

Sénat de Belgique

Session ordinaire 2011-2012



5-139COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 27 mars 2012

Séance de l'après-midi

Annales

Belgische Senaat

Gewone Zitting 2011-2012

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 27 maart 2012

Namiddagvergadering

5-139COM

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:
www.senate.be www.lachambre.be

Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
cdH	centre démocrate Humaniste
Ecolo	Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	Parti Socialiste
sp.a	socialistische partij anders
VB	Vlaams Belang

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:
www.senate.be www.dekamer.be

Sommaire**Inhoudsopgave**

<p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les besoins réels et urgents des patients sous anticoagulants» (n° 5-1904).....5</p> <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la possibilité pour les personnes affectées d'une hémochromatose génétique de faire un don de sang» (n° 5-1912)8</p> <p>Demande d'explications de Mme Christie Morreale à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les cinq mille poches de sang jetées chaque année» (n° 5-2125).....8</p> <p>Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les demandes d'aide introduites auprès des CPAS par des patients psychiatriques internés en vue du paiement d'une garantie locative» (n° 5-1913)11</p> <p>Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les interprètes en langue des signes dans les hôpitaux» (n° 5-1914).....13</p> <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'obligation pour les pharmaciens de délivrer dans certains cas le médicament le moins cher» (n° 5-1925).....16</p> <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la propagation de la tuberculose dans notre pays» (n° 5-2142).....18</p> <p>Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le suivi de la réglementation générale du tabagisme et l'utilisation des locaux pour fumeurs pendant l'hiver» (n° 5-1942)20</p> <p>Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la vente à distance de médicaments vétérinaires» (n° 5-1985)22</p> <p>Demande d'explications de Mme Fauzaya Talhaoui à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de numéros de téléphone payants pour les appels vers les services de garde de soins du premier échelon» (n° 5-2006)23</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de echte en dringende noden van patiënten die antistollingsmedicatie moeten nemen» (nr. 5-1904) 5</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de mogelijkheid van bloeddonatie door personen met genetische hemochromatose» (nr. 5-1912) 8</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Christie Morreale aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de jaarlijkse vernietiging van vijfduizend bloedzakjes» (nr. 5-2125)..... 8</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vraag van geïnterneerde psychiatrische patiënten aan OCMW's naar een huurwaarborg» (nr. 5-1913)..... 11</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de tolken gebarentaal in ziekenhuizen» (nr. 5-1914) 13</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verplichting van apothekers om in bepaalde gevallen het goedkoopste medicament af te leveren» (nr. 5-1925)..... 16</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opmars van tuberculose in ons land» (nr. 5-2142)..... 18</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de algemene rookregeling en het gebruik van rookfaciliteiten tijdens de winterperiode» (nr. 5-1942) 20</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verkoop op afstand van geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik» (nr. 5-1985) 22</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Fauzaya Talhaoui aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van betalende telefoonnummers voor oproepen naar de wachtdiensten van eerstelijnszorgverstrekkers» (nr. 5-2006) 23</p>
---	---

<p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de la trithérapie dans le cadre du traitement des personnes atteintes d'hépatite C de génotype 1» (n° 5-2062).....25</p> <p>Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les échographies fœtales affectives» (n° 5-2065).....26</p> <p>Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le screening sérologique dans le cadre du traitement de l'infertilité» (n° 5-1910).....28</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations de la Belgian Society for Reproductive Medicine» (n° 5-2093).....28</p> <p>Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la ministre des Classes moyennes, des PME, des Indépendants et de l'Agriculture sur «l'interdiction du colorant 4-MEI dans les boissons au cola» (n° 5-2087).....30</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'aide médicale urgente» (n° 5-1923).....32</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van HAART-therapie voor patiënten met hepatitis C genotype 1» (nr. 5-2062)..... 25</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de pretecho's» (nr. 5-2065)..... 26</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de serologische screening bij infertiliteitsbehandeling» (nr. 5-1910)..... 28</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen van de Belgian Society for Reproductive Medicine» (nr. 5-2093)..... 28</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de minister van Middenstand, KMO's, Zelfstandigen en Landbouw over «het verbod op gebruik van de kleurstof 4-MI in cola» (nr. 5-2087)..... 30</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de dringende medische hulpverlening» (nr. 5-1923)..... 32</p>
--	---

Présidence de Mme Elke Sleurs*(La séance est ouverte à 15 h 05.)***Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les besoins réels et urgents des patients sous anticoagulants» (n° 5-1904)**

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – En Belgique, on estime que l'état de santé de quelque 120 000 patients nécessite un traitement anticoagulant quotidien, qu'ils souffrent de maladies cardiaques congénitales, de fibrillation auriculaire ou qu'ils aient une prothèse valvulaire mécanique.

On estime également qu'une personne sur quatre sera atteinte, surtout avec l'âge, d'une affection cardiaque et, qu'en l'absence d'un traitement adéquat et d'un suivi rigoureux, le risque de thrombose ou d'accident vasculaire cérébral est multiplié par cinq. On constate enfin qu'un AVC sur six est dû à une fibrillation auriculaire.

Outre leur traitement, ces patients doivent donc prendre un anticoagulant pour compenser le fait que leur cœur ne fait plus circuler correctement le sang. En effet, un anticoagulant le fluidifie.

En janvier dernier, lors d'une conférence de presse, l'Association des patients sous anticoagulants, le GIRTAC, a exprimé son incompréhension face au « manque de prise en compte, par les autorités, des besoins réels des patients en matière de prévention des problèmes liés à l'anticoagulation ».

Il faut savoir, explique l'association, qu'avec le traitement anticoagulant « nous marchons sur une ligne blanche entre deux écueils : les personnes qui suivent un traitement anticoagulant de longue durée doivent se soumettre à des contrôles réguliers. En dessous de la valeur thérapeutique, ils risquent la thrombose ; au-delà, ils risquent l'hémorragie. Pour vivre avec un sentiment de sécurité, les patients doivent se soumettre à des contrôles réguliers, effectuer une prise de sang, au moins deux fois par mois, pour vérifier leur coagulation ». L'association souligne toutefois que le système ne fonctionne pas très bien : en Belgique, 40% des patients sont dans la zone rouge.

Madame la ministre, les accidents de coagulation représenteraient de 800 à 1 000 morts par an dans notre pays ; cette problématique doit devenir une priorité de santé publique. Il faut améliorer la lutte contre cette mortalité et contre les accidents qui laissent de nombreux patients hémiparétiques ou privés de la parole, parfois définitivement, laissant les familles face à la nécessité de les prendre en charge en raison de leur perte d'autonomie.

La recherche médicale a récemment mis au point deux innovations intéressantes.

D'abord, l'autocontrôle. Un appareil analyse une simple goutte de sang et mesure la coagulation sanguine du patient, sans nécessiter une visite chez le médecin et une prise de

Voorzitter: mevrouw Elke Sleurs*(De vergadering wordt geopend om 15.05 uur.)***Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de echte en dringende noden van patiënten die antistollingsmedicatie moeten nemen» (nr. 5-1904)**

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Het aantal patiënten dat in België dagelijks antistollingsmedicatie moeten nemen, wordt geraamd op 120 000. Het zijn mensen met aangeboren hartaandoeningen, voorkamerfibrilleren, of een mechanische hartklep.

Men verwacht dat één op vier mensen op leeftijd te maken kan krijgen met hartfalen en bij gebrek aan gepaste behandeling en goede opvolging, wordt het risico op een beroerte of op een cerebrovasculair accident (CVA) vijfmaal zo groot. Eén op zes CVA's is te wijten aan voorkamerfibrilleren.

Die patiënten moeten naast hun behandeling ook antistollingsmedicatie nemen ter compensatie van het feit dat hun hart het bloed niet meer correct laat circuleren. Het antistollingsmiddel maakt het bloed immers vloeibaarder.

In januari verklaarde de patiëntenvereniging Verantwoord Individueel Beheer van de Antistollingstherapie VIBAST op een persconferentie dat de overheid te weinig rekening houdt met de noden van patiënten inzake preventie van problemen die verband houden met het nemen van antistollingsmiddelen.

De vereniging wijst erop dat patiënten als het ware op een dunne richel het evenwicht moeten bewaren. Het langdurig innemen van antistollingsmiddelen gaat gepaard met geregelde controles. Als de dosis te laag is, riskeren ze een beroerte en als ze te hoog is, dreigen ze bloedingen te krijgen. Om zich veilig te voelen moet geregeld en minstens tweemaal per maand een bloedafname worden genomen om de stollingsgraad te controleren.

De vereniging merkt op dat het systeem niet goed werkt en dat 40% van de patiënten in België zich in de gevarenzone bevindt.

Stollingsaccidenten zouden in ons land jaarlijks 800 tot 1000 doden tot gevolg hebben. Deze problematiek moet een prioriteit worden voor de volksgezondheid. Er moet meer aandacht gaan naar de preventie van sterfte en van accidenten die soms levenslange verlamming of afasie, en dus verlies van zelfredzaamheid kunnen veroorzaken met als gevolg dat mantelzorg moet worden ingeschakeld.

Recent onderzoek leverde twee interessante vernieuwingen op.

Een eerste is de autocontrole. Met een apparaatje wordt in één druppel bloed van de patiënt de stollingswaarde gemeten, zonder dat een doktersbezoek of bloedafname nodig is. Het lijkt zowat op een beetje op het meten van het suikergehalte in het bloed. In Nederland zijn al 40% van de patiënten die antistollingsmedicatie innemen op dit controlemiddel

sang. C'est un peu similaire au contrôle de la glycémie. Aux Pays-Bas, 40% des patients sous anticoagulants sont déjà passés à ce mode de contrôle qui peut être réalisé par les patients eux-mêmes, à leur domicile, avec des bénéfices évidents : une garantie du contrôle de l'efficacité des médicaments, un sentiment de sécurité renforcé par la prévention de la survenue d'accidents vasculaires, une qualité de vie améliorée, et donc une diminution du nombre de patients dans la zone rouge et un coût moindre pour l'INAMI, en termes de visites chez le médecin, d'analyses sanguines ou encore de récidives qui concernent environ 40% des patients sous anticoagulants.

Toutefois, l'accès à ces autotests se voit freiné par son coût : quelque 1 000 euros et environ 120 euros par an pour les tiges.

Deuxième innovation : l'accès pour les patients à de nouvelles molécules plus sûres, récemment apparues sur le marché. Ces molécules ont pour caractéristique de demander beaucoup moins de surveillance, car le risque d'accident est beaucoup plus bas ; elles seraient donc de nature à contribuer à la diminution de la survenue d'accidents vasculaires cérébraux.

Trois molécules sont actuellement enregistrées au niveau européen. En Belgique, elles ne sont pas encore remboursées à ce jour.

Madame la ministre, il serait regrettable que notre pays se prive de ces innovations.

Aussi, puis-je vous demander de faire le point sur ce dossier, notamment quant à la reconnaissance par l'INAMI du traitement pour lequel le patient peut effectuer lui-même son test INR – *International Normalized Ratio* ? Est-il correct de dire que les autorités de santé réclament des études toujours plus nombreuses quant au bénéfice de ces tests d'autocontrôle ?

Les nouvelles molécules qui semblent prometteuses sont-elles une nouvelle classe de médicaments ? Ces molécules sont-elles déjà en cours d'examen dans la procédure CRM – Commission de remboursement des médicaments ? Peut-on raisonnablement penser que les patients auront accès à ces molécules en 2012 ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – L'étude 117B du KCE recommande que l'organisation du suivi de l'anticoagulothérapie orale à long terme soit orientée vers l'utilisation de coagulomètres portables, dans le cadre d'une autogestion par le patient et, dans une moindre mesure, dans le cadre d'une auto-mesure par le patient.

Le KCE fait remarquer qu'en ce moment, les données sont insuffisantes en ce qui concerne la qualité, la fiabilité des appareils et la technique. Il n'existe pas non plus d'études sur l'économie et la santé qui prouvent que cette technique soit moins chère que le monitoring classique.

En outre, une nouvelle classe de moyens anticoagulants pour diverses indications a vu le jour. Ces nouveaux moyens peuvent être administrés en toute sécurité, sans contrôle régulier des paramètres coagulants.

En ce qui concerne les spécialités auxquelles vous faites

overgestapt. Dat ze dat zelf thuis kunnen doen heeft manifeste voordelen: er wordt nagegaan of de medicatie doeltreffend wordt aangewend; men voelt zich veiliger dankzij een betere preventie van vasculaire accidenten; de levenskwaliteit verbetert en het aantal patiënten in de gevarenzone daalt. Dat is ook goedkoper voor het RIZIV, niet alleen omdat het aantal doktersbezoeken daalt, maar ook het aantal bloedonderzoeken en de gevallen van recidief, die zich voordoen bij zowat 40% van de patiënten die antistollingsmedicatie nemen.

Deze zelfstestmethode blijft evenwel zeer duur: zowat 1000 euro en ongeveer 120 euro per jaar voor de teststrookjes.

De tweede innovatie is dat nu nieuwe, meer betrouwbare moleculen op de markt zijn. Die moleculen vergen veel minder toezicht omdat het risico op accidenten veel lager is, wat ook bijdraagt tot een daling van het aantal cerebrovasculaire accidenten.

Momenteel zijn drie moleculen op Europees niveau geregistreerd. In België worden ze nog niet terugbetaald.

Het zou spijtig zijn dat ons land hiervan geen gebruik maakt.

Daarom wil ik de minister vragen een stand van zaken op te maken, met name wat de erkenning door het RIZIV betreft van de behandeling waarbij de patiënt zelf zijn International Normalized Ratio (INR) kan testen? Klopt het dat gezondheidsinstellingen steeds meer studies eisen over de voordelen van dergelijke zelftests?

Vormen de nieuwe, veelbelovende moleculen een nieuwe klasse van geneesmiddelen? Worden die verbindingen al onderzocht door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG)? Mag worden verwacht dat ze beschikbaar zullen zijn voor patiënten in 2012?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Rapport 117B van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) beveelt aan de opvolging van de behandeling met orale antistollingsmedicatie af te stemmen op het gebruik van draagbare apparaten om de stollingswaarde van het bloed te meten, eventueel zelfs door de patiënt zelf.

Het KCE merkt op dat er momenteel onvoldoende gegevens beschikbaar zijn over de kwaliteit en de betrouwbaarheid van het apparaat en van de techniek. Er zijn ook geen studies over de vraag of dit een besparing betekent in vergelijking met de klassieke monitoring.

Bovendien is er een nieuwe klasse van antistollingsmiddelen voor verschillende indicaties beschikbaar. Deze nieuwe middelen kunnen in alle veiligheid worden toegediend zonder gereguleerde controle van de stollingswaarde.

De specialiteiten waarnaar u verwijst zijn alle drie reeds

référence, elles sont déjà toutes trois remboursées pour la prévention des accidents thrombotiques après les interventions pour prothèses de hanche ou de genou. Seul le Pradaxa a déjà fait l'objet d'un avis négatif de la Commission de Remboursement des Médicaments, non pas en raison de son inefficacité sur la prévention de thrombose en cas de fibrillation auriculaire, mais en raison des coûts potentiellement fort élevés que son utilisation pourrait engendrer.

J'ai donc accepté la mise en place d'un groupe de travail composé de représentants du Comité de l'assurance, de la firme et de pharma.be, avec le concours de mon cabinet et sous la présidence de l'INAMI. Ce groupe travaille en fonction des articles 81 et suivants de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 que j'ai fait adopter voici deux ans et qui permet, dans le cadre de conventions entre l'INAMI et la firme, de contrôler certains aspects tant budgétaires que cliniques.

Je vous rappelle que le Pradaxa a récemment fait l'objet d'une mise en garde quant aux risques liés à son utilisation, risques qui peuvent aussi être pris en compte dans les modalités d'une éventuelle convention.

Le 19 mars, le groupe de travail a accepté le principe d'une convention entre la firme et l'INAMI, avec des mécanismes de contrôle des budgets. La demande d'accord va être envoyée au ministre du Budget. Si la réponse est positive, le Pradaxa sera inscrit dans la liste des spécialités remboursables, avec la lettre T – pour temporaire –, avec révision d'ici trois ans.

Le Xarelto a également reçu un avis négatif pour les mêmes raisons. Dans ce cas aussi, un groupe de travail a été constitué. Sa première réunion a eu lieu le 26 mars ; on verra ce que donne la négociation.

Quant à l'apixaban, il n'a pas encore été enregistré pour des indications de prévention des thromboses en cas de fibrillation auriculaire, alors que c'est le cas pour les deux autres spécialités. Dès que l'apixaban aura reçu cet enregistrement, il sera alors possible de déposer un dossier de demande d'accès en remboursement auprès de la commission.

Il est néanmoins important de ne pas se lancer trop vite dans une politique généralisée d'usage de ces médicaments, dans le cadre de la prévention de thromboses liées à une fibrillation auriculaire. Plusieurs experts recommandent la prudence, surtout pour certains groupes fragiles : patient âgés, « polymédiqués », etc., en raison de risques accrus de saignements, d'autant qu'il n'existe pas d'antidote si cela devait se produire.

Une politique d'encadrement de l'utilisation de ces spécialités via un chapitre 4 bien construit est, me semble-t-il, de mise. C'est ce qui a été recommandé par le groupe de travail pour le premier examen d'un tel traitement, à savoir le Pradaxa.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je reconnais la valeur scientifique des études du KCE. La vraie question est de savoir de quand date l'étude en question. Est-elle toujours d'actualité ? Si l'étude démontre une fiabilité moyenne, voire médiocre en termes de santé publique, je me demande pourquoi les Pays-Bas sont passés avec succès à l'utilisation de ce mode de test.

terugbetaalbaar voor de preventie van trombose na het plaatsen van een heup- of knieprothese. Enkel met betrekking tot Pradaxa was het advies van de CTG negatief, niet omdat het niet werkzaam is tegen trombose in geval van voorkamerfibrilleren, maar vanwege de mogelijk hoog oplopende gebruikskosten.

Ik heb ingestemd met de samenstelling van een werkgroep met vertegenwoordigers van het Verzekeringscomité, van de firma en van pharma.be, met de medewerking van mijn kabinet en onder het voorzitterschap van het RIZIV. Deze werkgroep functioneert conform de artikelen 81 en volgende van het koninklijk besluit van 21 december 2001, die ik twee jaar geleden liet goedkeuren. Krachtens dat besluit is het mogelijk om in het kader van overeenkomsten tussen het RIZIV en de firma zowel budgettaire als klinische aspecten te controleren.

Onlangs werd een waarschuwing bekendgemaakt over de risico's van het gebruik van Pradaxa, waarmee ook rekening kan worden gehouden in het kader van een eventuele overeenkomst.

Op 19 maart aanvaardde de werkgroep het principe van een overeenkomst met de firma en met het RIZIV, die een budgettaire controlemechanisme inhoudt. Er zal een akkoord van de minister van begroting worden gevraagd. Als hij positief antwoordt, zal Pradaxa opgenomen worden in de lijst van terugbetaalbare specialiteiten, met de letter 'T' wat staat voor tijdelijk, en met een herziening binnen drie jaar.

Ook Xarelto kreeg een negatief advies mee om dezelfde redenen. Ook daarvoor werd een werkgroep opgericht, die voor het eerst samenkomt op 26 maart; we wachten het resultaat van de onderhandeling af.

Apixaban werd nog niet geregistreerd voor de indicaties van trombosepreventie in geval van voorkamerfibrilleren, wat wel is gebeurd voor de twee andere specialiteiten. Zodra apixaban geregistreerd is, zal een dossier kunnen ingediend worden met de vraag om terugbetaling bij de commissie.

Het is niettemin van belang om niet te snel mee te stappen in een verhaal van veralgemeende terugbetaling van deze geneesmiddelen voor de preventie van trombose in geval van voorkamerfibrilleren. Verschillende deskundigen manen aan tot voorzichtigheid, vooral voor kwetsbare groepen: oudere patiënten, mensen met verschillende aandoeningen, enz. vanwege de verhoogde kans op bloedingen en het ontbreken van een antidotum.

Daarom lijkt het me raadzaam het gebruik van deze specialiteiten te begeleiden via een goed opgebouwd hoofdstuk 4. Dat was de aanbeveling van de werkgroep die de behandeling met Pradaxa analyseerde.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik erken de wetenschappelijke waarde van de studies van het KCE. Maar wanneer werd die studie precies uitgevoerd? Is ze nog actueel? Als de studie besluit dat de betrouwbaarheid matig of zelfs lager dan het gemiddelde is, vraag ik me af waarom Nederland met succes is overgestapt op deze methode.*

Ik dank u voor de informatie met betrekking tot de

Je vous remercie par ailleurs pour les informations relatives aux groupes de travail.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Les études sont disponibles sur le site du KCE. Ma collaboratrice est en train d'effectuer une recherche que nous ne manquerons pas de vous transmettre, si possible avant la fin de cette séance.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la possibilité pour les personnes affectées d'une hémochromatose génétique de faire un don de sang» (n° 5-1912)

Demande d'explications de Mme Christie Morreale à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les cinq mille poches de sang jetées chaque année» (n° 5-2125)

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – L'hémochromatose génétique est une maladie génétique caractérisée par une hyperabsorption du fer par l'intestin, entraînant son accumulation dans l'organisme, préférentiellement au niveau de certains tissus et organes (foie, cœur et pancréas).

Selon l'Hemochromatosis Belgian Association, cette maladie génétique atteindrait un Belge sur trois cents – soit plus de trente mille cas en Belgique – dont le profil prédispose à l'apparition de la maladie qui se manifeste entre trente et quarante ans, l'homme étant trois fois plus souvent atteint que la femme.

L'hémochromatose génétique est la seule maladie génétique qui se soigne. La saignée, dite également « soustraction sanguine », ou encore « déplétion sanguine thérapeutique », est le traitement à vie de l'hémochromatose génétique.

Le mécanisme est simple : il repose sur des saignées régulières, qui permettent l'élimination d'une importante quantité de fer et entraînent, sans causer d'anémie, la fabrication de nouveaux globules rouges qui puisent le fer dont ils ont besoin dans les organes surchargés.

L'hémochromatose génétique est donc une maladie chronique que l'on ne peut guérir à ce jour mais que l'on peut soigner par un traitement appliqué depuis 1947. Ce traitement est simple, accessible, efficace, bien toléré, non invasif et peu coûteux.

L'hémochromatose génétique est actuellement considérée comme une contre-indication au don de sang, sur la base d'arguments d'ordres éthique et juridique qui ont pour objectifs de garantir la qualité des produits du sang et les

werkgroepen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De studies zijn beschikbaar op de website van het KCE. Mijn medewerkster zoekt nog bijkomende informatie op, die we u indien mogelijk voor het einde van deze vergadering zullen bezorgen.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de mogelijkheid van bloeddonatie door personen met genetische hemochromatose» (nr. 5-1912)

Vraag om uitleg van mevrouw Christie Morreale aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de jaarlijkse vernietiging van vijfduizend bloedzakjes» (nr. 5-2125)

De voorzitter. – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Genetische hemochromatose is een erfelijke ziekte waarbij zich een hyperabsorptie van ijzer voordoet via de ingewanden. Daardoor stapelt het ijzer zich op in het organisme, bij voorkeur in bepaalde weefsels en organen (lever, hart en pancreas).*

Volgens de Hemochromatosis Belgian Association zou één op driehonderd Belgen getroffen zijn door die ziekte, wat neerkomt op meer dan dertigduizend gevallen. Bij wie een dergelijk genprofiel heeft, treedt de ziekte veelal op tussen de leeftijd van 30 en 40 jaar. Mannen worden driemaal vaker getroffen dan vrouwen.

Genetische hemochromatose is de enige genetische ziekte waarvoor een behandeling bestaat. Het betreft een levenslange behandeling door middel van aderlatingen, ook bloeddrainering of therapeutische bloeddepletie genoemd.

Concreet betekent dit dat de patiënt regelmatig een aderlating moet ondergaan, om aldus een grote hoeveelheid ijzer af te voeren en, zonder bloedarmoede te veroorzaken, de aanmaak te bevorderen van nieuwe rode bloedcellen die in de overbelaste organen het ijzer putten waar ze nood aan hebben.

Genetische hemochromatose is dus een chronische ziekte die tot op vandaag niet kan worden genezen, maar die kan worden behandeld door een behandeling die sinds 1947 wordt toegepast. De behandeling is eenvoudig, toegankelijk, efficiënt, wordt goed verdragen, is onschadelijk en niet al te duur.

Genetische hemochromatose wordt vandaag beschouwd als

conditions de sécurité transfusionnelle du receveur. Aucune concession ou dérogation aux règles strictes de sélection des donneurs ne peut être faite actuellement, même en cas de pénurie de sang.

Toutefois, je constate une évolution récente des mentalités, tant sur le plan scientifique que sur les plans juridique et éthique. Cette évolution est plus que probablement liée à trois raisons.

La première raison est l'analyse des données. Chaque année, la Croix-Rouge perd environ 10% de ses donneurs pour des raisons diverses et de plus en plus nombreuses alors que, parallèlement, elle constate une augmentation constante de la demande des hôpitaux.

La deuxième raison est la volonté de mettre fin à une situation empreinte d'une certaine hypocrisie à propos du traitement des personnes atteintes d'hémochromatose génétique, et qui perdure depuis trop longtemps. La réalité du terrain relève en effet davantage de l'hypocrisie que de la transparence. Ainsi, certains médecins recommandent à leurs patients de ne pas déclarer leur maladie et de se faire prendre en charge par des centres de transfusion.

La troisième raison est une réflexion au sein de l'Union européenne.

Je ressens également que l'exclusion du don est choquante, voire stigmatisante, pour les personnes atteintes d'hémochromatose qui souhaitent faire un geste de solidarité, alors que leur don pourrait sauver des vies. Ce sont par ailleurs des quantités importantes de sang, assimilées à un déchet biologique, qui sont incinérées chaque année. Autant de vies qui n'auront pu en bénéficier. Cette situation est d'autant plus incompréhensible qu'assurer l'adéquation entre les prélèvements et les besoins hospitaliers représente un défi quotidien.

Il faut souligner que ce sang est « techniquement » bon et utilisable, pour autant, bien entendu, que le patient, comme tout donneur, ne présente aucune complication ni contre-indication médicale en matière de don de sang. En outre, il n'y a pas de risque lié à la transfusion de cellules contenant les gènes mutés et cette maladie génétique n'est ni transmissible par le sang, ni liée au sexe, ni contagieuse. Enfin, les méthodes d'inactivation des virus pathogènes utilisées sont parfaitement efficaces.

Depuis janvier 2009, en France, l'hémochromatose génétique n'est plus une contre-indication au don de sang.

En décembre 2010, au cours de la présidence belge, mon collègue de la Chambre, M. Josy Arens, a déposé une excellente proposition de résolution relative à la possibilité pour les personnes affectées d'une hémochromatose génétique de faire un don de sang. M. Arens demandait notamment au gouvernement de réviser sa position quant à la règle relative à l'exclusion du don de sang des personnes atteintes d'hémochromatose génétique et, à cet effet, de saisir le Conseil supérieur de la santé (CSS), afin que le dossier de l'hémochromatose soit rouvert et fasse l'objet d'un avis actualisé.

Madame la ministre, constatez-vous comme moi une évolution des mentalités tant au niveau belge qu'au niveau

een contra-indicatie voor bloeddonoratie op grond van ethische en juridische argumenten die tot doel hebben de kwaliteit van de bloedproducten en de veiligheid van de transfusie voor de ontvanger te garanderen. Er mag vandaag geen enkele toegeving worden gedaan of afwijking worden toegestaan op de strenge selectieregels voor de donoren, zelfs niet bij bloedschaarste.

De jongste tijd zijn de opvattingen echter geëvolueerd, zowel op wetenschappelijk vlak als op juridisch en ethisch vlak. Die evolutie heeft waarschijnlijk drie oorzaken.

De eerste reden is de gegevensanalyse. Jaarlijks verliest het Rode Kruis ongeveer 10% van zijn donoren om verschillende en almaar talrijker redenen, terwijl de vraag van de ziekenhuizen naar bloed voortdurend stijgt.

De tweede reden is de bereidheid om komaf te maken met een enigszins schijnheilige situatie met betrekking tot de behandeling van patiënten met genetische hemochromatose, die nu al te lang aansleept. Op het terrein zien we immers meer hypocrisie dan transparantie. Sommige artsen bevelen hun patiënten aan hun ziekte niet te melden en zich te laten verzorgen door bloedtransfusiecentra.

De derde reden is een reflectie op het vlak van de Europese Unie.

Ik ervaar ook dat de uitsluiting van de bloeddonoratie schokkend en zelfs stigmatiserend is voor personen met hemochromatose die een gebaar van solidariteit willen stellen, terwijl hun donatie levens zou kunnen redden. Jaarlijks gaat het trouwens om forse hoeveelheden bloed die met biologisch afval gelijk worden gesteld en worden verbrand. Dat betekent dat ze niet kunnen worden aangewend voor even zoveel potentieel levensreddende interventies. Die situatie is des te onbegrijpelijk daar men dagelijks voor de uitdaging staat het evenwicht te bewaren tussen de bloedafnames en de noden van de ziekenhuizen.

Dat bloed is 'technisch' goed en bruikbaar, uiteraard voor zover er bij de patiënt, zoals bij elke andere donor, geen complicaties of medische tegenindicaties voor bloedafname zijn. Bovendien is er geen gevaar verbonden aan de transfusie van cellen die gemuteerde genen bevatten en is die genetische ziekte noch overdraagbaar via het bloed, noch geslachtsgebonden, noch besmettelijk. Tot slot zijn de methoden om pathogene virussen uit te schakelen, uiterst doeltreffend.

In Frankrijk is genetische hemochromatose sinds januari 2009 geen tegenindicatie meer voor het geven van bloed.

In december 2010 heeft mijn collega in de Kamer, de heer Josy Arens, een uitstekend voorstel van resolutie ingediend waarin de regering wordt gevraagd de regel te herzien dat patiënten met genetische hemochromatose geen bloed mogen geven en daartoe de Hoge Gezondheidsraad te verzoeken het hemochromatosedossier opnieuw te openen en daar een bijgewerkt advies over uit te brengen.

Stelt de minister eveneens een evolutie in de Belgische en Europese mentaliteit ten aanzien van die uitsluiting vast?

Dat punt stond op de agenda van het programma 2011 van de Hoge Gezondheidsraad. Binnen welke termijn kunnen we

européen à propos de cette exclusion ?

Ce point étant à l'ordre du jour du programme 2011 du Conseil supérieur de la santé (CSS), dans quel délai pourrions-nous disposer d'un avis de ce Conseil ?

Mme Christie Morreale (PS). – Les patients atteints d'hémochromatose génétique souffrent d'une surcharge en fer. Ils doivent procéder à des prises de sang ou à des saignées régulières pour éliminer les excès de fer. Les poches constituées sont parfaitement utilisables pour des transfusions puisqu'elles ne se caractérisent que par un taux de fer supérieur à la moyenne, relève le professeur David Cassiman de l'Hôpital universitaire de Louvain dans le journal *De Standaard* du jeudi 8 mars. Cette maladie ne comporterait aucun risque pour les receveurs car celle-ci serait héréditaire et non transmissible par le sang.

Les poches de sang, pourtant saines, partent dans les poubelles médicales puis sont recueillies par une entreprise spécialisée qui les incinère. Les patients atteints de surcharge en fer sont automatiquement évincés de la liste des donneurs car ils n'entrent pas dans les conditions légales d'un don. La bioéthique prévoit en effet que le don doit être volontaire et gratuit. Ces conditions excluent alors tous les candidats au don qui donnent leur sang pour raisons médicales car un profit y est attaché, tant médical que financier. Le don de sang se fait gratuitement alors que les saignées sont, en revanche, facturées.

La France, la Suède, le Canada, les États-Unis, l'Australie ont déjà modifié leur règlement afin de supprimer l'hémochromatose génétique de la liste des critères d'exclusion.

Cette maladie est l'affection héréditaire la plus fréquente dans notre pays. On parle d'un Belge sur 200 à 300. Le nombre de donneurs serait ainsi accru de façon considérable.

Madame la ministre, ne pourrait-on pas envisager que le traitement de l'hémochromatose génétique et le don de sang puissent être combinés légalement en Belgique, comme c'est le cas dans d'autres pays ?

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je souhaiterais brièvement indiquer que Mme Temmerman a déposé une proposition de loi visant à permettre aux personnes souffrant d'hémochromatose d'entrer en considération pour les dons de sang. Pour autant que je sache, la proposition sera prise en considération demain ou après-demain.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Ce n'est pas parce que la ministre de la Santé ou des sénateurs disent que les choses doivent changer que des dispositions vont être prises automatiquement. Il faut que nos instances médicales de contrôle et d'avis, comme le Conseil supérieur de la santé et le KCE, prennent position.

Pour le moment, les patients atteints d'hémochromatose ne peuvent effectivement pas donner leur sang, en vertu de l'annexe à la loi du 5 juillet 1994 concernant le sang et les dérivés du sang d'origine humaine. Cependant, le Conseil supérieur de la santé prépare, notamment à la lumière des nouvelles connaissances scientifiques, un avis sur le don de

over een advies van de Raad beschikken?

Mevrouw Christie Morreale (PS). – *Patiënten die getroffen zijn door genetische hemochromatose lijden aan ijzerstapeling. Ze moeten bloedafnames of regelmatige aderlatingen laten doen om het overschot aan ijzer af te voeren. Het verkregen bloed is perfect bruikbaar aangezien het enkel gekenmerkt wordt door een hoger ijzergehalte dan gemiddeld, aldus professor David Cassiman van het Universitair Ziekenhuis Leuven in De Standaard van donderdag 8 maart. Die ziekte houdt geen enkel risico in voor de ontvanger aangezien de ziekte erfelijk is en niet overdraagbaar via het bloed.*

De bloedzakjes, die nochtans veilig zijn, komen in de vuilnisbakken van de ziekenhuizen terecht en worden vervolgens verbrand door een gespecialiseerde firma. De patiënten die aan ijzerstapeling lijden, worden automatisch verwijderd van de lijst van donoren omdat ze niet aan de wettelijke voorwaarden voor een bloeddonatie voldoen. De bio-ethiek bepaalt immers dat de bloeddonatie vrijwillig en gratis moet zijn. Die voorwaarden sluiten bijgevolg alle kandidaat-donoren uit die hun bloed geven om medische redenen aangezien er een voordeel, zowel medisch als financieel, aan verbonden is. De bloeddonatie gebeurt gratis terwijl aderlatingen aangerekend worden.

Frankrijk, Zweden, Canada, de Verenigde Staten en Australië hebben hun reglement al gewijzigd om genetische hemochromatose te schrappen van de lijst van uitsluitingscriteria.

Die ziekte is de meest voorkomende erfelijke aandoening in ons land. Eén op de 200 tot 300 Belgen zou eraan lijden. Het aantal donoren zou aldus aanzienlijk stijgen.

Kan worden bekeken of de behandeling van genetische hemochromatose en bloeddonatie wettelijk kunnen worden geregeld in België, zoals dat in andere landen het geval is?

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik zal het zeer kort houden en wil er alleen graag op wijzen dat collega Temmerman vanuit haar deskundigheid een wetsvoorstel heeft ingediend om het mogelijk te maken dat mensen met hemochromatose in de toekomst wel degelijk in aanmerking komen om bloed te geven. Voor zover ik weet, wordt het voorstel morgen of overmorgen in overweging genomen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Het is niet omdat de minister van Volksgezondheid of senatoren zeggen dat er iets moet veranderen dat er automatisch maatregelen worden genomen. Een standpunt van de medische controle- en adviesorganen, zoals de Hoge Gezondheidsraad en het KCE, is vereist.*

Op dit ogenblik kunnen patiënten die lijden aan hemochromatose inderdaad geen bloed geven, krachtens de bijlage bij de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong. De Hoge Gezondheidsraad bereidt evenwel een advies voor, speciaal in het licht van nieuwe wetenschappelijke gegevens, over het

sang et justement sur les personnes porteuses du gène de l'hémochromatose.

Cet avis ne sera pas disponible avant plusieurs mois, même si je demande que l'on accélère les choses. Dès que le Conseil supérieur de la santé aura déposé ses conclusions, je pourrai intervenir. Je ne suis en tout cas pas opposée à une révision de la situation actuelle, mais j'insiste sur le fait que nous devons absolument nous assurer de l'absence de tout risque pour le donneur et pour le receveur.

Comme vous l'avez dit, l'hémochromatose est une affection qui exige un suivi médical précis, avec une attention particulière aux réserves de fer du patient et aux éventuelles complications au niveau du cœur, du foie ou du pancréas. La sécurité du donneur doit être assurée. Il est important que l'état de santé des patients soit contrôlé au maximum même si, à l'avenir, le don de sang était autorisé.

En résumé, je ne suis certainement pas opposée à une révision de la situation actuelle mais, puisque le Conseil supérieur de la santé a décidé d'examiner le problème de près, j'attendrai son avis et la garantie que tout risque est exclu pour le donneur et pour le receveur.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je note que vous attendez un avis. Des contacts que nous avons eus avec d'autres laissent à penser que cet avis sera positif. Le don de sang est autorisé en France depuis trois ans et les études ne peuvent qu'aller dans ce sens.

Je demande donc que l'on accélère la procédure d'avis.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je ne dirai pas au Conseil supérieur de la santé que le Sénat sait déjà quelle sera la teneur de son avis, mais bien que cet avis est attendu avec impatience. Je vais donc lui demander d'accélérer son travail.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – J'ai juste dit qu'il existait un faisceau de présomptions qui me semblait favorable.

Mme Christie Morreale (PS). – La Croix-Rouge est confrontée très régulièrement à des pénuries de sang et une dérogation aux critères d'exclusion des donneurs pourrait y remédier. Je vous remercie en tout cas de demander au Conseil supérieur de la santé de remettre rapidement son avis de sorte que le stock de sang utilisable puisse être accru.

Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les demandes d'aide introduites auprès des CPAS par des patients psychiatriques internés en vue du paiement d'une garantie locative» (n° 5-1913)

Mme Helga Stevens (N-VA). – Les patients psychiatriques qui terminent une longue période d'internement doivent

geven van bloed, precies met betrekking tot personen die drager zijn van het hemochromatosegen.

Dat advies zal pas over enkele maanden beschikbaar zijn, hoewel ik vraag om er spoed bij te zetten. Zodra de Hoge Gezondheidsraad zijn conclusies heeft ingediend, kan ik optreden. Ik ben in elk geval niet gekant tegen een herziening van de huidige situatie, maar ik dring aan op het feit dat we zeker moeten zijn dat geen enkel gevaar bestaat voor de donor en de ontvanger.

Hemochromatose is een aandoening die een precieze medische opvolging vereist, met bijzondere aandacht voor de ijzerreserves van de patiënt en de mogelijke complicaties voor het hart, de lever of de pancreas. De veiligheid van de donor moet worden verzekerd. Het is belangrijk dat de gezondheidstoestand van de patiënten zoveel mogelijk wordt gecontroleerd, zelfs al zou in de toekomst bloeddonatie worden toegestaan.

Samenvattend ben ik zeker niet gekant tegen een herziening van de huidige situatie, maar aangezien de Hoge Gezondheidsraad heeft beslist het probleem van nabij te onderzoeken, wacht ik op zijn advies en de verzekering dat elk risico voor de donor en de ontvanger is uitgesloten.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik onthoud dat de minister een advies afwacht. Uit contacten die we met anderen hebben gehad leid ik af dat dit advies positief zal zijn. Bloeddonatie is in Frankrijk drie jaar geleden toegestaan en de studies kunnen alleen in die richting gaan.*

Ik vraag dus dat de adviesprocedure wordt versneld.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik zal niet aan de Hoge Gezondheidsraad zeggen dat de Senaat al weet welke richting het advies uitgaat, maar wel dat dit advies met ongeduld wordt afgewacht. Ik zal de Raad dus vragen zijn werk te bespoedigen.*

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik heb enkel gezegd dat er een reeks vermoedens zijn die me gunstig lijken.*

Mevrouw Christie Morreale (PS). – *Het Rode Kruis heeft regelmatig te kampen met bloedtekorten en een afwijking op de uitsluitingscriteria voor de donoren kan dat verhelpen. Ik dank de minister in elk geval om de Hoge Gezondheidsraad te vragen zijn advies snel te geven zodat de stock van bruikbaar bloed kan stijgen.*

Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de vraag van geïnterneerde psychiatriese patiënten aan OCMW's naar een huurwaarborg» (nr. 5-1913)

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – Psychiatriese patiënten die aan het einde van een lange internering komen, moeten op

rechercher une nouvelle résidence. Le plus souvent, ils s'adressent au CPAS de la commune où se trouve leur centre d'internement et lui demandent de leur avancer une garantie locative. La plupart des demandeurs sont domiciliés dans une autre commune mais, à cause de leur long séjour dans la commune où a eu lieu l'internement, ils y introduisent leur demande.

Manifestement, les CPAS de Turnhout, Duffel, Boechout et Geel, notamment, sont très fréquemment confrontés à de telles demandes. À l'origine, ils tendaient à payer ces avances mais ils ont constaté par la suite que de nombreux demandeurs déménageaient aussitôt dans une autre commune ou se retrouvaient à nouveau en psychiatrie. Récupérer la garantie devient alors beaucoup plus compliqué. Les CPAS sont par conséquent de plus en plus rétifs face à de tels demandeurs.

La question de la domiciliation et de la garantie locative est pour l'instant encore une matière fédérale alors que l'accompagnement et le relogement des patients psychiatriques relèvent des compétences des communautés. De là peut découler un manque de clarté sur le terrain quant à l'approche.

C'est pourquoi je voudrais poser les questions suivantes à la ministre.

De quelles manières les institutions psychiatriques qui accueillent également des personnes internées, épaulent-elles les patients au terme de leur internement ? Ces derniers sont-ils aidés pour leur relogement et pour l'obtention d'une garantie locative ?

Les institutions disposent-elles de directives relatives à une éventuelle garantie locative pour les patients qui les quittent ? Si oui, lesquelles ? Si non, la ministre prendra-t-elle une initiative à ce sujet ?

Les CPAS des communes possédant sur leur territoire une institution où des personnes internées sont également accueillies disposent-ils de directives relatives à la problématique du relogement et de la garantie locative ? Si oui, lesquelles ? Si non, la ministre prendra-t-elle une initiative à ce sujet ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *La plupart des questions que me pose Mme Stevens concernent malheureusement les compétences d'autres ministres, notamment mes collègues de la Justice et de l'Intégration sociale.*

Les institutions psychiatriques ne reçoivent de mes services aucun financement pour le relogement ou les garanties locatives. Le logement fait d'ailleurs intégralement partie du trajet de reclassement qui relève du SPF Justice et pour lequel le service psychosocial de l'administration pénitentiaire offre le soutien nécessaire. Dès qu'il apparaît qu'une personne pourrait éprouver des difficultés pour trouver l'argent nécessaire au paiement de la garantie locative, cette situation est soumise aux institutions compétentes, y compris le CPAS. En principe, le lieu de résidence de la personne internée avant l'internement détermine le CPAS qui est compétent. Cependant, il est aussi

zoek naar een nieuwe woonplaats. Doorgaans wenden ze zich dan tot het OCMW van de gemeente waar hun interneringscentrum gelegen is met de vraag voor hen alvast een huurwaarborg voor te schieten. De meeste aanvragers zijn in een andere gemeente gedomicilieerd, maar door hun langdurig verblijf in de gemeente van internering, doen ze daar hun aanvraag.

Blijkbaar worden de lokale OCMW-besturen van onder andere Turnhout, Duffel, Boechout en Geel zeer frequent met zulke aanvragen geconfronteerd. Aanvankelijk waren ze geneigd die voorschotten te betalen, maar ze stelden vervolgens vast dat veel aanvragers meteen uitwijken naar andere gemeenten of opnieuw in de psychiatrie belanden. De waarborg terugkrijgen wordt dan veel moeilijker, met als gevolg dat de OCMW's stilaan weigerachtig staan tegenover zulke aanvragers.

De kwestie van domiciliëring en huurwaarborg is voorlopig nog een federale materie, terwijl het begeleiden en herhuisvesten van psychiatrie patiënten tot het takenpakket van de gemeenschappen behoren. Met als gevolg dat er onduidelijkheid kan ontstaan over de aanpak op het terrein.

Daarom heb ik voor de minister volgende vragen.

Op welke manieren staan de psychiatrie instellingen die ook geïnterneerden opvangen, vertrekkende patiënten bij als ze aan het einde van hun internering komen? Worden ze geholpen bij herhuisvesting en bij het verkrijgen van een huurwaarborg?

Beschikken de instellingen over richtlijnen in verband met een eventuele huurwaarborg voor hun vertrekkende patiënten? Zo ja, welke? Zo nee, zal de minister in dat verband een initiatief nemen?

Beschikken de OCMW's van gemeenten met instellingen waar ook geïnterneerden worden opgevangen, over richtlijnen in verband met de problematiek van herhuisvesting en huurwaarborg? Zo ja, welke? Zo nee, zal de minister een initiatief nemen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De meeste vragen die mevrouw Stevens me stelt, hebben helaas betrekking op bevoegdheden van andere ministers, in het bijzonder van mijn collega's van Justitie en Maatschappelijke Integratie.

Van mijn diensten krijgen de psychiatrie instellingen geen financiering voor herhuisvesting of huurwaarborgen. Huisvesting is immers een integraal onderdeel van het reclasseringstraject, dat ten laste valt van de FOD Justitie en waarbij de psychosociale dienst van de penitentiaire administratie de nodige ondersteuning biedt. Zodra blijkt dat iemand het moeilijk zou kunnen hebben om het nodige geld voor de huurwaarborg te vinden, wordt die situatie aan de bevoegde instellingen, met inbegrip van het OCMW, voorgelegd. In principe bepaalt de verblijfplaats van de geïnterneerde vóór zijn internering welk OCMW bevoegd is, maar soms kan het ook de gemeente zijn waar de betrokken

parfois possible que ce soit la commune où l'intéressé est interné puisque le CPAS est compétent là où le besoin existe.

Je peux aussi indiquer que ni mes services ni ceux de la Justice n'ont édicté des directives destinées aux institutions et relatives à l'obtention d'une garantie locative.

Pour la dernière question de Mme Stevens, je dois la renvoyer à ma collègue de l'Intégration sociale, également compétente pour les CPAS.

Mme Helga Stevens (N-VA). – *Je déplore vraiment que les compétences soient à ce point éparpillées. Pour un point, le ministre de la Justice est compétent alors que pour l'autre, c'est la secrétaire d'État à l'Intégration sociale qui l'est. Un chat n'y retrouverait pas ses jeunes. Aucune politique convenable ne peut être menée de cette manière. Je ferai en tous cas le nécessaire pour poser à nouveau les questions aux bonnes personnes.*

Demande d'explications de Mme Helga Stevens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les interprètes en langue des signes dans les hôpitaux» (n° 5-1914)

Mme Helga Stevens (N-VA). – *Il ressort de la réponse de la ministre Onkelinx à la demande d'explications n° 5-1563 de M. du Bus de Warnaffe que peu d'hôpitaux ont recours à des interprètes en langue des signes parce que peu de patients sourds y sont traités.*

Je pense que ce raisonnement ne tient pas debout et ne correspond pas à la réalité. Bien que les personnes sourdes représentent en effet une minorité avec des besoins spécifiques relatifs à la communication, elles entrent en contact avec les hôpitaux, plus ou moins souvent selon les cas, comme tout le monde. Le problème est tout simplement le suivant : les personnes sourdes ne se voient pas offrir les mêmes facilités que les personnes d'origine étrangère pour lesquelles c'est presque automatique. On trouve normal que les personnes sourdes amènent avec elles un « interprète » afin de faciliter la communication avec le médecin ou le spécialiste. En l'absence d'interprète, il faut bien qu'on se débrouille avec un stylo et un papier, faute de mieux. Il y a ainsi un « sous-enregistrement » des personnes/patients sourd(e)s dans les hôpitaux. N'oublions pas non plus à ce sujet que les personnes sourdes sont souvent présentes à l'hôpital en tant que parents d'enfants malades.

Grâce à mon expérience personnelle et à mes contacts avec la communauté des personnes sourdes, je sais que la demande d'aide par un interprète professionnel en langue des signes est forte dans les hôpitaux. Toutefois, lorsque des personnes sourdes demandent explicitement un tel interprète, elles sont toujours éconduites. On leur indique souvent qu'elles doivent amener quelqu'un avec elles, que ce soit un interprète ou un membre de leur famille. Ceci explique aussi que le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme ait dû intervenir et qu'un hôpital brugeois ait été obligé de payer une facture pour un interprète en langue des signes au lieu de la renvoyer à un couple de sourds. Sur la base de ce cas et

geïnterneerd is, aangezien het OCMW bevoegd is op de plaats waar de behoefte bestaat.

Ik kan ook meegeven dat noch mijn diensten, noch die van Justitie richtlijnen voor de instellingen hebben uitgevaardigd over het verkrijgen van een huurwaarborg.

Voor de laatste vraag van mevrouw Stevens moet ik naar mijn collega voor Maatschappelijke Integratie verwijzen, die voor de OCMW's bevoegd is.

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – Ik betreur echt dat de bevoegdheden zo verspreid zijn. Voor het ene punt is de minister van Justitie bevoegd, voor het andere de staatssecretaris voor Maatschappelijke Integratie. Het is een kluwen waar niemand nog wijs uit raakt. Op die manier kan ook geen behoorlijk beleid worden gevoerd. Ik zal in elk geval het nodige doen om de vragen opnieuw te stellen, aan de juiste personen.

Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de tolken gebarentaal in ziekenhuizen» (nr. 5-1914)

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – Uit het antwoord van minister Onkelinx op de vraag om uitleg nr. 5-1563 van collega du Bus de Warnaffe blijkt dat slechts weinig ziekenhuizen gebruik maken van tolken gebarentaal omdat in de ziekenhuizen slechts weinig dove patiënten worden behandeld.

Ik denk dat deze redenering niet echt opgaat en niet beantwoordt aan de realiteit. Hoewel dove mensen inderdaad een minderheid vormen met specifieke noden op het vlak van communicatie, komen zij, net als iedereen, in meerdere of mindere mate in aanraking met ziekenhuizen. Het probleem is gewoon dat dove mensen niet dezelfde faciliteiten aangeboden krijgen als mensen van vreemde afkomst, voor wie dit bijna automatisch gebeurt. Men vindt het normaal dat dove mensen zelf een 'tolk' meebrengen om de communicatie met de arts of specialist te faciliteren. Als er geen tolk is, dan beredert men zich met pen en papier, vaak tegen beter weten in. Op die manier is er een 'onderregistratie' van dove mensen/patiënten in ziekenhuizen. Vergeten we hierbij ook niet dat dove mensen soms ook als ouders van zieke kinderen betrokken zijn bij het ziekenhuisgebeuren.

Uit mijn eigen ervaringen en mijn contacten met de dovengemeenschap weet ik dat er een grote vraag is naar ondersteuning door een professionele tolk gebarentaal in ziekenhuizen. Maar als dove mensen expliciet vragen naar een tolk gebarentaal, worden zij steeds weer afgescheept. Vaak wordt hen verteld dat ze maar zelf iemand moeten meebrengen, een tolk of anders een familielid. Vandaar ook dat het Centrum voor Gelijke Kansen en Racismebestrijding tussenbeide is moeten komen en een Brugs ziekenhuis verplicht heeft een factuur voor een tolk gebarentaal voor eigen rekening te nemen in plaats van ze door te schuiven naar een doof koppel. Op basis van deze casus en andere klachten formuleerde het Centrum eind oktober 2011 een

d'autres plaintes, le Centre a formulé à la fin d'octobre 2011 une recommandation relative à l'offre de services d'un interprète en langue des signes dans les hôpitaux.

Il ressort de la même réponse à la question de M. du Bus de Warnaffe qu'en 2011, deux projets pilotes ont été menés, dans lesquels les médiateurs interculturels sont intervenus dans les hôpitaux à l'aide d'un système de vidéoconférence. Les hôpitaux suivants ont participé au projet : le CHU de Charleroi, le Grand Hôpital de Charleroi, le CHR La Citadelle de Liège, St Pierre et Brugmann à Bruxelles, ZNA à Anvers, UZ Gand, AZ Sint-Lucas à Gand. Trois de ces hôpitaux ont travaillé avec des interprètes en langue des signes, ce qui peut être qualifié de très positif.

Pouvez-vous m'indiquer quels sont les trois hôpitaux parmi les établissements précités qui ont aussi employé des interprètes en langue des signes dans le cadre de ces projets pilotes ?

La ministre a également indiqué que l'évaluation du projet était très positive. Quelle a été l'organisation du projet pilote et comment a-t-il été concrètement évalué, notamment quant à l'emploi d'interprètes en langue des signes et de la vidéoconférence ?

Ces projets pilotes seront-ils poursuivis, éventuellement sous une autre forme ?

Quelles recommandations politiques éventuelles peut-on formuler sur la base des expériences acquises durant le projet pilote ? La ministre reprendra-t-elle ces recommandations dans sa politique ?

Des informations claires à ce sujet seront-elles communiquées au groupe-cible ? C'est important afin que, dans les cas urgents, on ne perde pas de temps et on puisse se rendre immédiatement dans le « bon » hôpital.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les personnes sourdes sont, comme les autres, en contact avec les hôpitaux, et nous sommes très conscients des problèmes auxquels elles sont souvent confrontées en matière de soins de santé.*

Les problèmes sont nombreux en matière d'offre d'assistance linguistique professionnelle. Le nombre de patients sourds par hôpital étant faible, il n'est pas rentable pour un hôpital d'engager un interprète en langue des signes à temps plein. Cet interprète serait en chômage technique la majeure partie de son temps. En outre, nous constatons que des prestataires de soins et de nombreux patients sourds résolvent les problèmes de communication de diverses manières, par exemple en faisant traduire par des membres de la famille, en communiquant par écrit, etc. Enfin, tant en Communauté flamande qu'en Communauté française, l'offre en interprètes est insuffisante pour assurer aux personnes sourdes une bonne accessibilité et une bonne qualité des soins dans les hôpitaux.

En réponse aux questions concrètes de Mme Stevens, je peux dire que, grâce aux projets de médiation interculturelle par le biais d'internet, des interprètes en langue des signes sont engagés dans trois hôpitaux. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de vidéoconférence dans ces trois hôpitaux pour des

aanbeveling met betrekking tot het aanbieden van tolken gebarentaal in ziekenhuizen.

Uit hetzelfde antwoord op de vraag van collega du Bus de Warnaffe blijkt dat er in 2011 twee proefprojecten liepen waarbij interculturele bemiddelaars in de ziekenhuizen werden ingeschakeld via een systeem van videoconferencing. Volgende ziekenhuizen namen deel aan het project: het CHU Charleroi, het Grand Hôpital de Charleroi, het CHR de la Citadelle te Luik, Sint-Pieter en Brugmann te Brussel, ZNA te Antwerpen, UZ Gent en AZ Sint-Lucas te Gent. Drie van die ziekenhuizen werkten met tolken gebarentaal, wat zeker heel positief te noemen is.

Kunt u mededelen welke drie van de genoemde ziekenhuizen ook tolken gebarentaal ingezet hebben bij deze proefprojecten?

De minister zei ook dat het project positief werd geëvalueerd. Wat was de opzet van het proefproject en hoe werd het project concreet geëvalueerd met betrekking tot de inzet van tolken gebarentaal en videoconferencing?

Worden deze proefprojecten voortgezet, eventueel in gewijzigde vorm?

Welke eventuele beleidsaanbevelingen kunnen worden geformuleerd op basis van de ervaringen opgedaan tijdens het proefproject? Zal de minister deze aanbevelingen meenemen in haar beleid?

Zal hierover ook duidelijk worden gecommuniceerd met de doelgroep? Dat is van belang, zodat men zeker in spoedeisende gevallen geen tijd wordt verliest en onmiddellijk naar het 'juiste' ziekenhuis kan gaan.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Dove mensen komen net als anderen in contact met ziekenhuizen en we zijn ons ten zeerste bewust van de problemen die zij vaak ondervinden in de gezondheidszorg.*

Inzake het aanbieden van professionele taalbijstand zijn er heel wat problemen. Doordat het aantal dove patiënten per ziekenhuis aan de lage kant ligt, is het niet kosteneffectief om bijvoorbeeld een voltijdse tolk gebarentaal in een ziekenhuis aan te stellen. Die tolk zou voor het grootste deel van zijn tijd technisch werkloos blijven. Bovendien stellen we vast dat hulpverleners en vele dove patiënten geneigd zijn de communicatieproblemen op andere manieren op te lossen, bijvoorbeeld door familieleden te laten tolken, schriftelijk te communiceren, enzovoort. Ten slotte blijkt het bestaande tolkenaanbod, zowel in de Vlaamse als in de Franse Gemeenschap, ontoereikend om voor dove mensen een goede toegankelijkheid en zorgkwaliteit in de ziekenhuizen te verzekeren.

In antwoord op de concrete vragen van mevrouw Stevens kan ik zeggen dat er bij de projecten rond interculturele bemiddeling via internet inderdaad in drie ziekenhuizen tolken gebarentaal worden ingezet. In geen ervan werd tot nog toe voor doveninterventies aan videoconferencing gedaan. De beschikbaarheid van tolken gebarentaal blijkt

interventions concernant des personnes sourdes. La disponibilité des interprètes en langue des signes en dehors de leur place habituelle n'est pas suffisamment connue, de sorte qu'il n'y a pas de demande. Dans les hôpitaux concernés, on est conscient de cette problématique. Si les projets sont poursuivis, nous veillerons à une meilleure information des intéressés sur la possibilité de faire appel à un interprète en langue des signes à l'aide de ce système.

L'évaluation des projets est positive. On a constaté qu'il est parfaitement possible de fournir une bonne assistance linguistique avec ce système.

En ce qui concerne le travail en langue des signes, nous disposons uniquement d'expériences faites durant des tests et des sessions de formation. Nous pouvons en conclure que le système peut aussi être utilisé pour traduire en langue des signes, mais il faut encore inciter les prestataires de soins à faire fonctionner le système. Si les projets sont poursuivis, nous veillerons à faire connaître le système auprès des utilisateurs potentiels : les patients et les prestataires de soins. Il est prévu d'élargir le projet aux soins de santé extra-muros de sorte que par exemple les médecins généralistes puissent aussi y faire appel pour communiquer avec des patients qui parlent une autre langue.

L'objectif est bien entendu d'informer les groupes cibles de l'offre disponible. Dans le cadre de ces projets, nous prendrons aussi contact avec les représentants des organisations de personnes sourdes.

Mme Helga Stevens (N-VA). – *Je n'ai pas obtenu de réponse à ma question sur les hôpitaux qui ont collaboré au projet relatif à l'engagement d'un interprète en langue des signes. Je sais que sept hôpitaux étaient concernés mais que trois seulement ont travaillé avec des interprètes en langue des signes. Quels étaient ces trois hôpitaux ?*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Je vous transmettrai par écrit le nom des hôpitaux et un compte rendu de l'expérience concrète qu'ils ont menée dans ce domaine.*

Mme Helga Stevens (N-VA). – *Je vous en remercie.*

Il ne serait évidemment pas payable de prévoir un interprète en langue des signes dans chaque hôpital. D'ailleurs, personne ne le demande. Ce serait un gaspillage de moyens. Avec l'appui de la communauté des sourds, je plaide pour que l'on trouve une solution au problème de communication de très nombreux patients sourds. C'est une demande concrète pressante. Les patients ne veulent pas toujours se faire accompagner de leur famille afin de protéger leur vie privée. De plus, un parent qui se rend sur place uniquement pour servir d'interprète, s'implique toujours. Dans les situations délicates, les membres de la famille ne peuvent adopter une attitude neutre comme le ferait un interprète professionnel. S'il s'agit, par exemple, d'un enfant atteint de cancer ou si la personne sourde souffre d'une grave maladie, il ne faudrait pas que l'on soit réduit à faire appel à un membre de la famille comme interprète. Nous ne vivons quand même plus au moyen âge !

La communication écrite pose également problème. Les

buiten hun standplaats onvoldoende bekend, zodat er geen aanvragen binnenkomen. Men is zich in de betrokken ziekenhuizen bewust van deze problematiek. Indien de projecten worden voortgezet, zullen we ervoor zorgen dat alle betrokkenen beter geïnformeerd worden over de mogelijkheid om met de hulp van dit systeem een beroep op een tolk gebarentaal te doen.

De projecten zijn positief geëvalueerd. Er is vastgesteld dat het perfect mogelijk is om met dit systeem een goede taalbijstand te leveren.

Wat betreft het werken in gebarentaal beschikken we alleen over ervaringen opgedaan tijdens tests en opleidingssessies. Daaruit kunnen we concluderen dat het systeem ook kan worden gebruikt voor het tolken in gebarentaal, maar er is nog heel wat bewustmaking nodig om hulpverleners met het systeem te doen werken. Als de projecten worden voortgezet, zullen we veel aandacht besteden aan de bekendmaking van het systeem bij de potentiële gebruikers: patiënten en hulpverleners. Voorts bestaan er plannen om het project uit te breiden naar de extramurale gezondheidszorg, zodat bijvoorbeeld ook huisartsen er een beroep op kunnen doen voor hun communicatie met anderstalige patiënten.

Het is uiteraard de bedoeling om de doelgroepen op de hoogte te brengen van het beschikbare aanbod. In het kader van deze projecten willen we ook contact opnemen met vertegenwoordigers van dovenorganisaties.

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – *Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag welke ziekenhuizen hebben meegewerkt aan het project rond de inzet van een tolk gebarentaal. Ik weet dat zeven ziekenhuizen bij het project betrokken waren, maar blijkbaar hebben er maar drie specifiek met tolken gebarentaal gewerkt. Welke drie waren dat?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik zal de senatoren schriftelijk de naam bezorgen van de ziekenhuizen, en een verslag van de concrete ervaring die ze op dat vlak hebben.*

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – *Daar kan ik mee instemmen.*

Het zou uiteraard niet kostenefficiënt zijn om in elk ziekenhuis een tolk gebarentaal in te zetten. Dat wordt overigens door niemand gevraagd. Dat zou een verspilling van middelen zijn. Met de steun van de dovengemeenschap vraag ik wel dat er een oplossing komt voor het communicatieprobleem van heel veel dove patiënten en van dove ouders van kinderen in ziekenhuizen. Dat is een concrete prangende vraag. De patiënten willen niet altijd familieleden meebrengen, want wat schiet er dan nog over van hun privacy? Bovendien begint een familielid dat zagezegd alleen meegaat om te tolken, zich toch altijd te moeien. Familieleden kunnen zich in delicate situaties nu eenmaal niet neutraal opstellen, zoals een professionele tolk dat wel kan. Als het bijvoorbeeld gaat om een kind met kanker of als de dove zelf aan die zware ziekte lijdt, dan kan het toch niet dat ze voor een tolk aangewezen zijn op een familielid? We leven toch niet meer in de middeleeuwen!

organisations de sourds, tant du côté néerlandophone que francophone, confirmeront à la ministre que la communication écrite n'est absolument pas efficace car de très nombreux sourds sont des analphabètes fonctionnels. Ils ont un réel problème en ce qui concerne la langue : ils voient ce qui est écrit mais ne comprennent pas ce qu'ils lisent.

Je voudrais dès lors demander à la ministre d'enfin aborder ce problème. Je me réfère également aux recommandations formulées par le Centre pour l'Égalité des chances et la Lutte contre le racisme. Qu'en est-il advenu ? Les personnes sourdes sont également des citoyens. Elles ont droit comme chacun à une communication à part entière et à des soins de qualité en hôpital.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'obligation pour les pharmaciens de délivrer dans certains cas le médicament le moins cher» (n° 5-1925)

M. Bert Anciaux (sp.a). – La ministre a récemment concrétisé un accord faisant partie de l'accord de gouvernement en vue de faire des économies dans les soins de santé. Dans des cas précis, par exemple pour les antibiotiques, les antimycosiques et les réducteurs d'acidité gastrique, les pharmaciens doivent désormais, délivrer le médicament équivalent le moins cher, même si la prescription du médecin mentionne une autre marque. Selon les mutualités et les organisations de patients, c'est une excellente mesure, mais l'industrie pharmaceutique et les grands syndicats de médecins la rejettent.

J'ai déjà interrogé la ministre sur les médicaments génériques et biosimilaires. La ministre a admis mes inquiétudes et a fortement souligné à l'époque l'impérieuse nécessité de faire des économies en matière de comportement prescripteur. Ces décisions récentes sont un premier pas important dans la bonne direction, du moins dans un premier temps. Je me réjouis dès lors de cette mesure et de ses objectifs qui établissent un lien entre soins optimaux et utilisation rationnelle de médicaments.

Les réactions virulentes et négatives de l'industrie pharmaceutique et d'un syndicat de médecins renvoient à deux contre-arguments. Premièrement, les médicaments ne sont jamais tout à fait identiques. Deuxièmement, la concertation avec les partenaires n'est pas prise au sérieux, et d'autres propositions ne sont pas valorisées. Par le passé, l'Association belge des syndicats médicaux, anciennement appelé le syndicat Wynen, n'était d'ailleurs pas exemplaire en matière de concertation.

Comment la ministre réagit-elle aux réactions négatives de l'industrie pharmaceutique et d'un syndicat des médecins à la mesure imposant dans certains cas aux pharmaciens de délivrer le médicament équivalent le moins cher, même si la prescription du médecin mentionne une autre marque ?

La ministre admet-elle le contre-argument médical selon lequel des médicaments ne sont jamais identiques ? Ou cet

Het spijt me, maar ook schriftelijke communicatie werkt niet. Zowel de Nederlandstalige als de Franstalige dovenorganisaties zullen de minister bevestigen dat schriftelijke communicatie absoluut niet afdoende is, omdat heel veel doven functioneel analfabeet zijn. Ze hebben echt een probleem met taal: ze zien wel wat er staat, maar ze begrijpen niet wat ze lezen.

Ik wil de minister dan ook vragen dit probleem eindelijk eens aan te pakken. Ik verwijs ook naar de aanbevelingen van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding. Wat is daarmee gedaan? Misschien kan de minister dat ook eens nagaan. Dove mensen zijn ook burgers, ze hebben net als iedereen recht op een volwaardige communicatie en op een volwaardige hulpverlening in een ziekenhuis.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verplichting van apothekers om in bepaalde gevallen het goedkoopste medicament af te leveren» (nr. 5-1925)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Recent concreetiseerde de minister een afspraak binnen het regeerakkoord met het oog op besparingen in de gezondheidszorg. Vanaf nu moeten apothekers in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld voor antibiotica, antischimmelmedicatie en maagzuurremmers, het goedkoopste maar gelijkwaardige medicament leveren, ook al vermeldt het voorschrift van de arts een ander merk. Ziekenfondsen en patiëntenorganisaties vinden die maatregel prima, maar – zoals te voorspellen – wijzen de farmaceutische industrie en de grootste artsenvakbond deze maatregel af.

Al eerder ondervroeg ik de minister, toen nog als ontslagnemend minister, over de generische medicamenten en biosimilars. De minister beaamde mijn bekommernissen en beklemtoonde toen sterk de grote noodzaak om te besparen op het voorschrijfgedrag. Met deze recente beslissingen heeft de minister, althans in een eerste fase, een zeer belangrijke stap in de goede richting gedaan. Ik verheug me dan ook over deze maatregel en over de inspiratie en doelstellingen ervan, die optimale zorg koppelt aan het zuinig omspringen met gemeenschapsmiddelen.

De scherpe, negatieve reacties van de farmaceutische industrie en één artsensyndicaat, verwijzen naar twee contra-argumenten. Een eerste wijst op een medisch aspect, namelijk dat medicamenten nooit helemaal identiek zijn. Een tweede klaagt over het niet ernstig nemen van het overleg met de partners en het niet valoriseren van andere voorstellen. Overigens was de Belgische Vereniging van artsensyndicaten – voorheen het zogenaamde syndicaat Wynen – in het verleden niet bepaald een schoolvoorbeeld van goed overleg.

Hoe reageert de minister op de negatieve reacties van de farmaceutische industrie en een artsensyndicaat op de maatregel die apothekers verplicht in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld voor antibiotica, antischimmelmedicatie en maagzuurremmers, het goedkoopste maar gelijkwaardige medicament te leveren, ook al vermeldt het voorschrift van de arts een ander merk?

argument n'est-il pas pertinent ?

Les critiques marquent-ils un point lorsqu'ils disent que la ministre n'a pas valorisé leurs propositions et n'a pas pris le dialogue au sérieux ? Ou les opposants, inspirés par leurs propres intérêts financiers, coupent-ils les cheveux en quatre ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les positions de l'industrie pharmaceutique et de l'ABSyM me surprennent. Je m'étonne que l'ABSyM s'oppose à une mesure qui a obtenu le soutien de la Commission nationale médico-mutualiste où l'ABSyM est largement représentée. Je m'étonne également de la remise en question, dans le cadre de ces mesures, d'une série de principes reconnus par tous et appliqués sans problèmes à ce jour. Je pense en premier lieu à l'équivalence thérapeutique de deux médicaments de composition identique, un médicament original et un générique ou deux génériques.*

Les médicaments génériques représentent 60% du marché des médicaments hors brevet et jouissent donc d'une très grande confiance des médecins, des patients et des pharmaciens. Il est donc quelque peu surprenant que certains s'interrogent aujourd'hui sur leur équivalence. L'équivalence biologique de deux médicaments est une condition préalable à toute autorisation et est donc incontestable.

J'observe une prudence extrême pour toute mesure de substitution et je tiens compte des excipients pouvant éventuellement provoquer des allergies chez certains patients. Je veux éviter tout risque. C'est pourquoi le médecin a le droit de s'opposer à toute substitution pour de réelles raisons thérapeutiques. Ainsi, on peut prendre en compte toutes les situations problématiques possibles.

Je tiens aussi compte des droits du patient. Certaines personnes pensent que, pour toute prescription pour laquelle la substitution est autorisée, un accord explicite du patient est nécessaire. Je ne vois pas pourquoi cet accord n'est pas exigé pour toutes les prescriptions. Les patients savent-ils réellement combien coûte un médicament et quelles alternatives moins chères existent pour le traitement proposé par le médecin ?

La Commission nationale médico-mutualiste a fait une proposition alternative, que j'ai étudiée. Je suis arrivée à la conclusion que l'alternative est pertinente à long terme mais qu'elle ne permet pas au gouvernement de réaliser les économies prévues pour 2012. C'est pourquoi ce dernier a décidé, sur ma proposition, de poursuivre la substitution mais, en même temps, le travail relatif aux propositions à long terme de la Commission nationale médico-mutualiste a été entamé.

Je rappelle enfin que, pendant sa réunion du 30 janvier 2012, la Commission nationale médico-mutualiste a dit qu'elle avait atteint un consensus sur l'introduction, pour le pharmacien d'officine, de la possibilité de substitution pour les antibiotiques oraux pour usage aigu, sauf en cas d'objection thérapeutique du médecin.

Aanvaardt de minister het medische tegenargument, dat stelt dat medicamenten nooit identiek hetzelfde zijn? Of is dat een irrelevant tegenargument?

Hebben de critici een punt wanneer ze zeggen dat de minister hun – naar eigen zeggen – goede voorstellen, niet valoriseerde en de dialoog niet ernstig nam, of zoeken de tegenstanders, ingegeven door hun eigen financiële belang, spijkers op laag water?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik ben verwonderd over de standpunten van de farmaceutische industrie en van de BVAS. Het verbaast me dat de BVAS zich zo verzet tegen een maatregel die de steun kreeg van de nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, waarin de BVAS ruim vertegenwoordigd is en aan bod komt. Het verbaast me eveneens dat in het kader van deze maatregelen ook een reeks principes ter discussie worden gesteld die door iedereen worden erkend en die tot op heden probleemloos werden toegepast. Ik denk in de eerste plaats aan de therapeutische gelijkwaardigheid van twee geneesmiddelen met exact dezelfde samenstelling, een origineel en een generisch geneesmiddel of twee generische geneesmiddelen.

De generische geneesmiddelen vertegenwoordigen 60% van de markt van de geneesmiddelen buiten patent en genieten dus een zeer groot vertrouwen van artsen, patiënten en apothekers. Het wekt dus op zijn minst enige verbazing dat sommigen zich vandaag afvragen of ze wel gelijkwaardig zijn. De biogelijkwaardigheid tussen twee geneesmiddelen is een voorafgaande voorwaarde voor elke machtiging en staat dus buiten kijf.

Bij elke substitutiemaatregel ben ik extreem voorzichtig en houd ik rekening met de vulstoffen die eventueel een allergie kunnen veroorzaken bij sommige patiënten. Ik wil elk risico vermijden. Daarom heeft de arts het recht om zich om reële therapeutische redenen te verzetten tegen de substitutie. Zodoende kan met alle mogelijke problematische situaties rekening worden gehouden.

Ik houd ook rekening met de patiëntenrechten. Sommigen menen dat er voor elk voorschrift waarvoor de substitutie is toegestaan een uitdrukkelijke instemming van de patiënt nodig is. Ik zie niet in waarom die toestemming dan niet voor elk voorschrift wordt geëist. Weet elke patiënt werkelijk hoeveel een geneesmiddel kost en welke goedkopere alternatieven bestaan voor de behandeling die de arts voorstelt?

De nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen kon een alternatief voorstel doen. Ik heb dat voorstel afgewacht en bestudeerd. Ik ben tot het besluit gekomen dat het alternatief op lange termijn relevant is, maar dat het de regering niet in staat stelt om de voor 2012 geplande besparingen te realiseren. Daarom heeft de regering op mijn voorstel beslist om verder te gaan met de substitutie, maar tegelijkertijd werd ook het werk in verband met de langetermijnvoorstellen van de nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen in de steigers gezet.

Tot slot herinner ik eraan dat de nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen tijdens haar vergadering van 30 januari 2012 – ik citeer uit het verslag dat ze mij hebben

Donc, non seulement la concertation a eu lieu, mais il y a aussi eu un consensus sur la mesure au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et donc parmi les groupements et organisations qui y sont représentés. La critique actuelle me surprend d'autant plus.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *La ministre ne peut pas s'incliner car elle a pris une bonne décision. Au contraire, grâce à l'opposition de l'ABSyM, la majorité actuelle peut montrer ce qu'elle veut. Il est inacceptable que ce syndicat de médecins et le lobby pharmaceutique fassent obstacle à une décision importante. Je soutiens totalement la ministre.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la propagation de la tuberculose dans notre pays» (n° 5-2142)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Des informations alarmantes sur l'augmentation du nombre de cas de tuberculose nous parviennent de l'Institut de médecine tropicale. En 2011, le nombre d'infections a augmenté de 12%, et 52 patients ont succombé à la maladie.*

Cette évolution résulte d'une croissance des migrations.

La multirésistance constitue un sérieux problème supplémentaire. La tuberculose devient de plus en plus difficile à traiter et on doit chercher sans cesse d'autres combinaisons pour combattre les nouvelles formes de bacille. En Belgique, on a compté 19 patients multirésistants.

Un expert de de l'Institut de médecine tropicale préconise une approche globale, en généralisant les tests qui permettent de déterminer rapidement le degré de résistance. Il n'hésite pas à évoquer des développements incontrôlables et compare la situation à celle du VIH.

Comment la ministre évalue-t-elle la multiplication des cas de tuberculose, notamment dans notre pays, au demeurant peu performant sur le plan de la prévention ? Estime-t-elle ces développements inquiétants et comment ferait-elle face concrètement si la situation devenait incontrôlable, entre autres à cause d'une multirésistance accrue ? De quel plan d'action la ministre dispose-t-elle et quelles méthodes, quels instrument et quelle stratégie emploiera-t-elle ? Peut-elle garantir que tous les moyens nécessaires sont mis en œuvre pour contrôler et enrayer la tuberculose qui menace de s'étendre encore ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *La vigilance face à la tuberculose exige une approche globale. Les communautés sont compétentes en matière de prévention, alors que le volet curatif relève du fédéral. D'autres ministres sont également concernés par le screening des groupes à risque.*

bezorgd – 'een consensus heeft bereikt over het invoeren voor de apotheker van een officina van de substitutiemogelijkheid voor de orale antibiotica voor acuut gebruik, behalve bij therapeutische bezwaren van de arts.' Er heeft dus niet alleen overleg plaatsgevonden, er was ook een consensus over de maatregel in de nationale commissie Geneesheren-Ziekenfondsen en dus bij de groeperingen en organisaties die erin zijn vertegenwoordigd. Ik ben dus eens te meer verbaasd over de huidige kritiek.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – De minister mag niet buigen, want ze heeft een goede beslissing genomen. Integendeel, door de tegenstand van de BVAS kan de huidige meerderheid tonen waar ze voor staat. Het is niet aanvaardbaar dat dit artsensyndicaat en de farmaceutische lobby een belangrijke beslissing tegenhouden. Ik steun de minister ten volle.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opmars van tuberculose in ons land» (nr. 5-2142)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Uit het Instituut voor Tropische Geneeskunde komen alarmerende berichten over de toename van het aantal tbc-besmettingen. In 2011 noteerde men een stijging van het aantal infecties met ruim 12%. 52 patiënten overleden aan tbc.

Die ontwikkelingen zijn het gevolg van de toenemende migratie.

Daarbij dient zich een bijkomend maar ernstig probleem aan, namelijk de multiresistentie. Daardoor wordt tbc steeds moeilijker behandelbaar en moet men steeds nieuwe combinaties zoeken die de sterkere tbc-bacillen aankunnen. In België bleken 19 patiënten multiresistent.

Een expert van het Instituut voor Tropische Geneeskunde roept op voor een globale, omvattende aanpak, met het ruim verspreide gebruik van tests die de graad van resistentie snel kunnen bepalen. Hij schroomt niet te gewagen van een mogelijke onbeheersbare ontwikkeling en maakt een vergelijking met hiv.

Hoe evalueert de minister de opmars van tbc, ook in ons land, dat trouwens relatief slecht scoort qua voorkomen van tbc? In welke mate acht de minister de ontwikkelingen gevaarlijk en hoe zal ze een mogelijke onbeheersbaarheid, onder andere door een toenemende multiresistentie, concreet aanpakken? Over welk actieplan beschikt de minister, welke methodes, instrumenten en strategieën zullen daarbij worden gebruikt? Kan ze waarborgen dat alle noodzakelijke middelen worden ingezet om een mogelijk uitdijend gevaar van tbc optimaal te bestrijden en te beheersen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het toezicht op tuberculose moet op een globale manier worden aangepakt. De gemeenschappen zijn bevoegd voor preventie, de federale overheid is bevoegd voor het curatieve aspect. Ook andere ministers zijn betrokken bij het organiseren van de screening van de risicogroepen.

À l'échelon international, sous l'impulsion de l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) et avec la participation de la Belgique, de nouvelles stratégies pour mieux contrôler la tuberculose dans les grandes villes sont en élaboration.

Dans notre pays, le projet BELTA-TBnet est un modèle spécial de délivrance des médicaments et de financement du traitement des tuberculeux. Il entend aider à juguler le problème de la tuberculose en levant les obstacles financiers qui empêcheraient l'accès à un diagnostic et un traitement adaptés, sans omettre la prévention. En contrôlant le problème, la Belgique pourrait réduire le nombre de cas de tuberculose, la contagion et le risque que les bacilles deviennent multirésistants.

Il va sans dire que la Conférence interministérielle doit prendre connaissance des enseignements du projet BELTA réalisé par le FARES et la VRGT grâce à un financement de l'INAMI. Des représentants de l'INAMI et de BELTA participent au groupe de travail.

Les données du registre de la tuberculose indiquent une décroissance ininterrompue de l'incidence depuis 1980, mais cette baisse est moins nette ces dernières années. On est tombé sous les 10 cas par 100 000 habitants en 2007 et on s'y maintient au niveau du pays. Mais dans les grandes villes et en particulier à Bruxelles, la maladie est en recrudescence. D'ailleurs, on constate la même évolution à l'étranger.

En particulier, il faut trouver une solution pour les cas difficiles qui, sans exiger une hospitalisation aiguë, ne peuvent être traités en ambulatoire. Ces cas assez rares concernent surtout des personnes au statut social précaire.

La VRGT et le FARES souhaitent qu'on envisage la création de sections infirmières particulières qui permettraient une isolation stricte dans des conditions humaines. Ces services se substitueraient en fait aux anciens sanatoriums. Un financement spécial a été accordé à une unité infirmière pour maladies contagieuses à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles.

Je charge les services de la Santé publique d'étudier si des unités spéciales dans des hôpitaux de références répartis dans tout le pays sont nécessaires, en fonction de l'épidémiologie, des besoins sanitaires, du nombre prévisible de journées d'hospitalisation, ainsi que de l'organisation des soins ambulatoires contrôlés. La direction générale compétente du SPF a pris l'initiative de rédiger, avec des experts, une note conceptuelle en guise de préparation à une demande d'avis au Conseil national des établissements hospitaliers.

Il est évident qu'une approche adaptée des pathologies lourdes doit comprendre des aspects préventifs et curatifs, et doit donc avoir lieu dans le cadre d'une collaboration entre le fédéral et les entités fédérées, ce qui se déroule en pratique lors de la conférence interministérielle ou avec des groupes de travail ad hoc constitués à l'initiative de cette conférence.

En ce qui concerne les facteurs déterminants de la tuberculose, on connaît les caractéristiques sociales de la maladie. La paupérisation et la marginalisation de certaines populations dans les villes sont, selon l'OMS, les principaux facteurs favorisant la recrudescence de la maladie. Le programme BELTA-TBnet est un volet important de la solution à cette problématique. D'autre part, il faut

Momenteel wordt ook op internationaal vlak, onder de leiding van het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), nagedacht over nieuwe strategieën om het toezicht op tuberculose in de grote steden te verbeteren, en België neemt daaraan deel.

Het project BELTA-TBnet is een bijzonder model van medicatieverstrekking en financiering van de behandeling van tuberculosepatiënten in ons land. Het wil bijdragen tot het beheersen van het tuberculoseprobleem in België door de financiële hinderpalen weg te nemen voor de toegang tot de gepaste diagnose en behandeling van tuberculose, met inbegrip van de preventieve therapie. Door het probleem te beheersen, zou het aantal gevallen van tuberculose in België, de overdracht van de tuberculosebacil en het risico op multiresistente tbc verminderen.

Het spreekt voor zich dat de werkgroep van de Interministeriële Conferentie (IMC) kennis moet nemen van de ervaringen van het BELTA-project dat door FARES en de VRGT wordt gerealiseerd via een financiering door het RIZIV. Vertegenwoordigers van het RIZIV en van BELTA worden bij de werkzaamheden van de werkgroep betrokken.

De gegevens van het register voor tuberculose tonen een gestage daling van het aantal nieuwe gevallen sinds 1980, maar de afname van de incidentie is de laatste jaren minder uitgesproken. De drempel van minder dan tien gevallen per 100 000 inwoners werd in 2007 overschreden en blijft landelijk ongeveer stabiel. Maar in de grotere steden en in het bijzonder in Brussel stelt men een heropflakking van de aandoening vast. Die evolutie stelt men trouwens ook vast in het buitenland.

In het bijzonder moet een oplossing worden gevonden voor de moeilijk te behandelen tuberculosegevallen die geen acute hospitalisatie vergen maar ook niet ambulante kunnen worden behandeld. Het gaat om vrij zeldzame gevallen en vaak om personen met een precair sociaal statuut.

Volgens de VRGT en FARES is het wenselijk dat men opnieuw overweegt speciale verpleegkundige afdelingen te creëren met mogelijkheid tot strikte isolatie in humane omstandigheden. Dergelijke diensten zouden in feite een substituuat zijn voor de vroegere sanatoria. Er bestaat een bijzondere financiering voor een verpleegafdeling voor besmettelijke aandoeningen in het Sint-Pietersziekenhuis te Brussel.

Ik laat door de diensten van Volksgezondheid onderzoeken of er werkelijk behoefte is aan bijzondere verpleegkamers in referentieziekenhuizen verspreid over het land, in functie van de epidemiologie, de zorgnoden en het aantal te verwachten hospitalisatiedagen, en in functie van de organisatie van ambulante gecontroleerde vervolgzorg. Het betrokken directoraat-generaal van de FOD heeft het initiatief genomen om samen met experts een conceptnota op te stellen als voorbereiding voor een adviesvraag aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Het spreekt voor zich dat een aangepaste aanpak van zware aandoeningen preventieve en curatieve aspecten moet bevatten, en dus moeten verlopen via een samenwerking tussen de federale overheden en de gefedereerde entiteiten, wat in de praktijk gebeurt via de interministeriële conferentie en/of ad-hocwerkgroepen die op haar initiatief worden

également tenir compte de l'impact du VIH, de la croissance de la mobilité et de l'immigration venant de pays où la tuberculose est répandue.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *La réponse de la ministre montre que nous avons raison d'être préoccupé par la multirésistance et que nous devons surtout éviter que la tuberculose ne réapparaisse dans nos régions.*

Je suis convaincu que la ministre prend la problématique très au sérieux et fera le nécessaire avec tous les services pour éviter que la situation ne devienne catastrophique. Je fais pleinement confiance au gouvernement et aux services de la Santé publique pour s'attaquer au problème. La réponse de la ministre prouve en tout cas qu'elle prend cette affaire au sérieux.

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le suivi de la réglementation générale du tabagisme et l'utilisation des locaux pour fumeurs pendant l'hiver» (n° 5-1942)

M. Dirk Claes (CD&V). – *Depuis le 1^{er} juillet 2011, l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public s'applique aussi dans l'horeca.*

Il semble que la plupart des établissements horeca aient bien respecté cette réglementation durant la période estivale. Mais durant les grands froids de février, certains propriétaires d'établissements horeca ont admis dans la presse qu'ils laissaient leurs clients fumer à l'intérieur.

Les illustrations publiées dans la circulaire du SPF Santé publique autorisant à fumer sur les terrasses portent en effet à confusion et les exploitants ne savent pas toujours quelles sont les facilités autorisées pour les fumeurs. Or les établissements qui aménagent une terrasse pour les fumeurs peuvent gagner des clients.

Quelles conclusions la ministre tire-t-elle de la nouvelle législation sur l'interdiction générale de fumer ? Constate-t-elle un plus grand nombre d'infractions en période hivernale ? Juge-t-elle nécessaire d'accroître le nombre de contrôles durant cette période ? Prendra-t-elle des initiatives pour garantir aussi le respect de la réglementation sur le tabagisme en période hivernale ?

Estime-t-elle que le secteur horeca est suffisamment informé des facilités autorisées pour les fumeurs ? La ministre a déclaré à la Chambre qu'une concertation avait eu lieu entre le SPF Santé publique et les fédérations de l'horeca et elle a annoncé une nouvelle circulaire. Peut-elle nous donner

opgezet.

Wat de doorslaggevende factoren van tbc betreft, zijn de maatschappelijke ziektekenmerken bekend. De verarming en de marginalisering van bepaalde bevolkingsgroepen in de steden staan op de eerste plaats van de door de WHO ingeroepen factoren waardoor de ziekte weer de kop opsteekt. Het BELTA-TBnet-programma vormt een belangrijk deel van het antwoord op de problematiek. Anderzijds moet ook rekening worden gehouden met de impact van hiv, de toenemende mobiliteit en de immigratie uit landen waar tbc veel voorkomt.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Uit het antwoord van de minister blijkt dat we inderdaad bezorgd moeten zijn voor de multiresistentie en dat we vooral moeten voorkomen dat tbc weer de kop opsteekt in onze regionen.

Ik ben ervan overtuigd dat de minister de problematiek zeer ernstig neemt en samen met alle diensten het nodige zal doen om te voorkomen dat het tot een catastrofe komt. Ik heb alle vertrouwen in het feit dat de regering en de diensten van Volksgezondheid het probleem zullen aanpakken. Het antwoord van de minister bewijst in ieder geval dat ze deze zaak ernstig neemt.

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de algemene rookregeling en het gebruik van rookfaciliteiten tijdens de winterperiode» (nr. 5-1942)

De heer Dirk Claes (CD&V). – Sinds 1 juli 2011 is de algemene rookregeling van kracht in de horeca, waarbij het roken in gesloten ruimtes toegankelijk voor het publiek verboden werd.

Gedurende de zomermaanden leek de overgrote meerderheid van horecazaken deze regeling goed op te volgen. Met de enorme koude in februari hebben horecaeigenaars zelfs in kranten meegedeeld hun klanten te laten roken in het lokaal, omdat ze die niet buiten in de kou kunnen laten staan.

In de circulaire van de FOD Volksgezondheid over het roken op terrassen zorgen de gebruikte illustraties echter voor verwarring, waardoor het voor de uitbaters niet altijd even duidelijk is wat de wetgever toestaat inzake rookfaciliteiten. De foto's in deze circulaire tonen duidelijk aan waar roken verboden is, maar niet waar dat wel toegestaan is. Zaken die een rookterras inrichten kunnen er nochtans zelfs klanten mee winnen.

Graag had ik van de minister vernomen welke conclusies ze trekt uit de nieuwe wetgeving inzake de algemene rookregeling. Stelt de minister vast dat er in de winterperiode meer overtredingen zijn op de algemene rookregeling? Ziet de minister de noodzaak in om tijdens winterperiodes bijkomende controles uit te voeren? Zal de minister initiatieven nemen om de naleving van de rookregeling ook in de winterperiode te garanderen?

Is de minister van mening dat de horeca voldoende op de

d'avantage d'explications ? Est-elle prête à envoyer aux exploitants d'établissement horeca une note explicative contenant des illustrations claires sur les facilités autorisées pour les fumeurs ?

Juge-t-elle nécessaire d'envisager une adaptation de la législation sur la base des conclusions ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *L'interdiction générale de fumer est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2011. Durant les deux premiers mois, les 2870 contrôles effectués dans les cafés ont surtout visé à la sensibilisation. Dans 7% des cafés, on a constaté que des clients fumaient encore.*

De septembre à décembre 2011, le service de contrôle du SPF Santé publique a procédé à 3860 contrôles dans les cafés. Onze pour cent de ces cafés étaient en infraction. Cette hausse s'explique par la multiplication des contrôles nocturnes. La journée, près de 9% des cafés permettent encore à leurs clients à fumer alors que la nuit, de 20 à 25% des cafés sont en infraction. Les contrôles nocturnes sont plus ciblés et visent surtout les cafés ayant fait l'objet de plaintes ou ayant éveillé les soupçons des contrôleurs au cours d'un contrôle antérieur de jour. La probabilité de constater une infraction est donc plus importante.

Les résultats des contrôles réalisés durant le premier semestre amènent à conclure que l'interdiction de fumer est bien respectée la journée mais que certains cafés font preuve de laxisme le soir et la nuit.

Le Service de contrôle Tabac du SPF Santé publique n'a pas constaté de grandes différences dans le nombre d'infractions entre la période estivale et la période hivernale. On a toutefois observé une augmentation subite du nombre de plaintes en janvier, avec 200 plaintes contre 120 par mois de juillet à décembre.

Le secteur horeca et surtout les cafés ont été informés à plusieurs reprises de la nouvelle législation. Le SPF Santé publique a envoyé à tous les cafés une brochure leur présentant entre autres les facilités autorisées pour les fumeurs. En outre, ce thème a été abordé régulièrement dans les médias depuis le 1^{er} juillet 2011. Les contrôleurs ont constaté sur le terrain que le secteur est bien informé.

Au cours d'une rencontre entre mes services et le secteur horeca, le 20 février, il a été convenu après un échange de vues constructif que certains concepts devaient être précisés, entre autres en ce qui concerne les terrasses. À l'avenir, la circulaire n'exigera plus qu'un pan de la terrasse soit ouvert en permanence. La définition d'un espace fermé est maintenue. Il n'y a donc, selon moi, pas lieu d'adapter la législation.

hoogte is van de rookfaciliteiten? In de Kamer heeft de minister verklaard dat overleg heeft plaatsgevonden tussen de FOD Volksgezondheid en de horecafederaties en heeft ze tevens een nieuwe circulaire aangekondigd. Kan de minister hierover meer toelichting geven? Is de minister bereid een bijkomend toelichtend schrijven te richten aan de horeca-uitbaters met duidelijke illustraties over de toegestane rookfaciliteiten?

Acht de minister het noodzakelijk om op basis van de conclusies een aanpassing van de wetgeving te overwegen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het algemeen rookverbod is sinds 1 juli 2011 van kracht. Gedurende de eerste twee maanden werden in hoofdzaak sensibiliserende controles uitgevoerd. Er werden in die periode 2870 controles in cafés uitgevoerd. In 7% van deze cafés werd vastgesteld dat er nog altijd werd gerookt.

In de periode van september tot december 2011 voerde de controledienst van de FOD Volksgezondheid 3860 controles uit in cafés. In 11% van deze cafés werd nog steeds gerookt. Deze stijging wordt verklaard door de toegenomen nachtcontroles. De controlediensten stellen overdag vast dat ongeveer 9% van de cafés hun klanten nog laat roken. Dit percentage ligt 's nachts aanzienlijk hoger; 20 tot 25% van de cafés in de fout gaat. De controles 's nachts gebeuren wel doelgerichter, voornamelijk in cafés waarover klachten werden ontvangen en waarvan de controleurs na een eerdere controle overdag vermoedden dat er 's avond en/of 's nachts wordt gerookt. In deze omstandigheden is de kans dus groter dat een inbreuk wordt vastgesteld.

Uit de controleresultaten van het eerste half jaar kunnen we dus concluderen dat het rookverbod overdag vrij goed wordt nageleefd, maar dat bepaalde cafés zich 's avonds en 's nachts te laks opstellen.

De Tabakscontroledienst van de FOD Volksgezondheid heeft geen grote verschillen vastgesteld tussen het aantal inbreuken tijdens de zomermaanden en in de periode vanaf september. Wel blijkt dat het aantal klachten in de maand januari plots sterk is toegenomen. In de periode juli/december kwamen op het contactcenter van de FOD Volksgezondheid gemiddeld 120 klachten per maand toe. In de maand januari steeg dit aantal tot 200.

De horecasector, en vooral de cafésector, werd verschillende keren over de nieuwe wetgeving ingelicht. De FOD Volksgezondheid heeft voor de invoering van het algemeen rookverbod een brochure naar alle cafés gestuurd om ze onder meer op de hoogte te brengen van de rookfaciliteiten. Bovendien is dit onderwerp sinds 1 juli 2011 geregeld in de media aan bod gekomen. De controleurs hebben op het terrein vastgesteld dat de sector goed op de hoogte is.

Tijdens een vergadering van 20 februari van mijn diensten met de horecasector werd in alle transparantie en in een constructieve gedachteswisseling overeengekomen dat bepaalde begrippen moesten worden verduidelijkt, onder meer wat de problematiek van de terrassen betreft. In de toekomst zal men niet meer naar het permanente karakter van een wand verwijzen. De definitie van een gesloten ruimte blijft, gelet op de in de wet gebruikte bewoordingen, dan weer

M. Dirk Claes (CD&V). – *L'essentiel est que l'exploitant d'un café puisse fermer sa terrasse le soir. J'espère que les circulaires viendront rapidement, après cette concertation constructive.*

Les infractions constatées sont plus nombreuses la nuit. Selon la ministre, les contrôles sont plus ciblés mais dans certains établissements, il est permis de fumer dès que la partie restaurant est fermée. On ne peut tolérer un laissez-faire et tous les établissements doivent appliquer correctement la législation si l'on veut empêcher ce type de concurrence déloyale.

La ministre dit que le nombre de plaintes a été plus élevé en janvier. J'exploite un café avec ma fille. Notre établissement a aussi fait l'objet d'une plainte anonyme mais le contrôle a prouvé que nous respectons toutes les obligations légales.

Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la vente à distance de médicaments vétérinaires» (n° 5-1985)

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *L'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens a été publié au Moniteur belge le 30 janvier 2009. Cet arrêté permet de déroger à la règle de base selon laquelle les médicaments doivent toujours être délivrés en pharmacie. Il est désormais possible, sous certaines conditions, d'acheter certains médicaments à distance, sur un site Internet.*

Force est de constater que seuls des médicaments à usage humain sont concernés. Bien que le champ d'application de la loi sur les médicaments semble s'étendre aux médicaments à usage vétérinaire, l'arrêté royal du 21 janvier 2009 ne semble pas s'appliquer à cette catégorie. Néanmoins, la catégorie des médicaments à usage vétérinaire comprend plusieurs sortes de médicaments délivrés sans prescription et qui ne présentent pas de danger pour la santé publique, comme les vermifuges, les solutions de réhydratation, les produits désinfectants et les produits antipuces et tiques. Ces produits peuvent déjà être commandés en ligne aux Pays-Bas et ils sont également délivrés dans notre pays. Il n'est pas tout à fait clair si la vente à distance de ces produits est également permise en Belgique. Nous nous trouvons dans une zone grise.

J'ai dès lors deux questions pour la ministre.

Les médicaments à usage exclusivement vétérinaire disponibles sans prescription, comme les vermifuges, les solutions de réhydratation, les produits désinfectants et les produits antipuces et tiques, sortent-ils du champ d'application de l'arrêté royal du 21 janvier 2009, et si oui pourquoi ?

Une pharmacie peut-elle également vendre ces médicaments

ongewijzigd. Ik zie bijgevolg niet in waarom de wetgeving zou moeten worden aangepast.

De heer Dirk Claes (CD&V). – De essentie is dat een caféhouder zijn zaak 's avonds moet kunnen afsluiten. Ik hoop dat de circulaires snel zullen volgen, aangezien het overleg blijkbaar constructief is verlopen.

's Nachts worden meer overtredingen vastgesteld. De minister noemt de controles doelgerichter, en die zullen dat ongetwijfeld wel zijn, maar in bepaalde zaken wordt roken toegelaten zodra het restaurantgedeelte gesloten is. Een houding van laissez faire, laissez passer mag niet worden getolereerd, want alle zaken moeten de wetgeving correct toepassen, zodat dit soort van oneerlijke concurrentie in de sector verdwijnt.

De minister verklaart in januari meer klachten te hebben geregistreerd. Ik heb zelf een café samen met mijn dochter. Er werd tegen onze zaak ook een anonieme klacht ingediend. Bij controle heeft men echter vastgesteld dat aan alle verplichtingen van de wetgeving is voldaan.

Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verkoop op afstand van geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik» (nr. 5-1985)

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – Op 30 januari 2009 verscheen het koninklijk besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers in het *Belgisch Staatsblad*. Dit koninklijk besluit maakt een afwijking mogelijk van de basisregel dat geneesmiddelen steeds in de apotheek moeten worden afgeleverd. Voor sommige geneesmiddelen en onder bepaalde voorwaarden kan er voortaan ook vanop afstand, via een website, worden verkocht.

Opvallend is dat het hier enkel geneesmiddelen betreft die bestemd zijn voor menselijk gebruik. Hoewel onder het toepassingsgebied van de geneesmiddelenwet ook geneesmiddelen vallen die bestemd zijn voor diergeneeskundig gebruik, lijkt het koninklijk besluit van 21 januari 2009 op deze categorie niet van toepassing te zijn. Nochtans zijn er in de categorie geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik verschillende soorten geneesmiddelen die verkrijgbaar zijn zonder voorschrift en geen gevaar voor de volksgezondheid opleveren, zoals bijvoorbeeld ontwormingsmiddelen, rehydratie-oplossingen, ontsmettingsproducten en vlooien- en tekenmiddelen. In Nederland kan men deze producten nu al online bestellen en ze worden ook in ons land afgeleverd. In België is het niet geheel duidelijk of de verkoop van deze producten op afstand ook kan worden opgestart. We zitten daar in een grijze zone.

Ik heb dan ook twee vragen voor de minister.

Vallen geneesmiddelen voor uitsluitend diergeneeskundig gebruik die zonder voorschrift verkrijgbaar zijn, zoals ontwormingsmiddelen, rehydratie-oplossingen, ontsmettingsproducten en vlooien- en tekenmiddelen, buiten het toepassingsgebied van het koninklijk besluit van

à distance, sur un site Internet ? Un arrêté royal sera-t-il adopté pour cette question en particulier ? Pouvez-vous motiver votre réponse positive ou négative ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les médicaments à usage vétérinaire, qu'ils soient ou non soumis à la prescription d'un vétérinaire, sont concernés par l'arrêté royal du 21 janvier 2009. L'arrêté fait d'ailleurs une distinction entre les médicaments à usage humain et ceux à usage vétérinaire. L'arrêté royal a été adopté à la suite de l'arrêt DocMorris de la Cour de justice des communautés européennes, qui dispose que les médicaments à usage humain et vendus sans prescription peuvent être mis en vente sur Internet. En concertation avec les représentants des pharmaciens, le législateur belge a décidé de ne pas aller plus loin. La vente de médicaments sur Internet est dès lors très strictement réglementée en Belgique et constitue une exception à la règle de base selon laquelle les médicaments doivent être délivrés en pharmacie. Seuls les médicaments à usage humain qui ne sont pas soumis à une prescription peuvent être mis en vente sur Internet, sur le site d'une officine ouverte au public. Une telle officine ne peut donc pas vendre sur Internet de médicaments à usage vétérinaire. L'AFMPS a d'ailleurs précisé ce point dans sa circulaire numéro 536 du 30 janvier 2009. Cette circulaire, destinée aux pharmaciens d'une officine ouverte au public, peut d'ailleurs être consultée sur le site Internet de l'AFMPS.*

Comme je l'ai dit, l'arrêté royal du 21 janvier 2009 a été adopté en concertation avec notamment des associations professionnelles représentatives des pharmaciens d'une officine ouverte au public. On n'a pas jugé nécessaire à l'époque d'élargir les dispositions aux médicaments à usage vétérinaire. Jusqu'à présent, je n'ai reçu aucun élément nouveau en démontrant l'utilité. Si cela devait être le cas dans le futur, nous consulterons évidemment d'abord les associations professionnelles concernées.

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *Je remercie la ministre pour sa réponse ainsi que pour l'ouverture qu'elle laisse pour éventuellement élargir l'arrêté royal dans le futur sur la base de nouveaux éléments.*

Demande d'explications de Mme Fauzaya Talhaoui à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'utilisation de numéros de téléphone payants pour les appels vers les services de garde de soins du premier échelon» (n° 5-2006)

Mme Fauzaya Talhaoui (sp.a). – *À Anvers, les services de garde des dispensateurs de soins du premier échelon, c'est-à-dire les médecins généralistes, les pharmaciens et les dentistes, disposent d'un numéro 0900 ou 0903. Il s'agit de numéros payants frappés d'une surtaxe de 0,50 ou 1,50 euro*

21 januari 2009, en zo ja, waarom?

Kan een apotheek deze geneesmiddelen ook vanop afstand, via een website, verkopen? Komt hiervoor nog een afzonderlijk koninklijk besluit? Waarom wel of waarom niet?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik, al dan niet op voorschrift van een dierenarts, vallen onder het koninklijk besluit van 21 januari 2009. In het besluit wordt trouwens een onderscheid gemaakt tussen geneesmiddelen voor menselijk gebruik en geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik. Het koninklijk besluit kwam er na het zogenaamde DocMorris-arrest van het Europees Hof van Justitie dat bepaalt dat geneesmiddelen vrij van voorschrift en voor menselijk gebruik via internet mogen worden aangeboden. In samenspraak met de vertegenwoordigers van de apothekers besliste de Belgische wetgever niet verder te gaan dan dat. De verkoop van geneesmiddelen via internet wordt in België dus zeer strikt geregeld en vormt een uitzondering op de basisregel dat geneesmiddelen in de apotheek moeten worden afgeleverd. Enkel geneesmiddelen voor menselijk gebruik die niet aan een voorschrift onderworpen zijn, mogen via internet te koop worden aangeboden op de website van een voor het publiek opengestelde officina. Een dergelijke officina mag via internet dus geen geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik te koop aanbieden. Het FAGG heeft dit overigens al verduidelijkt in zijn circulaire nummer 536 van 30 januari 2009. Deze circulaire, bestemd voor de apothekers van een voor het publiek opengestelde officina, kan trouwens op de website van het FAGG worden geraadpleegd.

Zoals gezegd, werd het koninklijk besluit van 21 januari 2009 genomen na overleg met onder meer representatieve beroepsverenigingen van apothekers van een voor het publiek opengestelde officina. Het werd toen niet nuttig geacht de bepalingen uit te breiden tot de geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik. Tot op heden kreeg ik geen nieuwe elementen aangereikt die de meerwaarde hiervan zouden aantonen. Mocht dat in de toekomst toch het geval zijn, dan zullen we uiteraard eerst met de betrokken beroepsverenigingen overleg plegen.

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – Ik dank de minister voor haar antwoord en ook voor de opening die ze laat om het koninklijk besluit in de toekomst op basis van nieuwe elementen eventueel uit te breiden.

Vraag om uitleg van mevrouw Fauzaya Talhaoui aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het gebruik van betalende telefoonnummers voor oproepen naar de wachtdiensten van eerstelijnszorgverstrekkers» (nr. 5-2006)

Mevrouw Fauzaya Talhaoui (sp.a). – De eerstelijnszorgverstrekkers, met name huisartsen, apothekers en tandartsen, gebruiken in Antwerpen voor de organisatie van hun wachtdiensten een 0900 of 0903 nummer. Dat zijn betalende nummers met een toeslag van 0,50 of 1,50 euro per

par minute. Selon une question parlementaire adressée en 2010 à la ministre, les dispensateurs de soins du premier échelon sont légalement tenus d'organiser un service de garde et doivent veiller à la continuité des soins. Dans sa réponse, la ministre ne disait cependant rien des mesures à prendre pour éviter que certaines catégories fragiles de patients ne soient exclues.

À ce propos, je citerai un article du « Morgen » daté du 10 février 2012, selon lequel une étude établit que les urgences voient arriver davantage de bénéficiaires d'un remboursement majoré, soit 24,7%, contre 17% chez les généralistes.

Manifestement, les gens aux revenus modestes ne téléphonent pas au service de garde, mais se rendent aux urgences hospitalières. La même conclusion vaut pour les généralistes, les dentistes et les pharmaciens : les plus démunis n'ont pas accès aux services de garde.

Les personnes bénéficiant d'un remboursement majoré sont aussi celles qui doivent nouer les deux bouts avec un faible revenu. En outre, des études ont montré qu'elles sont davantage exposées à des risques de santé en raison d'une alimentation peu saine et d'équipements hygiéniques limités.

De facto, le coût de l'appel téléphonique les empêche de s'adresser au service de garde des soins du premier échelon.

C'est pourquoi je pose à la ministre une question très concrète. Est-elle disposée, en concertation avec les instances et les organisations professionnelles compétentes, à mettre en place un numéro gratuit ou à trouver une autre solution qui permette aux patients économiquement faibles de faire appel, en cas d'urgence, aux services de garde des dispensateurs de soins du premier échelon ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Je confirme que le gouvernement a l'intention d'instaurer un système d'appel d'urgence unifié au niveau national. L'accord de gouvernement mentionne ce système comme « projet 1733 ».*

Actuellement, chaque cercle dont le système d'appel d'urgence unifié répond aux critères prévus par l'arrêté royal du 4 juin 2003 peut se voir allouer une subvention. La gratuité du système d'appel n'est pas impérative. Toutefois, on admet généralement que le coût d'un appel d'aide médicale (ou autre) ne devrait pas excéder celui d'une communication zonale. Ainsi, le prix d'un appel au 1733 est celui d'une communication zonale. En liaison avec les acteurs concernés, je veillerai à ce que ce tarif soit respecté lors de l'extension du projet.

Quant à une éventuelle gratuité, je suis prête à examiner des propositions à moyen terme, mais dois vous rappeler le contexte budgétaire très difficile qui empêche malheureusement de prendre des initiatives à bref délai.

minuut. Uit een parlementaire vraag aan minister Onkelinx in 2010 blijkt duidelijk dat de wetgeving de eerstelijns zorgverstrekkers de verplichting oplegt een wachtdienst te organiseren die de continuïteit van de zorg garandeert. De minister heeft echter in haar antwoord niets gezegd over maatregelen die zouden worden genomen om te voorkomen dat bepaalde zwakke categorieën patiënten worden uitgesloten van die dienstverlening.

Ik verwijs in dit verband ook naar een artikel in *De Morgen* van 10 februari 2012 waarin duidelijk wordt gesteld dat 'uit onderzoek bleek dat de spoed aanzienlijk meer mensen over de vloer kreeg die recht hebben op een verhoogde terugbetaling van medische kosten: 24,7% tegenover 17% bij de huisarts.'

Het is overduidelijk dat mensen met een laag inkomen niet de wachtdienst bellen, maar de spoedafdeling van het ziekenhuis opzoeken. Deze conclusie geldt overigens ook voor huisartsen, voor tandartsen en apothekers. Mensen die het financieel moeilijk hebben kunnen niet bij de wachtdiensten terecht.

De mensen die een verhoogde terugbetalingsregeling genieten zijn nu eenmaal ook degenen die moeten rondkomen met een laag inkomen. Onderzoek heeft daarenboven uitgewezen dat deze mensen beduidend meer gezondheidsrisico's lopen door ongezonde voeding en beperkte hygiënische voorzieningen.

Deze mensen zijn ook de facto uitgesloten van het gebruik van de wachtdienst van de eerstelijnszorg omdat het telefoongesprek te duur is.

Daarom deze ene zeer concrete vraag aan de minister. Is de minister bereid om, in overleg met de bevoegde instanties en de betrokken beroepsorganisaties, in een gratis nummer te voorzien of een andere oplossing te vinden opdat patiënten met een laag inkomen bij een spoedgeval niet langer worden uitgesloten van de toegang tot de wachtdienst van de eerstelijnszorgverstrekkers?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik bevestig het voornemen van de regering om op nationaal vlak een eenvormig oproepsysteem voor huisartsen in te voeren. Dat systeem vindt u in het regeerakkoord onder de noemer 'project 1733'.

Momenteel kunnen de eenvormige oproepsystemen van elke kring subsidies ontvangen indien ze aan bepaalde criteria beantwoorden krachtens het koninklijk besluit van 4 juni 2003. Deze criteria zeggen niet dat die oproepsystemen gratis moeten zijn. Er wordt echter algemeen aanvaard dat een oproep voor hulpverlening (aan huisartsen of andere) niet meer zou mogen kosten dan een zonaal gesprek. Zo kost elke 1733-oproep de patiënt inderdaad de prijs van een zonaal telefoongesprek. Ik zal er dus samen met de betrokken actoren over waken dat deze kostprijs wordt gehanteerd bij de uitbreiding van het project.

Wat een eventuele kosteloosheid betreft, ben ik bereid om voorstellen hierover op middellange termijn te bekijken, maar ik moet u herinneren aan de zeer moeilijke budgettaire context die we vandaag kennen en die initiatieven op korte termijn spijtig genoeg onmogelijk maakt.

Mme Fauzaya Talhaoui (sp.a). – *Je remercie la ministre. Ce paragraphe dans l'accord de gouvernement avait échappé à mon attention. Je me réjouis qu'on y travaille à l'échelon national. Même si les moyens budgétaires sont limités, je vous encourage à persévérer. Le but ne peut quand même pas être que les personnes aux revenus modestes payent davantage pour des appels d'urgence. Pour leur confort, les dispensateurs de soins recourent à un centre d'appel, mais que cela ne soit pas au détriment des patients les plus vulnérables. Je communiquerai aux organisations qui défendent les plus démunis que ces appels peuvent maintenant être lancés pour le prix d'une communication zonale.*

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement de la trithérapie dans le cadre du traitement des personnes atteintes d'hépatite C de génotype 1» (n° 5-2062)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Dans le cadre de la demande d'explications que j'ai développée le 8 novembre 2011, j'attirais votre attention sur certains faits.

1) Le développement de nouvelles molécules, comme les inhibiteurs des enzymes virales, les protéases et les polymérases, ont confirmé, lors d'études scientifiques et d'essais cliniques, leur intérêt et leur supériorité dans le cadre du traitement des personnes atteintes d'hépatite C de génotype 1. Il faut savoir qu'en Europe, c'est le génotype 1 qui est le plus fréquent et aussi celui qui rend la réponse la plus faible aux traitements de bithérapie.

2) J'avais également évoqué le fait qu'un obstacle technique pourrait subsister quant à la prescription et à l'accès pour les patients à ces nouveaux traitements dans le contexte d'enregistrement et réglementaire actuel et j'avais demandé qu'une solution soit non seulement trouvée afin que les patients qui pourraient bénéficier de la trithérapie ne soient pas pénalisés, mais également qu'elle soit appliquée d'urgence dans la mesure où les inhibiteurs de protéases seraient sur le marché au cours du premier semestre 2012.

À cette époque, le gouvernement était en affaires courantes : le ministre Jean-Marc Delizée avait répondu que le remboursement d'une trithérapie contre l'hépatite C se heurtait à un problème de non-concordance des notices mais il avait également précisé qu'il existait une solution consistant à compléter l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001.

Madame la ministre, aujourd'hui ces nouvelles molécules représentent une avancée importante et s'avèrent indispensables pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C de génotype 1.

Pouvez-vous m'indiquer si une solution a été trouvée à cet obstacle technique ?

Dans l'affirmative, pouvez-vous m'en préciser la nature, le mécanisme et le délai de sa mise en œuvre ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre

Mevrouw Fauzaya Talhaoui (sp.a). – Ik dank de minister. Het was me ontgaan dat we daarover een paragraaf in het regeerakkoord hebben ingeschreven. Ik ben blij dat het er aankomt op nationaal niveau. Ik moedig u zeker aan om, ook met een beperkte budgettaire ruimte, daar werk van te maken. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat mensen met een laag inkomen, voor oproepen naar de eerstelijnszorgverstrekkers meer moeten betalen. De verstrekkers doen voor hun eigen comfort een beroep op callcenters en dat mag niet ten laste komen van zwakkere patiënten. Ik zal de betrokken armenorganisaties informeren dat die oproepen voortaan kunnen gebeuren tegen de prijs van een zonaal gesprek.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van HAART-therapie voor patiënten met hepatitis C genotype 1 » (nr. 5-2062)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *In mijn vraag om uitleg van 8 november 2011, heb ik uw aandacht gevestigd op bepaalde feiten.*

1) *In wetenschappelijke studies en klinische tests werd het belang en de superioriteit van nieuw ontwikkelde moleculen, zoals de virale enzymremmers, de proteasen en de polymerasen bevestigd voor de behandeling van patiënten met hepatitis C genotype 1. In Europa komt genotype 1 het meest voor. Dat is de vorm die het minst goed reageert op de behandelingen met bithérapie.*

2) *Ik heb ook gewezen op het feit dat er een technische hinderpaal zou kunnen zijn op het vlak van het voorschrift en de toegang voor de patiënten tot die nieuwe behandelingen in de huidige context van registratie en reglementering. Ik heb een oplossing gevraagd waarbij patiënten die baat kunnen hebben bij trithérapie, niet benadeeld worden. Ik heb ook gevraagd dat ze dringend wordt toegepast als de inhibitoren van proteasen in het eerste semester van 2012 op de markt zouden komen.*

Er was toen en regering van lopende zaken en minister Jean-Marc Delizée heeft toen geantwoord dat de terugbetaling van een trithérapie voor hepatitis C botste op het probleem van tegenstrijdige bijsluiters. Volgens hem bestond de oplossing erin artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 december 2001 aan te vullen.

Intussen werd grote vooruitgang geboekt met deze nieuwe moleculen en lijken ze onmisbaar voor de behandeling van de patiënten met hepatitis C genotype 1.

Is er al een oplossing gevonden voor deze technische hinderpaal?

Zo ja, wat is de aard ervan, het mechanisme en de termijn voor de toepassing ervan?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister

des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – À la suite de votre précédente demande d'explications, le secrétaire d'État Delizée nous a communiqué les éléments faisant obstacle au remboursement de la combithérapie contre le génotype 1 de l'hépatite C et la manière d'y remédier.

Je peux aujourd'hui vous fournir une actualisation menant à un résultat favorable pour les patients atteints d'hépatite C de génotype 1. La firme MSD a adapté les notices scientifiques de sa propre trithérapie de façon à ce qu'elles ne se contredisent plus. Néanmoins, la firme reste propriétaire du contenu des notices des médicaments dans son portefeuille.

Prochainement un complément à l'article 2 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 sera publié au *Moniteur belge*. Il impliquera que dès qu'un des composants d'une combithérapie fera l'objet d'une nouvelle indication octroyée, les autres composants de la combithérapie pourront entrer en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance.

Entre-temps, la Commission de remboursement des médicaments m'a fait part d'une proposition de remboursement dans laquelle elle évalue favorablement toutes les possibilités de combithérapie envisageables contre le génotype 1 de l'hépatite C. Cela inclut un autre générique que la ribavirine.

Par conséquent, je suis convaincue qu'à bref délai, le remboursement pour le traitement de l'hépatite C sera plus proche de la connaissance clinique connue.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je vous remercie, madame la ministre, pour cette réponse fort intéressante. Quand la publication du complément à l'article 2 interviendra-t-elle ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je vous communiquerai bien volontiers cette information par écrit.

Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les échographies fœtales affectives» (n° 5-2065)

M. Jacques Brotchi (MR). – Madame la ministre, nous observons depuis plusieurs années le développement d'une pratique commerciale consistant à proposer aux futurs parents des enregistrements souvenirs du fœtus réalisés au moyen d'une échographie.

En France, cette échographie, qui n'est nullement réalisée dans un but médical, suscite la polémique depuis plusieurs années. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a rendu un avis dans lequel elle recommande aux femmes enceintes de respecter les prescriptions de suivi de leur grossesse par l'échographie médicale et leur déconseille la pratique des échographies dans un but non médical afin de ne pas exposer inutilement le fœtus aux ultrasons.

Si, dans le cadre de l'échographie médicale, l'exposition du fœtus aux ultrasons est brève et n'est prolongée qu'en cas de

van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Naar aanleiding van uw vorige vraag om uitleg heeft staatssecretaris Delizée ons de elementen meegedeeld die een hinderpaal vormden voor de terugbetaling van de combitherapie tegen hepatitis C genotype 1, alsook de manier om het probleem te verhelpen.

Vandaag kan ik u zeggen dat er een gunstig resultaat is voor de patiënten met hepatitis C genotype 1. De firma MSD heeft de wetenschappelijke bijsluiters van haar eigen trithérapie aangepast, zodat er geen tegenstrijdigheden meer zijn. De firma blijft evenwel eigenaar van de inhoud van de bijsluiters van de geneesmiddelen die ze in portefeuille heeft.

Binnenkort zal een aanvulling op artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 december 2001 in het Belgisch Staatsblad worden gepubliceerd. Die houdt in dat zodra één van de bestanddelen van een combitherapie het voorwerp is van een nieuwe toegekende indicatie, de andere bestanddelen in aanmerking kunnen komen voor terugbetaling door de verzekering.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen heeft mij een voorstel van tegemoetkoming meegedeeld waarin ze alle mogelijkheden van combitherapie die in aanmerking komen voor hepatitis C genotype 1 gunstig evalueert, met inbegrip van een ander generisch middel dan ribavirine.

Ik ben er dan ook van overtuigd dat de terugbetaling van de behandeling van hepatitis C binnenkort mogelijk zal zijn.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Ik dank de minister voor dit zeer interessant antwoord. Wanneer zal de aanvulling op artikel 2 worden gepubliceerd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik zal u die informatie schriftelijk bezorgen.

Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de pretecho's» (nr. 5-2065)

De heer Jacques Brotchi (MR). – We stellen al enkele jaren de ontwikkeling vast van een handelspraktijk die erin bestaat toekomstige ouders herinneringsecho's van de foetus aan te bieden.

In Frankrijk veroorzaakt dit soort echo, die geen enkel medisch doel heeft, al sinds enkele jaren een polemiek. Het Franse Agentschap voor de sanitaire veiligheid van gezondheidsproducten heeft een advies uitgebracht waarin het zwangere vrouwen aanraadt de voorschriften voor de zwangerschapscontrole door medische echo's te respecteren en hen ontraadt een toevlucht te nemen tot echo's zonder medisch doel om de foetus niet onnodig bloot te stellen aan ultrasonore trillingen.

Bij medische echo's wordt de foetus slechts kortstondig blootgesteld aan ultrasonore trillingen en dat wordt slechts

doute sur une pathologie, l'échographie à visée non médicale expose en continu aux ultrasons des parties localisées du fœtus afin de produire un document d'une qualité picturale maximum.

Bien qu'aucun effet secondaire n'ait été décelé dans le cadre d'un examen de dépistage, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé considère qu'un risque potentiel existe. Il convient de le prendre en considération en limitant l'exposition aux ultrasons au plus faible niveau d'exposition nécessaire au dépistage.

L'Agence a par ailleurs publié un avis destiné aux acquéreurs de dispositifs médicaux d'échographie fœtale incitant à réserver, à titre de précaution, les dispositifs médicaux d'échographie fœtale à l'usage médical.

En Belgique, il existe des sites réalisant des promotions en faveur des échographies « affectives ».

Je considère pour ma part que de telles échographies peuvent poser question en cas de détection d'une malformation. En effet, lorsqu'un problème est décelé pendant une grossesse, le dialogue entre le patient et le professionnel de la santé est fondamental, ce qui n'est pas le cas lors des échographies « affectives ».

Quel est votre avis en la matière ? Quelle est l'ampleur du phénomène en Belgique ? Ne faudrait-il pas interdire les échographies qui ne sont pas justifiées médicalement ? Que font les personnes qui réalisent les échographies affectives en cas de détection d'une malformation au niveau du développement du fœtus ? Le renvoi vers un professionnel de la santé est-il systématiquement prévu ? Comptez-vous solliciter l'avis de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et de l'Académie royale de médecine de Belgique sur cette question ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je partage évidemment votre préoccupation au sujet de ces échographies de confort, pratiquées en dehors de toute indication médicale, de plus par un personnel non formé à la relation avec le patient. Chez nous, comme en France et dans d'autres pays, ces centres d'échographie connaissent un succès grandissant auprès des futurs parents.

Le SPF Santé publique ne dispose pas de données relatives au nombre d'échographies effectuées sans indication médicale réelle, et donc en dehors des règles de la nomenclature, mais nous avons des informations sur les échographies pratiquées dans le cadre de la nomenclature. Elles ont été notamment analysées en 2004, par le Centre de connaissances. Il ressort de ce rapport que, dans la pratique, la plupart des femmes enceintes ont au moins une échographie et que 18% des femmes en ont deux – tel que recommandé dans la plupart des directives. En moyenne, une femme enceinte subit trois échographies, mais 33% des femmes en font plus de trois, 17% en font quatre et 15% plus de quatre.

Deux problèmes d'ordre médical se posent : d'une part, le problème de l'innocuité de ces examens qui s'ajoutent aux échographies médicales de surveillance et, d'autre part, l'impact de l'examen sur les futurs parents, notamment quand un problème est constaté dans le développement de l'enfant

verlengd bij twijfel over een aandoening, maar de echo met niet-medische doeleinden stelt bepaalde gelokaliseerde lichaamsdelen van de foetus langdurig bloot aan ultrasonore trillingen omdat men een document met een optimale beeldkwaliteit wil produceren.

Hoewel er bij de opsporingsonderzoeken geen enkel neveneffect is ontdekt, is het Franse Agentschap voor de sanitaire veiligheid van gezondheidsproducten van oordeel dat er toch een potentieel risico is. Daar moet rekening mee worden gehouden en de blootstelling aan ultrasonore trillingen moet worden beperkt tot het laagste blootstellingsniveau dat nodig is voor de opsporing.

Het agentschap heeft ook een advies gepubliceerd, bestemd voor de kopers van medische echografietoestellen voor echo's van foetussen om hen, uit voorzorg, aan te sporen tot het voorbehouden van die toestellen voor medische echo's.

In België zijn er sites die reclame maken voor pretecho's.

Ik ben van oordeel dat dergelijke echo's problematisch kunnen zijn wanneer een afwijking wordt vastgesteld. Wanneer er tijdens een zwangerschap een probleem wordt ontdekt, is de dialoog tussen de patiënt en de gezondheidswerker van fundamenteel belang, maar die dialoog is er niet bij pretecho's.

Wat is uw mening hierover? Welke omvang heeft dit fenomeen in België? Moeten de pretecho's niet worden verboden? Wat gebeurt er wanneer er tijdens pretecho's een afwijking in de ontwikkeling van de foetus wordt opgespoord? Wordt er dan systematisch doorverwezen naar een gezondheidswerker? Bent u van plan om voor dit probleem het advies in te winnen van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, alsook van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik deel uiteraard uw bezorgdheid inzake de pretecho's die zonder medische indicatie worden uitgevoerd, bovendien door personeel dat niet opgeleid is op het vlak van relatie met de patiënt. Die echocentra kennen bij ons, net als in Frankrijk en andere landen, een groeiend succes bij de toekomstige ouders.

De FOD Volksgezondheid heeft geen cijfers over de echo's die zonder echte medische indicatie worden uitgevoerd en dus niet onder de nomenclatuurregels vallen. We hebben wel informatie over de echo's die in het kader van de nomenclatuur worden uitgevoerd. Ze zijn onder meer in 2004 door het Kenniscentrum geanalyseerd. Uit dat rapport blijkt dat de meeste zwangere vrouwen in de praktijk minstens één echografie bezitten en dat 18% van de vrouwen er twee heeft, zoals in de meeste richtlijnen wordt aanbevolen. Gemiddeld ondergaat een zwangere vrouw drie echografieën, maar 33% van de vrouwen laat er meer dan drie maken, 17% heeft er vier en 15% meer dan vier.

Er rijzen twee medische problemen: enerzijds het probleem van de onschadelijkheid van die onderzoeken, die worden gedaan bovenop de medische controle-echo's en, anderzijds, de gevolgen van dat onderzoek voor de toekomstige ouders, onder meer wanneer tijdens een pretecho een probleem wordt vastgesteld in de ontwikkeling van het kind. Het personeel dat

lors d'une échographie de confort. Le personnel qui pratique ces examens n'est pas nécessairement formé à prendre en charge ce genre de situation.

Pour ces deux raisons, il me semble essentiel d'informer le public des effets pervers potentiels de ces examens. Pour objectiver l'ensemble des problèmes, j'ai demandé que le Conseil supérieur de la Santé me fasse une proposition. J'attends ses conclusions pour juillet prochain.

M. Jacques Brotchi (MR). – Je remercie la ministre de sa réponse. Voilà un sujet de plus sur lequel nous sommes d'accord.

Le Conseil supérieur de la santé étant l'organe prioritairement concerné par cette problématique, je suis ravi que vous ayez déjà posé la question et que vous attendiez une réponse pour le mois de juillet.

J'étais surtout inquiet par le fait que ces examens étaient réalisés dans un but esthétique ou pictural ; il peut donc arriver qu'une malformation chez le fœtus passe inaperçue parce que l'examen est réalisé par un non-médecin. Le dialogue entre la mère, le père et le gynécologue est fort important à diverses étapes de la grossesse car un certain nombre de questions se posent en fonction des anomalies découvertes. Je craignais dès lors que l'on ne passe à côté d'un problème. Ma question revêt donc également une inquiétude d'ordre éthique.

Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le screening sérologique dans le cadre du traitement de l'infertilité» (n° 5-1910)

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les recommandations de la Belgian Society for Reproductive Medicine» (n° 5-2093)

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – *Il n'est pas étonnant que nous posions toutes deux une question à ce sujet étant donné que nous avons été récemment associées à l'organisation d'un symposium avec les centres de fertilité.*

À la suite de la loi de décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique, les arrêtés d'exécution nécessaires ont été élaborés et les circulaires envoyées. La loi est de ce fait entrée en vigueur fin 2009.

Deux ans plus tard, de nombreux problèmes ont été signalés sur le terrain. Ainsi, l'arrêté royal du 28 septembre 2009 portant exécution de la loi de décembre 2008 prévoit un screening sérologique pour le VIH, les hépatites B et C ainsi

die onderzoeken uitvoert, is niet noodzakelijk opgeleid om een dergelijke situatie in handen te nemen.

Om die twee redenen lijkt het mij van essentieel belang de mensen te informeren over de potentiële negatieve effecten van die onderzoeken. Om alle problemen te objectiveren, heb ik de Hoge Gezondheidsraad gevraagd mij een voorstel te doen. Ik verwacht de conclusies tegen juli eerstkomend.

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Ik dank de minister voor haar antwoord. Ook hierover zijn we het dus eens.*

De Hoge Gezondheidsraad is het orgaan dat in de eerste plaats betrokken is bij deze problematiek. Het verheugt me dan ook dat de minister hem al ingeschakeld heeft en dat ze tegen juli een antwoord verwacht.

Wat mij het meest verontrustte, was het feit dat die onderzoeken worden uitgevoerd met esthetische of picturale bedoelingen; het is dus niet denkbeeldig dat een afwijking van de foetus niet wordt opgemerkt omdat het onderzoek niet door een arts wordt uitgevoerd. De dialoog tussen de moeder, de vader en de gynaecoloog is van zeer groot belang in de diverse fasen van de zwangerschap omdat er toch altijd vragen rijzen bij eventuele afwijkingen. Ik was dus bang dat we aan dat probleem voorbij zouden gaan. Mijn vraag was dus ook ingegeven door een ethische bezorgdheid.

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de serologische screening bij infertiliteitsbehandeling» (nr. 5-1910)

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de aanbevelingen van de Belgian Society for Reproductive Medicine» (nr. 5-2093)

De voorzitter. – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – Het is niet vreemd dat we beiden hierover een vraag stellen, aangezien we onlangs betrokken waren bij de organisatie van een symposium met fertilitieitscentra.

Naar aanleiding van de wet van december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek werden de nodige uitvoeringsbesluiten opgesteld en rondzendbrieven verstuurd. Daarmee trad de wet eind 2009 in werking.

We zijn nu meer dan twee jaar verder en vanuit de praktijk worden heel wat problemen en discrepanties gesignaleerd. Zo vereist het koninklijk besluit van 28 september 2009 tot uitvoering van de wet van december 2008 onder meer dat een

que la syphilis pour chaque manipulation dans laquelle le sperme et/ou les ovocytes font l'objet d'une utilisation autologue, et ce, dans le chef des deux partenaires. Ce type d'examen ne semble pas tout à fait justifié étant donné qu'il s'agit d'un projet parental commun.

Un screening sérologique lors de chaque prélèvement d'ovocytes ou don de sperme chez un couple entraîne une augmentation non justifiée des coûts médicaux. Ces coûts sont estimés, sur la base de l'évaluation des coûts de l'analyse médicale, évaluation prévue par la loi, à au moins 4 800 000 euros par an et ce, uniquement dans le cadre de la fertilisation in vitro. Au coût des analyses médicales s'ajoutent les coûts du travail logistique, tel que les prélèvements sanguins et l'interprétation des résultats.

L'application de la directive européenne qui est à la base de la loi belge se révèle moins coûteuse dans d'autres pays européens. En Norvège, par exemple, le screening sérologique a lieu tous les douze mois et au Danemark, tous les 24 mois.

Dans notre pays, les inspecteurs de l'AFMPS qui interviennent dans les différentes régions interprètent la loi de différente manière. Il semble qu'en Flandre, l'inspection de l'AFMPS exige un screening sérologique mensuel, à chaque cycle, tandis que l'inspection wallonne se contente d'un screening sérologique tous les six mois.

Nous estimons que l'on peut épargner beaucoup d'argent, d'énergie et de temps en la matière. C'est pourquoi je souhaiterais que la ministre me dise si elle est disposée à examiner les problèmes signalés en matière de screening sérologique et à adapter la législation, le cas échéant. Quelle attitude l'inspection de l'AFMPS adoptera-t-elle jusqu'à l'entrée en vigueur de ces modifications ?

Quelles mesures la ministre prendra-t-elle afin que l'AFMPS élabore une véritable politique en matière d'inspection, politique qui garantisse l'application uniforme de la législation vis-à-vis de chaque établissement, quelle que soit la région géographique ou linguistique dans laquelle il se situe ?

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je me joins à l'exposé introductif de Mme Temmerman et je me limiterai à quelques questions.*

La ministre s'est-elle concertée avec ses collègues européens afin d'obtenir une adaptation de cette directive ? Quelles mesures prendra-t-elle à court terme, compte tenu de la forte augmentation des coûts dans le secteur de la fertilité, afin d'améliorer le rapport qualité-prix de l'analyse de risque dans le cadre d'un don entre partenaires ? Selon la ministre, l'arrêté royal du 28 septembre 2009 contient-il d'autres éléments qui doivent être corrigés ?

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Des représentants de l'AFMPS ont évoqué le problème au sein d'un groupe de travail de la Commission européenne et au cours d'une réunion avec les autorités nationales compétentes. Ils se sont mis d'accord pour fixer à 24 mois l'intervalle maximal entre deux screenings sérologiques en*

serologische screening voor hiv, hepatitis B & C en syfilis moet gebeuren bij elke behandeling waar sperma en/of eicellen autoloog worden gebruikt, en dit voor beide partners. Deze wijze van screening lijkt niet helemaal gerechtvaardigd daar het gaat om een gezamenlijk ouderlijk project.

Een serologische screening bij elke eicelpick-up of spermadonatie bij een koppel brengt, zoals de wet vereist, een niet-gerechtvaardigde stijging van de medische kosten met zich mee. Deze kosten worden, op basis van de door de wet vereiste evaluatiekosten van de biomedische analyse, geraamd op minstens 4 800 000 euro per jaar, en dit enkel in het kader van een in-vitrofertilisatie. Bij het bedrag van de medische analyses komen nog de kosten voor het logistieke werk, zoals het uitvoeren van de bloedafname en het interpreteren van de resultaten.

De Europese directieve die aan de basis ligt van de Belgische wet en de interpretatie ervan worden in andere Europese landen budgetvriendelijker benaderd. In Noorwegen bijvoorbeeld gebeurt de serologische screening om de twaalf maanden en in Denemarken om de 24 maanden.

In ons land blijken de inspecteurs van het FAGG die werkzaam zijn in de verschillende regio's de wet op een verschillende manier te interpreteren. Naar verluidt vereist de FAGG-inspectie in Vlaanderen een maandelijks serologische screening bij elke cyclus, terwijl de Waalse inspectie genoegen neemt met een serologische screening om de zes maanden.

Wij zijn van oordeel dat hier heel wat geld, energie en tijd kan worden bespaard. Daarom had ik van de minister graag vernomen of ze bereid is de vermelde problemen op het vlak van serologische screenings te onderzoeken en om, waar nodig, de wetgeving aan te passen. Welke houding zal de inspectie van het FAGG innemen tot op de inwerkingtreding van deze wijzigingen?

Welke maatregelen zal de minister nemen opdat het FAGG een daadwerkelijk inspectiebeleid zou uitwerken dat een eenvormige toepassing van de wetgeving garandeert tegenover elke instelling, om het even in welke regio of taalgebied ze zich bevindt?

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik sluit me aan bij de introductie van mevrouw Temmerman en zal me dan ook beperken tot mijn vragen.

Heeft de minister overleg gepleegd met haar Europese collega's, teneinde een bijsturing van deze richtlijn te bekomen? Welke maatregelen zal de minister op korte termijn nemen, gelet op de sterke stijging van de kosten in de fertiliteitsector, ten gunste van de kostenefficiëntie van de risicoanalyse bij partnerdonatie? Zijn er volgens de minister nog andere elementen in het koninklijk besluit van 28 september 2009 die moeten worden bijgestuurd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Vertegenwoordigers van het FAGG hebben de door de sprekers geschetste problematiek in december 2011 aangekaart in een werkgroep van de Europese Commissie en in een vergadering met de nationale bevoegde autoriteiten. Hierbij werd een consensus bereikt over het principe om in*

cas de don entre partenaires.

La Commission européenne prendra d'autres initiatives afin de procéder, avant la fin de l'année, à une adaptation de la directive sur la base de cette proposition. Il va de soi que la réglementation belge devra encore être adaptée.

J'insisterai auprès de l'AFMPS sur la nécessité, pour l'inspection, de mener une politique harmonisée, afin que la loi soit appliquée de manière uniforme, quels que soient l'établissement, le lieu et l'inspecteur. Si j'apprenais que ce n'est pas le cas, j'interviendrai auprès de la direction de l'AFMPS.

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – *Je me réjouis de cette réponse concrète et déterminée, en particulier parce que les mesures proposées peuvent déjà être appliquées à court terme. Cela signifie-t-il que les centres recevront prochainement une circulaire ou un courrier à ce sujet ? Actuellement personne en Flandre n'ose en effet prendre l'initiative d'espacer les screenings, par peur des inspecteurs. Une circulaire sera dès lors bien accueillie.*

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je m'associe aux remarques émises par Mme Temmerman.*

Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la ministre des Classes moyennes, des PME, des Indépendants et de l'Agriculture sur «l'interdiction du colorant 4-MEI dans les boissons au cola» (n° 5-2087)

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – *Les fabricants de Coca-Cola et de Pepsi viennent de décider d'adapter leur recette pour le marché américain, des tests en laboratoire ayant démontré qu'un des composants du produit est cancérigène chez les animaux. Il s'agit du 4-méthylimidazole qui donne sa couleur brune au coca. Selon Coca-Cola, la substance n'est pas dangereuse pour l'homme, ce que conteste le Center for Science in the Public Interest américain. Pour se conformer à la législation californienne, les fabricants ont décidé d'agir.*

Coca-Cola Belgique a annoncé que la Coca-Cola Company ne modifierait en rien la recette mais seulement le processus de fabrication. Elle demandera néanmoins, pour le marché américain, à ses fournisseurs de caramels de réduire la quantité de 4-MEI.

La recette de Coca-Cola et de Pepsi étant, selon leurs dires, très spécifique et unique, nous pouvons supposer que le cola consommé en Europe contient lui aussi du 4-MEI. Vu la grande popularité de cette boisson, nous pouvons nous interroger sur l'effet qu'ont de grandes quantités de cola sur la santé.

L'AFSCA est-elle habilitée à contrôler dans notre pays la sécurité de la consommation de cola produit en Belgique ou importé ? Quelles initiatives a-t-elle déjà prises dans ce

geval van partnerdonatie een maximaal interval tussen twee serologische screenings van 24 maanden vast te leggen.

De Europese Commissie neemt op basis van dit voorstel verdere initiatieven om nog vóór het einde van dit jaar een aanpassing van de Richtlijn te realiseren. Uiteraard moet de Belgische regelgeving dan nog worden aangepast.

Ik zal bij het FAGG aandringen op een geharmoniseerd beleid bij de inspectie, zodat de wet op een eenduidige wijze wordt toegepast, ongeacht de instelling, de ligging en de persoon van de inspecteur. Indien er concrete meldingen zijn van een discordante toepassing van de wet zal ik ingrijpen via de directie van het FAGG.

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – We zijn blij met dit concrete en kordate antwoord, vooral omdat de voorgestelde maatregelen al op korte termijn kunnen worden toegepast. Betekent dit dat de centra binnenkort een rondzendbrief of een schrijven dienaangaande zullen ontvangen? Momenteel durft niemand in Vlaanderen immers het initiatief nemen om de screening te spreiden, uit angst voor de inspecteurs. Een rondzendbrief zal dan ook worden verwelkomd.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik sluit me aan bij de bevindingen van mevrouw Temmerman.

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de minister van Middenstand, KMO's, Zelfstandigen en Landbouw over «het verbod op gebruik van de kleurstof 4-MI in cola» (nr. 5-2087)

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – De fabrikanten van Coca-Cola en Pepsi beslisten onlangs om hun recept voor de productie voor de Amerikaanse markt aan te passen, omdat uit labtests was gebleken dat een onderdeel van het product bij dieren kankerverwekkend is. Het gaat om de stof 4-methylimidazool die de cola zijn bruine kleur geeft. Volgens Coca-Cola is de stof niet schadelijk voor mensen, maar volgens het Amerikaanse Center for Science in the Public Interest is er toch een probleem. Om in orde te zijn met de Californische wetgeving beslisten de fabrikanten om tot actie over te gaan.

Coca-Cola België deelde al mee dat de Coca-Cola Company niets aan het recept gaat veranderen, maar enkel het productieproces zal veranderen. Toch gaan ze – voor de Amerikaanse markt – hun karamelleveranciers vragen om de hoeveelheid 4-MI te verminderen.

Aangezien Coca-Cola en Pepsi vaak spreken over het zeer specifieke en unieke recept van hun drank, kunnen we ervan uitgaan dat 4-MI zich ook in de cola bevindt die in Europa gedronken wordt. En gezien de grote populariteit van cola in ons land rijst de vraag welk effect grote hoeveelheden cola heeft op de gezondheid.

Is in ons land het FAVV bevoegd voor de controle op de veiligheid zowel van de consumptie van de in ons land

dossier ?

La ministre sait-elle si le cola vendu sur le marché européen contient du 4-MEI et en quelles quantités ? Si oui, est-elle prête à analyser l'étude susmentionnée et l'avis du Center for Science in the Public Interest et, si nécessaire, à imposer aux fabricants belges un changement similaire ou à interdire l'importation de cola ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Pour la première question de Mme Temmerman, je la renvoie à ma collègue Laruelle, responsable de l'AFSCA.

La réglementation sur les denrées et additifs alimentaires est entièrement standardisée au niveau européen. Les colorants caramel E150a, E150b, E150c et E150d peuvent être utilisés dans de nombreux aliments aux conditions énoncées dans l'arrêté royal du 9 octobre 1996 concernant les colorants destinés à être employés dans les denrées alimentaires. Cet arrêté transpose en droit belge la directive 94/36.

C'est l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) qui évalue les risques des colorants. En mars 2011, elle a réévalué l'utilisation de colorants caramel contenant du 4-méthylimidazole (4-MEI). Ce 4-MEI contient les colorants E150c et E150d. Sur la base des données disponibles, l'équipe scientifique de l'EFSA conclut que les colorants caramel ne sont ni toxiques ni cancérigènes et que leurs effets indésirables sur la procréation ou sur l'enfant à naître ne sont pas démontrés. L'équipe scientifique a fixé la dose journalière admissible (DJA) globale à 300 milligrammes par kilo de poids corporel pour chacun des quatre colorants dont les propriétés sont semblables, sauf pour l'E150c pour lequel la DJA est de 100 milligrammes par kilo de poids corporel.

Les scientifiques de l'EFSA se sont également intéressés aux composants issus de la production de ces colorants, dont le 4-MEI. Sur la base de la littérature scientifique relative au 4-MEI, y compris des dernières études sur l'effet cancérigène sur les animaux, l'équipe scientifique est d'avis qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter de l'exposition maximale au 4-MEI par les aliments contenant les colorants E150c et E150d. La concentration maximale de 4-MEI et des deux colorants fixée par la législation actuelle sur les critères de pureté, est donc considérée comme suffisamment sûre.

Par conséquent, je n'envisage pas de prendre des mesures pour les produits contenant ces substances.

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – Je remercie la ministre pour sa réponse détaillée et rassurante. Le suivi se poursuivra certainement à mesure que d'autres données seront disponibles.

geproduceerde als van de ingevoerde cola en wat heeft het agentschap in dit dossier al ondernomen?

Weet de minister of de cola op de Europese markt eveneens 4-MI bevat en in welke hoeveelheden? Zo ja, is de minister bereid om de bovengenoemde studie en de adviezen van het Center for Science in the Public Interest nader te bestuderen en zo nodig de colafabrikanten in België een gelijklopende verandering op te leggen of de invoer van buiten België geproduceerde cola te verbieden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Voor de eerste vraag van mevrouw Temmerman verwijs ik naar collega Laruelle, die voor het FAVV bevoegd is.

De regelgeving op de levensmiddelen en additieven is op Europees niveau volledig gestandaardiseerd. De karamelkleurstoffen E150a, E150b, E150c en E150d mogen in vele soorten voedingswaren worden verwerkt, overeenkomstig de voorwaarden van het koninklijk besluit van 9 oktober 1996 betreffende de kleurstoffen die in voedingsmiddelen mogen worden gebruikt. Dat besluit vormde de omzetting in nationaal recht van richtlijn 94/36.

De Europese Voedselveiligheidsautoriteit, EFSA, evalueert de risico's van kleurstoffen. Ze heeft in maart 2011 het gebruik van de karamelkleurstoffen, waarin men de 4-methylimidazool of 4-MI kan terugvinden, opnieuw geëvalueerd. In dit 4-MI vindt men de kleurstoffen E150c en E150d terug. Op basis van alle beschikbare gegevens besluit het wetenschappelijke team van de EFSA dat de karamelkleurstoffen toxisch noch carcinogeen zijn en dat er geen bewijs is dat ze ongewenste gevolgen hebben voor de menselijke voortplanting of voor het ongeboren kind. Het wetenschappelijke team heeft een gegroepeerde aanvaardbare dagelijkse inname, ADI, van 300 milligram per kilogram lichaamsgewicht vastgelegd, die, gezien hun gelijkaardige eigenschappen, voor de vier kleurstoffen kan gelden. Voor de kleurstof E150c heeft het wel een beperktere ADI van 100 milligram per kilo lichaamsgewicht vastgelegd.

De EFSA-wetenschappers hebben zich ook over bestanddelen gebogen die uit de productie van die kleurstoffen voortkomen, namelijk het 4-MI. Op basis van wetenschappelijke literatuur over dit 4-MI, met inbegrip van recente studies over de carcinogeniteit bij dieren, is het wetenschappelijk team van mening dat de maximale blootstelling aan het 4-MI door het eten van voedingswaren die de kleurstoffen E150c en E150d bevatten, geen aanleiding tot ongerustheid mag geven. De maximumconcentratie voor 4-MI en voor de twee kleurstoffen die de huidige wetgeving op de zuiverheidscriteria vastlegt, wordt dus als afdoende veilig beschouwd.

In het licht van het voorgaande heb ik geen plannen om specifieke maatregelen te treffen voor de producten die deze stoffen bevatten.

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – Ik dank de minister voor haar uitgebreid én geruststellend antwoord. Dit wordt ongetwijfeld nog vervolgd naarmate er meer gegevens beschikbaar worden.

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'aide médicale urgente» (n° 5-1923)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – Par cette demande d'explication, je voudrais attirer l'attention sur un secteur qui a déjà connu des tensions sociales, celui de l'aide médicale urgente. Quoique ce dossier doive être traité en priorité, il faut aussi qu'il le soit avec soin.

Dans cette optique, le Conseil national des établissements hospitaliers avait indiqué en avril 2009 la nécessité d'apporter une réponse claire à différentes questions épineuses avant d'étendre le projet d'équipes paramédicales d'intervention (EPI). Si je ne m'abuse, cette réponse se fait attendre, et c'est pourquoi je pose à la ministre les questions du CNEH.

Quel est l'impact des EPI sur les nombres respectifs d'interventions des SMUR et des autres ambulances 100 ? La ministre peut-elle estimer de façon scientifique le gain d'efficacité réalisé grâce aux EPI ?

Comment peut-on améliorer la coopération entre les EPI d'une part, les ambulances et les SMUR d'autre part ? La ministre envisage-t-elle d'adapter la composition des services EPI ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Le projet pilote implique quatorze EPI autonomes et trois EPI actives dans le cadre d'un « SMUR-P ». Les activités de ces EPI seront décrites dans le « Rapport EPI 2010-2011 » qui sera publié dans quelques semaines.

Une EPI allège les tâches du SMUR sur trois plans. L'EPI annule les interventions du SMUR déclenchées par les centrales 100. L'EPI prend en charge les patients, libérant donc plus rapidement le SMUR. L'EPI soulage la charge de travail du SMUR en ce qui concerne les transferts d'un hôpital vers un autre.

L'interaction entre une EPI et l'activité primaire des SMUR voisins est l'objet d'une autre étude, qui est toujours en cours et dont les résultats ne seront connus que d'ici plusieurs mois.

Je ne dispose pas de données relatives à l'impact des EPI sur l'activité des ambulances 100, laquelle n'est actuellement pas enregistrée. J'ai publié l'an dernier la base légale permettant cet enregistrement et j'ai l'intention de le mettre bientôt en œuvre.

Les avantages des EPI quant à la prise en charge du patient ont fait l'objet d'une étude scientifique, présentée en juin 2009 au congrès de la SFMU, Société française de médecine d'urgence. Dans les zones rurales, une EPI représente une alternative valable aux longs délais de déplacement du SMUR. S'il y a danger de mort, les EPI posent des actes médicaux comparables à ceux du SMUR. L'EPI peut assumer le transport du patient, ce qui libère plus

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de dringende medische hulpverlening» (nr. 5-1923)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Met deze vraag wil ik de aandacht vestigen op de dringende medische hulpverlening, aangezien die sector ook al sociale onrust heeft gekend. Dat het dossier van de dringende hulpverlening bij voorrang moet worden behandeld, betekent nog niet dat men niet zorgvuldig te werk moet gaan.

In dat kader wees de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in april 2009 op de noodzaak om een duidelijk antwoord te geven op een aantal prangende vragen alvorens het project van Paramedisch Interventieteam (PIT) uit te breiden. Naar mijn mening bleef een dergelijk antwoord tot op heden uit. Daarom stel ik de vragen van de NRZV nu aan de minister.

Welk effect hebben de PIT's op het aantal interventies van respectievelijk de nabijgelegen MUG-diensten en de andere gewone 100-ziekenwagens? Kan de minister een wetenschappelijk onderbouwde inschatting geven van de efficiëntiewinst die de PIT's inhouden?

Hoe kan de samenwerking tussen de PIT-diensten enerzijds en de 100-ziekenwagens en MUG-diensten anderzijds worden bevorderd? Denkt de minister eraan de samenstelling van de PIT-diensten aan te passen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het proefproject omvat veertien autonome PIT's en drie actieve PIT's in het kader van een 'MUG-P'. De activiteiten van die PIT's komen aan bod in het PIT 2010-2011 rapport dat over enkele weken verschijnt.

Een PIT verlicht de werklust van de MUG op drie terreinen. Het PIT annuleert de door de 100-centra opgestarte MUG-interventies. Het PIT neemt de patiënten ten laste en maakt op die manier de MUG vroeger vrij. Het PIT verlicht de werklust van de MUG in de transfers tussen de ziekenhuizen.

De interactie tussen een PIT en de primaire activiteit van de nabijgelegen MUG's wordt apart onderzocht. Dat onderzoek loopt nog en de uitslag ervan zal pas over enkele maanden bekend zijn.

Ik heb geen gegevens over de invloed van de PIT's op de activiteit van de 100-ziekenwagens. Die activiteit wordt vandaag immers niet geregistreerd. Vorig jaar heb ik de wettelijke basis voor die registratie gepubliceerd en ik ben van plan om ze in de nabije toekomst op te starten.

De voordelen van het PIT voor de tenlasteneming van de patiënt werden wetenschappelijk bestudeerd en in juni 2009 op het congres van de SFMU, Société française de médecine d'urgence, voorgesteld. In een landelijke zone vormt het PIT een aanvaardbaar alternatief voor de lange verplaatsingstijden van de MUG. In geval van een levensbedreigende aandoening zijn de geneeskundige verrichtingen van het PIT vergelijkbaar

rapidement le SMUR. L'EPI assure la qualité des interventions pour lesquelles l'intervention du SMUR ne s'impose pas, par exemple en cas de fractures aux membres. L'EPI se charge de certains actes, comme administrer un sédatif par intraveineuse, que les ambulanciers n'assument pas, faisant appel au SMUR.

La qualité des membres des EPI est primordiale. Une EPI doit comprendre au moins un secouriste-ambulancier doté d'un badge ainsi qu'un infirmier spécialisé en aide médicale urgente, porteur du titre de gradué en soins intensifs et soins d'urgence, SISU. Une EPI est associée à un service d'urgence spécialisé et travaille sous la responsabilité d'un médecin urgentiste. Sous ces conditions, une EPI rurale peut être basée ailleurs que le service d'urgence dont elle dépend.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je me réjouis d'entendre que la ministre est consciente de l'utilité des EPI et que leur enregistrement va commencer, ce qui nous permettra d'adapter la politique aux besoins.*

(La séance est levée à 16 h 55.)

met die van de MUG. Het PIT kan zorgen voor het vervoer van de patiënt en zo de MUG sneller ontlasten. Het PIT zorgt voor meer kwaliteit bij opdrachten waarvoor het uitrukken van een MUG niet echt raadzaam is, bijvoorbeeld bij breuken van ledematen. Het PIT doet verrichtingen die ambulanciers niet doen, zoals het intraveneus toedienen van een pijnstillert. Het PIT doet verrichtingen waarvoor de ambulanciers een beroep op de MUG doen.

De kwaliteit van de leden van het PIT is van doorslaggevend belang. Dat wil zeggen dat een PIT moet bestaan uit ten minste een hulpverlener-ambulancier in het bezit van een badge, en een verpleegkundige dringende hulpverlening die houder is van de titel IZSZ, intensieve zorg en spoedgevallenzorg. Een PIT is verbonden aan een gespecialiseerde spoedgevallendienst en werkt onder de verantwoordelijkheid van een urgentiearts. Onder die voorwaarden kan in een landelijke zone het PIT zich op een andere plaats bevinden dan de spoedgevallendienst die dat PIT beheert.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik ben blij te horen dat de minister het belang van de PIT's inziet en dat ook de registratie zal starten, zodat we later het beleid aan de noden kunnen aanpassen.

(De vergadering wordt gesloten om 16.55 uur.)