas l'être dans le cadre d'une utilisation "off-label"; il pourrait y avoir des abus. Il me semble qu'une discussion s'impose, selon mon expérience.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le refus parental de vaccination" (n° 2808)

17 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "ouders die weigeren hun kinderen te laten inenten" (nr. 2808)

17.01 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, j'ignore s'il y a eu une légère confusion. La plupart du temps, la vaccination est du ressort des Communautés. Mais je sais que c'est un thème qui vous intéresse. Une étude belge aurait montré une fréquence des refus parentaux de vaccination.

17.02 Laurette Onkelinx, ministre: Il est exact que c'est une compétence communautaire. En revanche, la vaccination antipoliomyélitique est de mon ressort.

17.03 Damien Thiéry (MR): D'accord. Dans le cas de la vaccination en général, et eu égard à vos compétences, existe-t-il bien une étude belge qui montre la fréquence des refus? Dans l'affirmative, quelque chose a-t-il été entrepris pour y remédier?

17.04 Laurette Onkelinx, ministre: Notre administration est informée par les communes des carences de notification de conformité avec la législation relative au statut vaccinal de l'enfant de dix-huit mois. Il ne s'agit donc pas d'absence de vaccination ni de refus.

Les inspecteurs fédéraux de l'hygiène envoient trois rappels aux personnes qui ont la garde ou la tutelle d'enfants dont le statut vaccinal n'est pas renseigné comme conforme, avant de dresser un procès-verbal. Au cours de cette procédure de rappel, il arrive que ces personnes signifient téléphoniquement ou par courrier leur refus de faire vacciner l'enfant dont ils ont la tutelle.

L'inspecteur de l'hygiène répond alors de manière individuelle et leur adresse un courrier personnalisé qui

reprend les arguments scientifiques justifiant la décision sanitaire adoptée. En cas de maintien du refus ou de persistance de la réticence, un entretien individuel avec une infirmière experte en la matière est organisé.

Les dossiers non régularisés au terme de la procédure sont transmis au parquet. Le ministre de la Justice pourrait vous informer sur le nombre de dossiers traités et le nombre de jugements prononcés.

17.05 Damien Thiéry (MR): Très bien. Votre réponse me satisfait pleinement. Je vous remercie.

On peut même aller plus loin. Et je pense que c'est dans certaines communautés, si je puis m'exprimer ainsi. C'est parfois là où il fait travailler.

17.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne suis pas certaine que ce soit dans certaines communautés. C'est surtout une affaire de croyances.

17.07 Damien Thiéry (MR): Oui, oui. Entendons-nous, c'était ce que je voulais dire. Nous sommes bien d'accord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la spirométrie dans la pratique" (n° 2809)

18 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "spirometrie in de praktijk" (nr. 2809)

18.01 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, en vertu d'un arrêté royal du 27 avril 2007, un numéro de nomenclature spécifique est attribué et alloue au médecin une indemnité de 11,90 euros pour la réalisation et l'interprétation d'une spirométrie. Actuellement, seuls les médecins généralistes ayant suivi un minimum de 10 heures de formation, comprenant la base théorique et l'exécution pratique, ont droit à cette indemnité supplémentaire.

La Société belge de Pneumologie qui a organisé en octobre dernier la Journée nationale de la spirométrie plaide pour la généralisation de cette technique, dans le cadre de la pratique clinique, qu'elle estime indispensable pour le dépistage de l'asthme et de la toux chronique, en particulier chez des patients non diagnostiqués.

La SBP considère aussi la spirométrie comme un instrument de suivi de la maladie et de l'effet du traitement. En conséquence, madame la ministre, pouvez-vous me dire si vous disposez de statistiques actuelles en matière de résultats effectifs de cette technique, conçue comme pratique en clinique, selon le cadre réglementaire existant? Quelle est votre point de vue par rapport au plaidoyer de la Société belge de Pneumologie?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Thiéry, la littérature internationale confirme, depuis de nombreuses années, l'intérêt de la spirométrie dans le diagnostic et le suivi de certaines pathologies pulmonaires, telles que l'asthme et la BPCO. Même s'il n'est sans doute pas exhaustif, le site de l'INAMI vaut peut-être la peine d'être consulté car on y trouve les *guidelines* les plus récentes en la matière.

Sur la base de ces consensus internationaux qui rejoignent les préoccupations de la Société belge de Pneumologie que vous avez évoquées, l'INAMI a publié, voici deux ans, des *guidelines* en matière de traitement de l'asthme et de la BPCO dont le choix est entre autres basé sur les stades de la maladie déterminée par spirométrie. Une étude assez intéressante a également été publiée en 2008 dans le *British Medical Journal* sur l'intérêt de la spirométrie dans un cadre préventif. Cette étude montrait que le fait de communiquer au patient fumeur son âge pulmonaire grâce à une spirométrie pouvait être significativement bénéfique en termes d'arrêt tabagique. Je peux le croire!

18.03 Damien Thiéry (MR): Ayant eu l'occasion de travailler dans ce domaine, je vous confirme que cela se passe ainsi!

18.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est positif! Ces différentes constatations scientifiques ont amené en

juin 2007 à étendre aux généralistes, et non plus seulement aux pneumologues, le remboursement des spirométries avec ou sans détermination de la réversibilité.

Tout médecin possédant un appareillage approprié peut aujourd'hui réaliser des spirométries de qualité mais le remboursement de l'acte est réservé aux généralistes agréés ayant suivi une formation minimum de dix heures assurée par les universités ou les sociétés scientifiques. Ce type d'exigence de formation complémentaire existe également pour d'autres actes techniques comme par exemple l'électrocardiographie. Depuis 2007, beaucoup de généralistes ont suivi cette formation et la pratique unique est en train de se généraliser. Les médecins de première ligne qui ne pratiquent pas cet examen ont la possibilité de confier leurs patients exigeant une spirométrie à une deuxième ligne de soins.

Il n'existe pas encore d'étude belge déterminant l'impact en matière de santé de l'extension de la spirométrie à la première ligne de soins. Une telle étude pourrait être menée peut-être dans quelques années par le Centre d'expertise.

18.05 Damien Thiéry (MR): Très bien. Il faudrait peut-être même envisager à un certain moment de généraliser cette formation pendant le dernier cycle, ce qui mettrait tout le monde sur le même pied.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'appel à la vigilance lancé par la Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (SRBCP) en matière de prothèses mammaires" (n° 2810)

19 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de oproep tot waakzaamheid van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Plastische, Reconstructieve en Esthetische Chirurgie (RBSPS) inzake borstprothesen" (nr. 2810)

19.01 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, madame la ministre, vous vous apercevrez que je m'intéresse beaucoup à la problématique des implants mammaires, bien que ce soit surprenant pour un homme!

Il me revient que l'Agence américaine pour l'Alimentation et les Médicaments (FDA) a mené une étude qui révèle la possibilité que les femmes porteuses d'un implant présenteraient un risque plus élevé limité de développer une forme rare de cancer des ganglions lymphatiques. Informée de cette étude, la Société Royale Belge de Chirurgie Plastique (SRBCP) a appelé les médecins à être attentifs aux symptômes et à signaler tout cas éventuel, bien qu'apparemment il n'existe actuellement en Belgique aucun cas connu de ce type de cancer dû à un implant mammaire. La situation n'est donc manifestement pas alarmante, mais justifie l'attention.

En conséquence, madame la ministre, avez-vous eu connaissance de cette étude et de la prise de position de la SRBCP? Dans l'affirmative, si le type de prothèse est identifié, ne doit-on pas envisager préventivement son retrait du marché?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, j'ai pris connaissance de cette étude. L'Agence belge des médicaments en a été informée. La FDA a mis en évidence l'existence d'un risque accru, bien que très faible, pour les femmes porteuses d'implants mammaires de développer cette forme rare de cancer des ganglions lymphatiques.

Soixante cas auraient été répertoriés à travers le monde durant ces treize dernières années. Cinq à dix millions de femmes sont porteuses d'implants mammaires. Cependant, pour le moment, sur la base des données disponibles, il n'est pas possible de confirmer avec une certitude scientifique et statistique suffisante qu'il existe un lien de cause à effet entre l'implant et cette forme de lymphome. Des données complémentaires sont nécessaires pour comprendre le lien possible entre l'apparition de ce type de lymphome et la présence d'implants mammaires.

De plus, la FDA considère que la totalité de l'information récoltée permet de penser que les implants sont sûrs lorsqu'ils sont implantés d'une manière correcte. La FDA n'a pu conclure de manière significative quant

à l'existence d'un type d'implant mammaire présentant un risque plus élevé que les autres.

Il me paraît néanmoins opportun que les médecins restent attentifs aux symptômes et qu'ils signalent tout cas éventuel au service de matériovigilance de l'Agence des médicaments. Tout comme l'Agence française, nous recommanderons un suivi spécial concernant les implants, en particulier lorsque le produit de remplissage est autre que du sérum physiologique.

Je peux vous confirmer qu'aucun cas connu de ce type de lymphome lié à un implant mammaire n'a été rapporté à l'Agence. Il n'y a donc pas d'éléments suffisants qui nous incitent à interdire les implants mammaires sur notre territoire. L'Agence reste toutefois attentive.

19.03 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Nous connaissons tous la rigueur particulière de la FDA en matière de médicaments. Je ne m'inquiète donc pas outre mesure.

Par contre, je me demande dans quelle mesure une information spécifique aux chirurgiens plasticiens ne devrait pas être donnée à ce sujet.

19.04 Laurette Onkelinx, ministre: Nous allons attirer l'attention des médecins sur le travail d'information et de suivi. (*hors micro*)

19.05 Damien Thiéry (MR): Malheureusement, on ne pose ce constat parfois qu'après un très long terme. C'est en ce sens que je pense que cette information est vraiment importante.

La présidente: Le Sénat travaille sur des propositions de lois concernant la chirurgie esthétique. On pourrait y intégrer ceci dont entre autre l'avertissement du patient par rapport à l'existence de certains risques.

19.06 Laurette Onkelinx, ministre: Il faut légiférer.

19.07 Damien Thiéry (MR): Certainement, car c'est une pratique de plus en plus fréquente.

19.08 Laurette Onkelinx, ministre: (*hors micro*)

19.09 Damien Thiéry (MR): Nous sommes bien d'accord!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la plate-forme d'informations sur les cancers" (n° 2811)

20 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het informatieplatform over kanker" (nr. 2811)

20.01 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, je sais que le cancer est un domaine qui vous intéresse tout particulièrement, comme la prévention en règle générale. À l'occasion de la Journée mondiale du cancer le 4 février dernier, l'Institut national français du cancer et le ministère français de la Santé ont lancé en partenariat avec la Ligue contre le cancer la plate-forme d'informations médicales. L'objectif de cette plate-forme est d'apporter des réponses et d'accompagner les patients et leurs proches aux étapes-clés de leur maladie en complément de leurs échanges avec les équipes soignantes.

Cancer info en France est accessible par téléphone, sous forme de guide d'information remis aux patients au cours des consultations du dispositif d'annonce afin de les accompagner tout au long de leur prise en charge médicale. Avez-vous eu connaissance de ce type d'initiative? L'instauration d'une pareille plate-forme en Belgique est-elle envisageable? Dans l'affirmative, des démarches ont-elles déjà été entreprises en ce sens par vos services?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, nous entretenons des liens étroits avec la France en ce qui concerne les centres du cancer.

Comme le Centre du cancer belge est en train de travailler à l'élaboration du Plan cancer 2011-2013 - si nous pouvons nous y consacrer en affaires courantes -, des liens directs existent pour cette initiative 19.5 du Plan cancer français.

Dans le même ordre d'idées, le Centre du cancer planifie l'installation en Belgique d'un portail *web* qui assurera aux patients et à leurs proches, ainsi qu'à toute personne souhaitant se renseigner, un accès aux informations en ce domaine. Ce sujet a en effet été abordé fréquemment avec les différents acteurs de terrain lors des concertations organisées avec eux par le Centre du cancer en vue de l'élaboration du futur plan.

Enfin, un premier portail-pilote est prêt. Il orientera, entre autres, les utilisateurs vers des sites *web* susceptibles de les intéresser, tels que ceux de la *Vlaamse Kankerliga* et de la Fondation contre le cancer, dont le cancer-phone est un outil fort apprécié par les patients.

Ces associations jouent d'ailleurs un rôle extraordinaire dans le cadre de la lutte contre le cancer. D'autres réflexions sont également en cours dans le cadre du Programme maladies chroniques et des initiatives à prendre pour les maladies rares pour favoriser l'accès à l'information, en partenariat entre autres avec les mutualités.

Une proposition du Collège intermutualiste concernant l'amélioration et la centralisation de l'information m'a été transmise. Je demanderai un avis au groupe de pilotage "maladies chroniques" composé en grande partie d'organismes assureurs et de coupoles représentatives d'associations de parents.

Dès que je serai en possession de ces avis, le Centre du cancer sera en mesure de les intégrer.

20.03 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, vous avez partiellement répondu à la question subsidiaire relative à l'existence d'un portail web. Quand sera-t-il mis en ligne? Vous m'avez dit qu'il était prêt. Cela signifie-t-il qu'il est en ligne maintenant?

20.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est un projet pilote. Il n'est pas encore en ligne. Il le sera prochainement. La diffusion en sera restreinte, puisqu'il s'agit d'un projet pilote. Je leur ai demandé d'accélérer en la matière. (*hors micro*)

20.05 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, j'ai posé la question car j'imagine que ce projet pilote s'étend sur une période de six mois et qu'ensuite un système définitif pourra être mis en place.

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

*La réunion publique de commission est levée à 18.02 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.02 uur.*