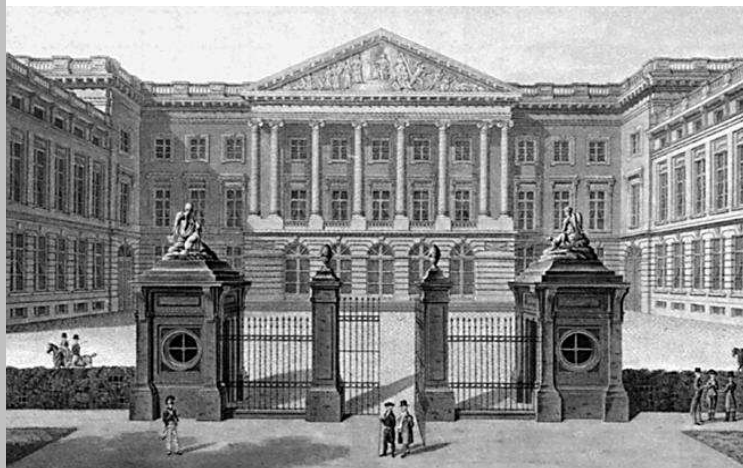


Sénat de Belgique

Session ordinaire 2010-2011



5-50COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 22 mars 2011

Séance de l'après-midi

Annales

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 22 maart 2011

Namiddagvergadering

5-50COM

Belgische Senaat
Gewone zitting 2010-2011

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

Demande d'explications de M. Huub Broers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le transfert d'une ambulance de Herstal à Liège» (n° 5-365).....	5
Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le droit à une allocation de l'INAMI en cas de congé politique, à côté du maintien d'un contrat à temps plein auprès de l'employeur initial» (n° 5-503)	6
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évolution de la maternité de substitution» (n° 5-521)	8
Demande d'explications de M. Guido De Padt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'emploi de 2000 à 3000 soignants diplômés dans les centres d'hébergement et de soins» (n° 5-581).....	9
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la sensibilisation aux gestes de premiers secours et les conseils téléphoniques de réanimation par les centralistes 112» (n° 5-540)	11
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'application de mesures exceptionnelles en vue d'assurer la garde des médecins généralistes» (n° 5-587).....	14
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la possibilité de créer la profession de médecin gardiste» (n° 5-595)	14
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la dermopigmentation médicale» (n° 5-589)	17
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 projet de réinsertion professionnelle des personnes en incapacité de travail» (n° 5-614).....	18
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les centres de radiothérapie» (n° 5-634)	20
Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les mesures de suivi en ce qui concerne les prothèses de hanche défaillantes» (n° 5-635)	21

Inhoudsopgave

Vraag om uitleg van de heer Huub Broers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de overplaatsing van een ziekenwagen van Herstal naar Luik» (nr. 5-365)	5
Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het recht op een RIZIV-uitkering in geval van politiek verlof gecombineerd met het behoud van een voltijds contract bij de oorspronkelijke werkgever» (nr. 5-503)	6
Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de evolutie van het draagmoederschap» (nr. 5-521)	8
Vraag om uitleg van de heer Guido De Padt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de werkgelegenheid van 2000 tot 3000 gediplomeerde verzorgenden in de woonzorgcentra» (nr. 5-581)	9
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de operatoren van de 112-centrales die telefonisch hulp bieden bij het toedienen van de eerste hulp en bij reanimatie» (nr. 5-540)	11
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de toepassing van uitzonderlijke maatregelen om de wachtdienst van huisdokters te verzekeren» (nr. 5-587).....	14
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de mogelijkheden inzake het creëren van het beroep van arts van wacht» (nr. 5-595)	14
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «medische dermopigmentatie» (nr. 5-589)	17
Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het project inzake beroepsherinschakeling van mensen die arbeidsongeschikt zijn» (nr. 5-614)	18
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de centra voor radiotherapie» (nr. 5-634)	20
Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de gebrekkige heupprothesen» (nr. 5-635)	21

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'instauration généralisée et accélérée de la réglementation en matière de tabagisme» (n° 5-686)23

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de algemene en versnelde invoering van de rookregeling» (nr. 5-686)23

Présidence de M. Rik Torfs

(La séance est ouverte à 14 h 30.)

Demande d'explications de M. Huub Broers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le transfert d'une ambulance de Herstal à Liège» (n° 5-365)

M. Huub Broers (N-VA). – À la suite de la réorganisation des services de secours voulue par le SPF Santé publique, l'ambulance de Herstal a été transférée à Liège le 1^{er} mars. La zone de Herstal ne dispose donc plus que d'une seule ambulance.

Pour quelles raisons cette décision a-t-elle été prise ?

La ministre ne pense-t-elle pas que la zone qui ne peut dès lors être couverte est trop vaste : de Herstal jusqu'aux Fourons et à la frontière néerlandaise, de nombreuses entreprises à et autour de Visé, la carrière d'Hallembaye, les communes d'Oupeye, de Visé et toute la vallée du Geer ?

Ne faut-il adapter cette décision pour garantir la sécurité des habitants et des visiteurs de la région ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Mon administration a constaté, au cours de l'année 2010, de nombreuses interruptions dans la permanence « 100 » des services d'ambulances de la Croix-Rouge de Liège, et, dans une moindre mesure, de Herstal, dues principalement à une pénurie de personnel de la Croix-Rouge, en nombre insuffisant pour assurer les départs d'ambulances de Herstal et de Liège. Cette immobilisation des ambulances 100 ont laissé le centre de Liège sans couverture pour l'aide médicale urgente (AMU), contrairement à la zone de Herstal et ses environs qui sont restés couverts par la Paramedical Intervention Team (PIT) de la clinique André Renard.

Les solutions proposées par les responsables régionaux de la Croix-Rouge et le bureau de la Commission de l'aide médicale urgente pour couvrir au mieux les besoins de la population de la région ont consisté en une réorganisation des moyens disponibles de la Croix-Rouge avec fermeture du départ d'ambulances de Herstal, en la poursuite de la collaboration de la Croix-Rouge avec le PIT d'Herstal, qui prendra en charge l'activité PIT et ambulances de la région, et en un recentrage des autres moyens de la Croix-Rouge sur la ville de Liège.

Cette solution a été retenue, compte tenu de l'avis des experts consultés lors des discussions, avis selon lequel un seul départ d'ambulances suffirait à couvrir les missions réalisées précédemment par le PIT et l'ambulance de Herstal.

J'ai été sensible à l'émoi et à l'intensité des réactions provoqués par la décision de fermeture du départ d'ambulances de Herstal et ai invité les acteurs de terrain à une réunion, qui a eu lieu le 24 février 2011, afin de leur proposer une solution alternative permettant de maintenir un

Voorzitter: de heer Rik Torfs

(De vergadering wordt geopend om 14.30 uur.)

Vraag om uitleg van de heer Huub Broers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de overplaatsing van een ziekenwagen van Herstal naar Luik» (nr. 5-365)

De heer Huub Broers (N-VA). – Door een reorganisatie van de hulpdiensten in opdracht van de FOD Volksgezondheid is de ziekenwagen van Herstal sinds 1 maart overgeplaatst naar de stad Luik. Dat heeft als gevolg dat er nog slechts één ambulance beschikbaar is voor de zone Herstal.

Op basis van welke redenen is die beslissing tot stand gekomen?

Vindt de minister niet dat er zodoende een veel te grote zone ongedekt blijft: van Herstal tot aan Voeren en de Nederlandse grens, een reeks grote bedrijven in en rond Visé, de groeve van Hallembaye, de gemeenten Oupeye, Visé en de volledige Jekervallei?

Dient die beslissing niet te worden aangepast teneinde de veiligheid van de inwoners en de bezoekers in die streek te kunnen garanderen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Mijn administratie heeft in de loop van 2010 veel onderbrekingen vastgesteld in de 100-wachtdienst van de ziekenwagendiensten van het Rode Kruis van Luik en in mindere mate ook van Herstal. Dat is vooral te wijten aan een gebrek aan personeel bij het Rode Kruis, dat te weinig mensen heeft om ziekenwagens in Herstal en in Luik te laten uitrijden. Door de immobilisering van 100-wagens zit het centrum van Luik zonder dekking voor dringende medische Hulp (DMH), in tegenstelling tot de zone van Herstal en omliggende zones, die door het paramedisch interventieteam (PIT) van het André Renardziekenhuis gedekt blijven.

De door de gewestelijke verantwoordelijken van het Rode Kruis en het bureau van de Commissie Dringende Medische Hulpverlening voorgestelde oplossingen om beter aan de behoeften van de bevolking van de streek te beantwoorden, bestonden uit: ten eerste, een reorganisatie van de beschikbare middelen van het Rode Kruis met een sluiting van het vertrekpunt van ziekenwagens in Herstal, ten tweede, de voortzetting van de samenwerking tussen het Rode Kruis en het PIT van Herstal, dat de PIT-activiteit en ziekenwagens van de streek voor zijn rekening zal nemen en tot slot, de andere middelen van het Rode Kruis op de stad Luik richten.

Die oplossing werd aanvaard, rekening houdend met het advies van de geraadpleegde deskundigen dat één vertrekpunt van ziekenwagens zal volstaan om de opdrachten te vervullen die voorheen door het PIT en de ziekenwagens van Herstal werden uitgevoerd.

De emoties en de hevige reacties op de beslissing om het vertrekpunt van ziekenwagens in Herstal te sluiten lieten mij evenwel niet onberoerd. Daarom nodigde ik de veldwerkers

départ d'ambulances assuré par la Croix-Rouge dans la région de Herstal, tout en renforçant la couverture en ambulances 100 du centre de Liège par la création d'un PIT basé à l'hôpital de la Citadelle. La mise en œuvre de cette solution est discutée actuellement par les acteurs de terrain. Dans l'attente, la Croix-Rouge a accepté de maintenir en activité le départ d'ambulances de Herstal.

M. Huub Broers (N-VA). – *Nous attendrons le résultat des discussions.*

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le droit à une allocation de l'INAMI en cas de congé politique, à côté du maintien d'un contrat à temps plein auprès de l'employeur initial» (n° 5-503)

M. Dirk Claes (CD&V). – *J'ai récemment été confronté au problème suivant : un échevin prend chaque semaine deux jours de congé politique, mais garde son contrat à temps plein auprès de son employeur du secteur privé, pour pouvoir, à l'expiration de son mandat échevinal, récupérer cet emploi à temps plein. Il apparaît à présent que cet échevin, tout comme certains de ses collègues se trouvant dans la même situation, n'a plus droit, dans ce contexte, à une allocation de l'INAMI.*

Selon l'article 203 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, on ne peut prétendre à ces allocations qu'au terme d'un stage d'attente. Pour les travailleurs bénéficiant d'un contrat de travail à temps plein, le stage d'attente est de 120 jours de travail au cours d'une période de six mois. Pour les travailleurs à temps partiel, ce stage peut être limité à 400 heures de travail au cours d'une période de dix-huit mois. Pour un échevin prenant plus de deux jours de congé politique, le stage d'attente serait plus court. Le droit au congé politique est toutefois limité à deux jours, et cette réglementation me semble donc anormale.

Le même article 203 énumère un certain nombre d'absences assimilées à du temps de travail pour satisfaire aux exigences du stage d'attente. Cependant, le congé politique n'est pas repris dans cette liste, ce qui pose problème. Par conséquent, l'échevin n'atteint pas le nombre de 120 jours en six mois, parce qu'il ne travaille pas deux jours par semaines. De ce fait, il n'a pas droit à une allocation de l'INAMI.

Je déplore cette situation, car l'engagement politique est, pour moi, l'expression de la démocratie et ne peut être découragé en raison d'inconvénients qui y seraient liés.

La ministre est-elle au courant de cela et reconnaît-elle la problématique évoquée ? Est-elle disposée à résoudre le problème ? Dans l'affirmative, peut-elle modifier l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en ajoutant le congé politique aux absences assimilées à du temps de travail ?

uit op een vergadering op 24 februari jongstleden om hun een alternatief voorstel te doen waarbij het Rode Kruis een vertrekpunt van ziekenwagens in de streek van Herstal zou garanderen en ook de dekking door 100-ziekenwagens van het centrum van Luik, door de oprichting van een PIT met basis in het Citadelziekenhuis. De veldwerkers bespreken momenteel dit voorstel. Het Rode Kruis heeft aanvaard het vertrekpunt van ziekenwagens in Herstal ondertussen open te houden.

De heer Huub Broers (N-VA). – We zullen afwachten wat de verdere gesprekken opleveren.

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het recht op een RIZIV-uitkering in geval van politiek verlof gecombineerd met het behoud van een voltijds contract bij de oorspronkelijke werkgever» (nr. 5-503)

De heer Dirk Claes (CD&V). – Onlangs werd ik geconfronteerd met de volgende problematiek. Een schepen neemt wekelijks twee dagen politiek verlof, maar behoudt zijn voltijds contract bij zijn werkgever in de privésector, om na afloop van zijn schepenmandaat opnieuw voltijds te kunnen werken bij die werkgever. Nu blijkt dat deze schepen, en ongetwijfeld ook een aantal van zijn collega's die in een gelijkaardige situatie verkeren, in deze context geen recht meer te hebben op een RIZIV-uitkering.

In artikel 203 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 staat immers dat men, om aanspraak te kunnen maken op deze uitkeringen, eerst een wachttijd dient in acht te nemen. Voor werknemers met een voltijds arbeidscontract is de wachttijd 120 arbeidsdagen in een tijdsspanne van zes maanden, voor halftijdse werknemers kan de wachttijd beperkt worden tot 400 uren over een tijdsspanne van achttien maanden. Mocht een schepen dus méér dan twee dagen politiek verlof kunnen nemen, zou de wachttijd korter worden. Het recht op politiek verlof is echter beperkt tot twee dagen, en dus lijkt deze regeling me een anomalie.

In hetzelfde artikel 203 worden een aantal afwezigheden opgesomd die gelijkgesteld worden met arbeidstijd om aan de vereisten van de wachttijd te voldoen. Politiek verlof is evenwel niet in deze lijst is opgenomen en dat is precies het probleem. Het gevolg is dat de schepen het aantal van 120 dagen op zes maanden niet haalt, omdat hij twee dagen per week niet werkt. Hierdoor mist hij zijn recht op een RIZIV-uitkering.

Ik betreur deze situatie, omdat een politiek engagement volgens mij een uiting is van democratie en niet ontmoedigend mag worden door er nadelen aan te verbinden.

Is de minister op de hoogte van en erkent ze de geschetste problematiek? Is de minister bereid het probleem op te lossen? Zo ja, kan zij het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wijzigen door het politiek verlof toe te voegen aan de

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale.* – *La question concerne la situation dans laquelle un travailleur à temps plein prend deux jours de congé politique par semaine pour exercer un mandat d'échevin. Conformément au droit du travail, il garde sa fonction à temps plein.*

Le contrat de travail est suspendu pour la période durant laquelle le travailleur s'absente pour exercer son mandat politique. Aucune rétribution n'est prévue durant cette période de suspension, étant donné que le travailleur est rémunéré à part entière pour l'exercice de son mandat. Pour les autres jours, il recevra un salaire dont seront déduites les cotisations de sécurité sociale. Si ces retenues sont suffisamment élevées, l'intéressé pourra préserver ses droits sociaux par ce biais.

Cependant, si son traitement brut annuel est inférieur à 5 549,69 euros (montant pour 2010), il devra verser lui-même une contribution personnelle à sa mutualité. Ces mandataires sont dès lors considérés comme non protégés et peuvent solliciter le statut social supplétif. Ils sont alors soumis à l'assurance maladie-invalidité, à l'assurance chômage et à la réglementation relative aux allocations familiales.

Si le statut social supplétif ne peut être appliqué, comme c'est le cas dans la situation décrite par M. Claes, il faut examiner les conditions d'assurabilité pour chaque volet de la sécurité sociale.

Le travailleur doit alors, pour garantir son droit aux allocations d'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités, non seulement verser des cotisations suffisantes, mais aussi pouvoir attester d'un nombre suffisant de jours de travail au cours d'une période de référence. Durant les deuxième et troisième trimestres précédant celui au cours duquel l'incapacité de travail a commencé, un travailleur à temps plein doit attester de 120 jours ou jours assimilés. Certains jours sont assimilés à des jours de travail, par exemple les jours de chômage contrôlé, les jours de congé légal, etc. Les jours de congé politique ne peuvent cependant pas être pris en considération.

Compte tenu du fait que le mandataire politique ne peut prétendre au statut social supplétif, le service indemnités de l'INAMI estime qu'il peut être considéré comme un travailleur à temps partiel.

Les conditions d'assurabilité valables pour les travailleurs à temps partiel sont dès lors appliquées. Cela implique que lorsque 400 heures de travail ou heures assimilées sont attestées, le travailleur peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail. La réglementation ne doit dès lors pas être adaptée.

M. Dirk Claes (CD&V). – *Il est positif qu'il soit considéré comme un travailleur à temps partiel, car il pourra certainement faire état des 400 heures requises. Cependant,*

periodes die gelijkgesteld worden met arbeidstijd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie.* – *De vraag gaat over de situatie waarin een voltijdse werknemer twee dagen politiek verlof per week neemt om een mandaat als schepen uit te oefenen. Op arbeidsrechtelijk vlak behoudt de werknemer zijn voltijdse functie.*

De arbeidsovereenkomst wordt geschorst tijdens de periode dat de werknemer van het werk afwezig is voor de uitoefening van zijn politiek mandaat. Tijdens deze schorsingsperiode is er geen loon voorzien, aangezien de werknemer voor de uitoefening van zijn mandaat volwaardig betaald wordt. Voor de andere dagen zal hij een loon ontvangen, waarvan sociale zekerheidsbijdragen worden afgehouden. Indien deze afhoudingen hoog genoeg zijn, zal de betrokkene zijn sociale zekerheidsrechten via deze weg kunnen vrijwaren.

Als zijn jaarlijkse brutobezoldiging echter minder bedraagt dan 5 549,69 euro (bedrag voor 2010), zal hij zelf bijkomende persoonlijke bijdragen moeten betalen aan zijn ziekenfonds. Deze mandatarissen worden dan beschouwd als niet-beschermd en kunnen een beroep doen op het suppletief sociaal statuut. Ze worden dan onderworpen aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de werkloosheidsverzekering en de kinderbijslagregeling.

Indien het suppletief sociaal statuut niet kan worden toegepast, zoals in de situatie die de heer Claes beschrijft, dienen de verzekeraarvoorwaarden binnen iedere tak van de sociale zekerheid bekeken te worden.

Zo moet de werknemer om zijn recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het kader van de uitkeringsverzekering te vrijwaren, niet alleen voldoende bijdragen betalen, maar moet hij tevens gedurende een referteperiode voldoende arbeidsdagen kunnen aantonen. In het tweede en derde kwartaal voorafgaand aan het kwartaal waarin de arbeidsongeschiktheid een aanvang nam, moet een voltijdse werknemer 120 dagen of gelijkgestelde dagen aantonen. Bepaalde dagen worden gelijkgesteld met arbeidsdagen, bijvoorbeeld dagen in gecontroleerde werkloosheid, dagen wettelijke vakantie, enz. De dagen politiek verlof kunnen echter niet in aanmerking worden genomen.

Rekening houdend met het gegeven dat de politieke mandataris in voorliggend geval geen aanspraak kan maken op het suppletief sociaal statuut, meent de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV dat hij voor het recht op uitkeringen als een deeltijdse werknemer kan worden beschouwd.

Dan worden de verzekeraarvoorwaarden die gelden voor deeltijdse werknemers toegepast. Dit houdt in dat wanneer tijdens de referteperiode 400 arbeidsuren of gelijkgestelde uren bewezen worden, de werknemer aanspraak kan maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. De regelgeving hoeft dus niet te worden aangepast.

De heer Dirk Claes (CD&V). – *Ik vind het goed dat de werknemer beschouwd wordt als een deeltijdse werknemer, want hij zal zeker de vereiste 400 uren kunnen aantonen. Ik*

je me demande si l'intéressé a droit à une indemnité d'incapacité de travail complète ou partielle. Si elle est complète, la législation ne doit pas être adaptée.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *C'est le cas.*

M. Dirk Claes (CD&V). – *Le problème est donc résolu.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évolution de la maternité de substitution» (n° 5-521)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Le Sénat examine depuis un certain temps déjà la législation sur la maternité de substitution. Aucune donnée chiffrée n'est toutefois disponible sur la mesure dans laquelle cette pratique est répandue. Les centres de fertilité appliquent peut-être aussi leurs propres critères.*

Des règles minimales ont déjà été instaurées par l'arrêté royal du 6 juillet 2007. La limite d'âge maximale d'une mère porteuse a par exemple été établie. En outre, cet arrêté confirme à nouveau la nécessité de transparence dans les centres de fertilité. Il est dès lors important de connaître la mesure dans laquelle la pratique est répandue en Belgique.

Combien de demandes de lancement d'un traitement de maternité de substitution dans un centre de fertilité agréé ont-elles été introduites ces dix dernières années ?

Pour combien de ces demandes les centres de fertilité ont-il rendu un avis favorable ?

Dans combien de cas la demande de maternité de substitution a-t-elle été transmise au comité d'éthique de l'hôpital concerné ?

Existe-t-il de grandes différences entre les centres ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *En Belgique, on n'a recours que dans des cas exceptionnels à une mère porteuse et cette pratique n'est introduite que dans un petit nombre de programmes de soins en médecine reproductive. Les indications et les règles plus précises relatives à cette pratique font partie du code éthique de chaque centre où elle est appliquée. Pour l'instant, seules des indications médicales strictes entrent en ligne de compte.*

Le collège des médecins, chargé de l'évaluation externe de la qualité des programmes de soins de médecine reproductive A et B, a introduit cet élément dans la base de données FIV depuis le 1^{er} juillet 2009 pour les embryons « frais » et depuis le 1^{er} janvier 2011 pour les embryons congelés.

Les données relatives à 2009 seront disponibles pour la fin de

vraag mij echter wel af of de betrokkene recht heeft op een volledige uitkering van 100% arbeidsongeschiktheid of op een deeltijdse uitkering? Indien betrokkene terugvalt op een volledige arbeidsongeschiktheid, hoeft de wetgeving niet te worden aangepast.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Dat is zo.*

De heer Dirk Claes (CD&V). – *Dan is het probleem opgelost.*

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de evolutie van het draagmoederschap» (nr. 5-521)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *De Senaat onderzoekt al geruime tijd de wettelijke regeling voor het draagmoederschap. Toch zijn er nog altijd geen cijfers beschikbaar over de mate waarin deze praktijk is verspreid. De verschillende fertiliteitscentra passen wellicht ook hun eigen criteria toe.*

Met het koninklijk besluit van 6 juli 2007 is al minimaal geregeld opgetreden. Zo werd bijvoorbeeld de maximumgrens voor de leeftijd van een draagmoeder vastgelegd. Daarenboven herbevestigde dit besluit ook de nood aan transparantie bij de fertiliteitscentra. Het is dan ook belangrijk te weten in welke mate de praktijk verspreid is in België.

Hoeveel aanvragen werden de jongste tien jaar ingediend om een behandeling tot draagmoederschap op te starten in de erkende fertiliteitscentra?

Hoe vaak heeft het fertiliteitscentrum een positief advies gegeven om in de erkende fertiliteitscentra een behandeling tot draagmoederschap te starten?

Hoe vaak werd de aanvraag tot draagmoederschap overgezonden aan het ethische comité van het betrokken ziekenhuis?

Zijn er grote onderlinge verschillen tussen de centra?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *In België wordt slechts in uitzonderlijke gevallen een beroep gedaan op een draagmoeder en deze praktijk wordt slechts in een gering aantal zorgprogramma's reproductieve geneeskunde uitgevoerd. De indicaties en de nadere regels met betrekking tot deze praktijk maken deel uit van de ethische code van elk centrum waar die wordt uitgevoerd. Momenteel komen enkel strikt medische indicaties in aanmerking.*

Het college van geneesheren, dat belast is met de externe evaluatie van de kwaliteit van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde A en B, heeft dit item ingevoerd in de IVF-databank vanaf 1 juli 2009 voor 'verse' embryo's en vanaf 1 januari 2011 voor ingevroren embryo's.

Gegevens voor het jaar 2009 zullen niet voor eind 2011

2011.

Sur la base de ces éléments qui ont été enregistrés dans le cadre d'une évaluation qualitative, il ne sera cependant pas possible de répondre à toutes vos questions. Seule une enquête approfondie dans les centres pourrait fournir des réponses très précises.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je remercie la ministre. J'ai reçu la réponse que j'attendais. J'espère qu'on y travaillera sérieusement à l'avenir. J'attends l'enquête approfondie que propose la ministre.*

Demande d'explications de M. Guido De Padt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'emploi de 2000 à 3000 soignants diplômés dans les centres d'hébergement et de soins» (n° 5-581)

M. Guido De Padt (Open Vld). – *La VVSG, Association des villes et communes flamandes exprime, avec les autres instances faïtières des centres d'hébergement et de soins, des inquiétudes concernant l'emploi de 2 000 à 3 000 soignants diplômés qui, en raison de la nouvelle réglementation relative au personnel soignant, ne peuvent plus être reconnus comme tel.*

Il s'agit notamment de diverses catégories de soignants engagés dans le secteur après 2008 et d'étrangers qui, au terme de longues procédures, ont été assimilés aux soignants.

La ministre annonce depuis longtemps un prolongement du délai accordé pour suivre un recyclage de 120 heures. La VVSG est satisfaite de cette mesure, mais celle-ci ne résout en rien la situation des catégories précitées.

En outre, selon certains textes de projet, six catégories doivent suivre entre 600 et 1 300 heures de formation complémentaire, que ce soit ou non en tant que travailleurs.

C'est une gifle pour les intéressés, qui sont souvent de bons soignants dont l'expérience et l'engagement sont considérables. Cette réglementation n'est pas utilisable dans la pratique et hypothèque la continuité des soins. On entend trop souvent dire que ce sont les employeurs qui n'en n'ont pas fait assez pour résoudre la problématique à temps. Selon la VVSG, c'est injuste. En raison de la lenteur et de l'imprécision avec lesquelles le SPF Santé publique a traité ce dossier, personne ne sait plus à quoi s'en tenir.

La VVSG demande dès lors un audit indépendant au SPF Santé publique concernant ces procédures et, à très court terme, une solution concrète et praticable pour les soignants appartenant aux six catégories problématiques.

1. La ministre reconnaît-elle la problématique et confirme-t-elle que l'emploi de 2 000 à 3 000 soignants des centres d'hébergement et de soins est menacé parce qu'ils ne peuvent pas être reconnus sur la base de la nouvelle réglementation ?

2. Comment la ministre compte-t-elle résoudre le problème ? Est-il exact que les intéressés seront obligés de suivre une formation complémentaire variant entre 600 et 1 300 heures ?

beschikbaar zijn.

Op basis van deze elementen, die geregistreerd zijn in het kader van een kwaliteitsevaluatie, zal het evenwel niet mogelijk zijn te antwoorden op al uw vragen. Enkel een diepgaande enquête in de centra zou zeer precieze antwoorden kunnen opleveren.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *Ik dank de minister. Ik heb het antwoord gekregen dat ik verwachtte. Ik hoop dat daar in de toekomst hard aan wordt gewerkt. Ik wacht op de diepgaande enquête die de minister voorstelt.*

Vraag om uitleg van de heer Guido De Padt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de werkgelegenheid van 2000 tot 3000 gediplomeerde verzorgenden in de woonzorgcentra» (nr. 5-581)

De heer Guido De Padt (Open Vld). – *De Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) uit samen met de andere Vlaamse koepels van woonzorgcentra, haar bezorgdheid over de werkgelegenheid van 2000 tot 3000 gediplomeerde verzorgenden in de woonzorgcentra, die door de nieuwe regelgeving voor zorgkundigen niet als zodanig kunnen worden erkend.*

Het gaat onder meer om verschillende categorieën van verzorgenden die pas na 2008 (opnieuw) in de sector aan het werk gingen, en buitenlanders die na lange procedures hun gelijkschakeling met verzorgenden hebben gekregen.

De minister kondigt reeds lang een verlenging aan van de termijn voor het volgen van 120 uur bijscholing. De VVSG is blij dat de verlenging er komt, maar ze lost niets op voor genoemde categorieën.

Daarnaast circuleren ontwerp teksten waarin staat dat de in totaal zes categorieën tussen de 600 en 1300 uur bijkomende opleiding moeten volgen, al dan niet als werknemer.

Dat is een kaakslag voor de betrokkenen, die meestal goede verzorgenden zijn met veel ervaring en engagement. Het is een regeling die niet werkbaar is in de praktijk en die de continuïteit van de zorg in de bestaande voorzieningen hypothekeert. Al te vaak wordt verklaard dat het de werkgevers zijn die te weinig hebben gedaan om de situatie tijdig in orde te brengen. Volgens de VVSG is dit onjuist. De traagheid en onnauwkeurigheid waarmee de FOD Volksgezondheid dit dossier heeft aangepakt, heeft ertoe geleid dat niemand nog weet waar ze aan toe zijn.

De VVSG vraagt dan ook een onafhankelijke doorlichting van de FOD Volksgezondheid betreffende die procedures en op zeer korte termijn een concrete en werkbare oplossing voor de verzorgenden in de zes probleemcategorieën.

1. Erkent de minister de problematiek en bevestigt ze dat de tewerkstelling van 2000 à 3000 verzorgenden in de woonzorgcentra bedreigd wordt, omdat ze volgens de nieuwe regelgeving niet kunnen worden erkend?

2. Op welke wijze denkt de minister een oplossing te vinden? Is het juist dat de betrokkenen verplicht zullen worden om

Dans l'affirmative, sous quel statut ?

3. La ministre chargera-t-elle le SPF Santé publique de soumettre les procédures à un audit et d'évaluer leur praticabilité ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Les arrêtés royaux relatifs à la qualification d'aide-soignant ont été publiés le 3 février 2006. Ils résultent de plusieurs années de discussions au sujet de cette nouvelle qualification relevant de l'arrêté royal n° 78 et avaient pour objectif de « mettre de l'ordre » dans le grand nombre de titres dits « de soins » dont il était devenu impossible de préciser le contenu de formation, ce qui posait problème en termes de sécurité pour les personnes soignées.*

Je rappelle une fois encore que toutes les personnes en activité le 13 février 2006 ont bénéficié d'un enregistrement définitif. Celles qui disposent d'une des qualifications mentionnées dans la circulaire du 8 novembre 2006 et qui ont travaillé comme personnel soignant jusqu'au 31 décembre 2008 au plus tard peuvent obtenir un enregistrement provisoire.

L'arrêté royal du 23 février, paru le 8 mars 2011, prolonge une seconde fois les mesures transitoires également prévues en 2006, sans toutefois modifier les critères de formation et/ou d'expérience requis. Les mesures transitoires visent à ne pas mettre en difficulté les institutions et les personnes concernées par la création d'une nouvelle qualification et/ou par les nouvelles exigences qui y sont liées. Par définition, ces mesures sont limitées dans le temps et excluent les personnes qui ne répondent pas aux conditions.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, les personnes qui n'étaient pas enregistrées comme aides-soignants ne peuvent plus se voir confier des activités relevant de cette qualification. La qualification de soignant ne répond pas aux exigences de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 et n'est pas considérée comme une profession de santé.

Pour ceux qui ne répondent pas aux critères des mesures transitoires, les mesures définitives prévaudront dorénavant. Les parcours de formation complémentaire approuvés par le CNAI permettront à de très nombreuses personnes d'atteindre le niveau requis. Ce que vous qualifiez de « gifle » pour les personnes concernées est le résultat d'un intense et difficile travail mené en collaboration avec la Communauté flamande. L'administration fédérale aurait pu se limiter à un avis négatif, les obligeant, si elles souhaitaient retrouver une fonction d'aide-soignant, à réussir l'année de formation exigée. Le choix a été d'investiguer plus avant pour leur proposer un cursus de formation plus court, compte tenu de leur parcours antérieur. Le SPF Santé publique ne peut se voir reprocher d'avoir traité ce dossier avec lenteur et imprécision. L'envoi d'un avis négatif aurait été beaucoup plus facile à gérer. Si des informations peu claires ont circulé, ce n'est pas au sein de cette administration.

Il faut toutefois relever que les soignants polyvalents dans l'enseignement pour adultes et en soins à domicile/VDAB ainsi que les personnes ayant réussi la septième année soins à domicile et soins aux personnes âgées avant le 30 juin 2006 n'ont qu'un complément de 120 heures de formation à

nog tussen de 600 en 1300 uur bijkomende opleiding te volgen? Zo ja, met welk statuut?

3. Zal de minister aan de FOD Volksgezondheid opdracht geven om de procedures door te lichten en te evalueren op hun werkbaarheid?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De koninklijke besluiten betreffende de bekwaamheden van zorgkundigen verschenen op 3 februari 2006. Ze zijn het resultaat van jarenlange discussies over de nieuwe bekwaamheden die onder het koninklijk besluit nr. 78 vallen en moesten 'orde op zaken' stellen in het grote aantal 'zorgtitels' waarvan het onmogelijk was geworden de opleidingsinhoud te verduidelijken. Voor de verzorgde personen was dat een kwestie van veiligheid.*

Alle personen die op 13 februari 2006 werkzaam waren, hebben een definitieve inschrijving gekregen. Alle personen die over één van de bekwaamheden uit de circulaire van 8 november 2006 beschikken en uiterlijk 31 december 2008 werkzaam waren, kunnen een tijdelijke inschrijving krijgen.

Het op 8 maart 2011 verschenen koninklijk besluit van 23 februari verlengt voor de tweede keer de ook in 2006 bepaalde overgangsmaatregelen zonder de criteria inzake opleiding en/of ervaring te veranderen. De overgangsmaatregelen moeten ervoor zorgen dat instellingen en personen die bij het creëren van een nieuwe bekwaamheid en/of het opstellen van de nieuwe daarmee verbonden vereisten, niet in moeilijkheden komen. Per definitie zijn de overgangsmaatregelen beperkt in de tijd en sluiten ze personen uit die niet aan de vereiste criteria voldoen.

Vanaf 1 januari 2009 mochten personen die niet als zorgkundige waren ingeschreven, geen activiteiten met die kwalificatie meer uitoefenen. De kwalificatie van verzorgende beantwoordt niet aan de eisen van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 en wordt niet als een gezondheidsberoep beschouwd.

Voor personen die niet aan de overgangscriteria beantwoorden, gelden voortaan de definitieve maatregelen. Door de door de NRV goedgekeurde bijkomende opleidingstrajecten zullen heel veel mensen het vereiste opleidingsniveau kunnen halen. Wat een kaakslag voor de betrokkenen wordt genoemd, is het resultaat van een in samenwerking met de Vlaamse gemeenschap geleverd intensief en moeizaam werk. De federale administratie had zich tot een negatief advies kunnen beperken en de gegadigden voor een functie van zorgkundige verplichten om voor het vereiste opleidingsjaar te slagen. Men koos voor een diepgaander onderzoek om hun een kortere opleiding voor te stellen waarbij men met hun opleidingstraject rekening hield. Men kan de FOD Volksgezondheid niet verwijten dat hij dit dossier traag en onzorgvuldig behandelde. Een negatief advies zou een veel gemakkelijker afhandeling zijn geweest. Het is niet de administratie die onduidelijke informatie heeft gegeven.

De 'Polyvalent verzorgenden in CVO en in thuisdienst/VDAB' en de personen die vóór 30 juni 2006 voor het zevende jaar Thuis- en bejaardenzorg BSO slaagden, moeten nog maar 120 uren bijkomende opleiding volgen. De

effectuer. Ces catégories devraient constituer la majorité des personnes concernées.

Mais un autre problème se pose, que le gouvernement flamand résoudra en adaptant son décret. En effet, des aides-soignants bénéficiant d'un enregistrement en vertu des mesures transitoires ne peuvent exercer car ils ne répondent pas aux conditions fixées par la Flandre pour être reconnus comme soignants.

J'ai donné des directives à mon administration pour que les dossiers négatifs laissés en suspens soient traités aussi rapidement que possible sur la base des propositions de la Commission d'agrément.

M. Guido De Padt (Open Vld). – *La ministre ne nie donc pas que pour plus de 2 000 personnes, il sera difficile de continuer à travailler dans les centres d'hébergement et de soins. Ce n'est pas un message agréable à transmettre.*

De nombreuses personnes sont enregistrées provisoirement et doivent encore suivre une formation complémentaire, mais le temps presse. La ministre a annoncé la prorogation de la mesure de transition relative aux 120 heures de recyclage. Quand cette mesure sera-t-elle prorogée ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *L'arrêté royal a été publié le 8 mars dernier.*

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la sensibilisation aux gestes de premiers secours et les conseils téléphoniques de réanimation par les centralistes 112» (n° 5-540)

Mme Dominique Tilmans (MR). – *Après deux expériences-pilotes lancées en provinces de Liège et du Limbourg, le Conseil belge de la réanimation souhaite étendre à l'ensemble du pays la pratique des conseils téléphoniques de réanimation prodigués par le centraliste du 112 qui reçoit le premier appel d'urgence. Je tiens à saluer cette initiative quand on sait que dans plus de 92% des cas, un patient en arrêt cardiaque en dehors de l'hôpital n'y survit pas car malheureusement, les secours arrivent trop tard.*

Si 8% survivent dans ces conditions, on sait qu'on peut atteindre 60% de survie si un choc électrique ou un massage cardiaque est prodigué dans les trois à quatre minutes.

Le Journal du Médecin a récemment souligné que pratiquer une réanimation directement après un infarctus double, voire triple les chances de survie. Selon des expériences menées aux États-Unis, une réanimation mal menée peut, au pire, aboutir à une côte fracturée, mais ce risque ne fait pas le poids face au bienfait qu'il procure.

La formation aux gestes qui sauvent dispensée par la Croix-Rouge est ouverte à tous sur une base volontaire. Or il me semble essentiel de formaliser davantage encore l'apprentissage des gestes de premiers secours surtout quand on sait que plus de vies pourraient être sauvées si 20% des

meeste betrokkenen vallen wellicht onder die categorieën.

Er rijst echter nog een ander probleem dat de Vlaamse regering via een aanpassing van haar decreet zal oplossen. Zorgkundigen die zich krachtens de overgangsmaatregelen inschrijven, kunnen niet aan de slag omdat ze niet aan de Vlaamse voorwaarden voldoen om als 'verzorgenden' te worden erkend.

Ik heb mijn administratie richtlijnen gegeven om de hangende negatieve dossiers zo snel mogelijk te behandelen, op basis van de voorstellen van de Erkenningscommissie.

De heer Guido De Padt (Open Vld). – *De minister ontkent dus niet dat meer dan tweeduizend mensen het moeilijk zullen hebben om verder als verzorgende in de woonzorgcentra te worden tewerkgesteld. Dat is geen prettige boodschap.*

Veel mensen zijn voorlopig geregistreerd en moeten nog een aanvullende opleiding volgen. De tijd dringt echter. De minister heeft aangekondigd dat de overgangsmaatregel voor de 120 uur bijscholing wordt verlengd. Wanneer zal dat gebeuren?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het koninklijk besluit is op 8 maart jongstleden gepubliceerd.*

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de operatoren van de 112-centrales die telefonisch hulp bieden bij het toedienen van de eerste hulp en bij reanimatie» (nr. 5-540)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Na twee proefprojecten in de provincies Luik en Limburg wenst de Belgische Reanimatieraad het geven van reanimatietips per telefoon vanuit de 112-centrale waar de noodoproep binnenkomt, uit te breiden. Ik vind dit een goed initiatief aangezien patiënten die een hartstilstand krijgen buiten het ziekenhuis – dit in meer dan 92% van de gevallen –, niet overleven omdat de hulp te laat komt.*

In die omstandigheden overleeft dus 8% van de patiënten, maar we weten dat de overlevingskans tot 60% kan stijgen indien een elektrische schok of hartmassage is toegediend binnen de drie tot vier minuten.

In de Artsenkrant werd onlangs benadrukt dat de toepassing van reanimatie onmiddellijk na een hartinfarct de overlevingskansen verdubbelt of zelfs verdrievoudigt. Volgens experimenten in de Verenigde Staten kan een slecht uitgevoerde reanimatie in het slechtste geval leiden tot een gebroken rib, maar dit risico weegt niet op tegen de voordelen die ze kan bieden.

De opleiding voor eerste hulp die door het Rode Kruis wordt georganiseerd, staat voor iedereen open op vrijwillige basis. Ik denk evenwel dat het essentieel is om de structuren voor het aanleren van de eerste hulp uit te breiden. Volgens het

Belges y étaient formés, selon la Croix-Rouge. J'ai d'ailleurs déposé une proposition de loi en ce sens qui visait à dispenser des gestes de premiers secours dans le cadre des épreuves relatives à l'obtention du permis de conduire.

Nous sommes tous concernés car nous pouvons tous un jour être confrontés à une situation d'urgence au bureau, dans la rue, lors d'une réunion de famille. On sait que 10 000 personnes en Belgique par an ont une déficience cardiaque imprévisible. La restructuration des hôpitaux créera davantage encore de régions excentrées où les chances de survie seront encore amoindries. Si les secours spécialisés arrivent sur place en 7 minutes en moyenne, dans certaines régions excentrées de la province de Luxembourg, ils peuvent mettre 20 à 25 minutes !

En prenant l'initiative de coacher les appelants, le 112 a compris que prodiguer des actes essentiels de base, dans un délai très court, peut sauver des vies.

Madame la ministre, que proposez-vous pour multiplier le nombre de citoyens formés aux actes de premiers secours, à l'instar des pays scandinaves ? Ne serait-il pas souhaitable qu'un nombre maximum de Belges soient capables de pratiquer ce geste de civisme ? Quels sont les premiers résultats de l'expérience-pilote de conseils de réanimation par téléphone en province de Liège et de Limbourg ? Comment les centralistes 112 sont-ils formés à cet exercice ? Le sont-ils tous ? Enfin, envisagez-vous l'extension de l'expérience à l'ensemble du territoire belge ? Si oui, dans quels délais ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Au niveau conceptuel, il est possible d'approcher le problème de deux façons. Soit on améliore la formation du public aux gestes de réanimation en les intégrant par exemple dans le programme pédagogique de l'enseignement secondaire supérieur ou dans la formation au permis de conduire. Ces projets ne relèvent pas de mes compétences et doivent être proposés au ministre compétent. Ce serait en tous cas une bonne chose. Soit on assure un encadrement téléphonique systématique de l'appelant confronté à un arrêt cardio-respiratoire. Cela relève de mes compétences et j'ai privilégié cette option, sans négliger la première.

Le projet « Phone CPR » a été lancé en mars 2010 et comporte un volet pédagogique et un volet scientifique. Le premier permet, grâce à une formation spécifique, d'actualiser et d'améliorer les connaissances des dispatchers 112 en réanimation cardio-pulmonaire. Le volet scientifique consiste en deux études menées par le SPF Santé en partenariat avec l'École de santé publique, le département de psychologie de l'Université de Liège et le CHU de Liège.

La première vise à déterminer l'impact du protocole « Phone CPR » en situation réelle. Cette étude implique les provinces de Liège et du Limbourg. Elle analyse chaque arrêt cardio-respiratoire, depuis l'appel jusqu'à la prise en charge hospitalière. L'objectif est de mettre en évidence l'impact de l'assistance téléphonique sur le nombre de réanimations cardio-pulmonaires initiées par le témoin. Elle vise également à déceler les éventuelles raisons de sa non-application.

La seconde étude en cours se penche sur une question peu soulevée dans la littérature internationale. Son objectif est en

Rode Kruis, zouden immers meer levens kunnen worden gered indien 20% van de mensen in België daartoe wordt opgeleid. Ik heb een wetsvoorstel ingediend dat voorzorg in het opnemen van een EHBO-test in het rijexamen.

Het gaat ons allen aan, omdat ieder van ons geconfronteerd kan worden met een noodsituatie op kantoor, op straat of op een familiebijeenkomst. In België doet zich jaarlijks bij 10 000 mensen een onvoorspelbaar hartfalen voor. Ten gevolge van de herstructurerings in ziekenhuizen zullen in steeds meer regio's de afstanden voor de hulpdiensten groter worden en de overlevingskansen verkleinen. De gespecialiseerde hulpdiensten komen gemiddeld na 7 minuten ter plaatse aan, maar in sommige afgelegen streken in de provincie Luxemburg soms pas na 20 of 25 minuten!

Uit het initiatief om de beller bij een noodoproep te coachen blijkt dat de 112-centrale heeft begrepen dat essentiële basishandelingen levens kunnen redden.

Wat stelt de minister voor om meer mensen een EHBO-cursus te laten volgen zoals in Scandinavië? Is het niet wenselijk dat zoveel mogelijk mensen in België hun medeburgers hiermee kunnen helpen? Wat zijn de eerste resultaten van de proefprojecten Luik en Limburg? Hoe worden de operatoren van de 112-centrale daartoe opgeleid? Krijgen alle operatoren een opleiding? Overweegt u de uitbreiding van het experiment tot heel het land? Zo ja, wanneer?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Conceptueel kan het probleem op twee manieren benaderd worden. Het publiek kan beter worden opgeleid om reanimatietechnieken uit te voeren, bijvoorbeeld door lessen op te nemen in het pedagogisch programma van het hoger secundair onderwijs of in de rijopleiding. Die materie valt niet onder mijn bevoegdheid en daarover moet u dus de bevoegde minister aanspreken. Het zou zeker een goede zaak zijn. Ook kan systematisch telefonische hulp geboden worden aan de beller die geconfronteerd wordt met een cardiorespiratoire stilstand. Daarvoor ben ik wel bevoegd en ik heb die optie vooropgesteld, zonder voorbij te gaan aan de eerste optie.

Het Phone CPR-project werd in maart 2010 gelanceerd en omvat een pedagogisch en een wetenschappelijk deel. Dankzij het eerste wordt via een specifieke opleiding de kennis van de 112-dispatchers over cardiopulmonaire reanimatie opgefrist. Het wetenschappelijke deel bestaat uit twee studies die door de FOD Volksgezondheid samen met de École de Santé Publique (ULB), het departement psychologie van de Universiteit van Luik en het Centre Hospitalier Universitaire de Liège worden uitgevoerd.

De eerste studie wil de impact meten van het Phone CPR-protocol in een levensechte situatie. Deze studie wordt uitgevoerd in de provincies Luik en Limburg. Elke cardiorespiratoire stilstand wordt geanalyseerd vanaf de oproep tot de opname in het ziekenhuis. Het doel is de impact van de telefonische bijstand te meten op het aantal cardiopulmonaire reanimaties door de oproeper. Er wordt ook nagegaan waarom dat eventueel niet gebeurt.

De tweede studie gaat over een punt dat nauwelijks wordt

effet de déterminer l'impact psychologique de la mise en place des gestes de réanimation pour un profane témoin d'un arrêt cardio-respiratoire. Bien que les premières constatations coïncident avec les résultats rencontrés dans la littérature internationale, il est cependant prématuré d'objectiver une quelconque conclusion à ce stade. Les résultats seront disponibles et présentés à la fin de ce premier semestre.

La formation est composée d'une partie théorique – un cursus de quatre heures par dispatcher 112 –, un débat autour de la « Phone CPR », un rappel du *Basic Life Support* et plusieurs mises en situation. La formation est clôturée par une évaluation certificative. Elle a été dispensée à l'ensemble des préposés du pays par les mêmes formateurs et selon la même méthodologie et les mêmes supports pédagogiques. L'ensemble des dispatchers 112 belges bénéficient d'une formation et d'un outil d'encadrement standardisé à la réanimation cardio-pulmonaire par téléphone.

Le projet scientifique n'est quant à lui activé que dans les provinces de Liège et du Limbourg. Cette démarche permettra de constituer un registre national des arrêts cardio-respiratoires et de réaliser l'analyse épidémiologique indispensable à l'adoption de recommandations de réanimation en accord avec l'*evidence-based medicine*. Il va de soi que ce projet est amené à se développer. Cette première année nous a permis d'établir des fondations solides sur lesquelles nous comptons nous appuyer afin de poursuivre notre démarche. Actuellement, le protocole n'est validé que pour l'adulte. L'algorithme pédiatrique doit voir le jour. Dans un futur proche, le groupe de travail se penchera sur l'introduction du défibrillateur externe automatique. J'espère dès lors qu'on pourra élargir le champ d'action pour les enfants et le champ d'action géographique du projet.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Je me réjouis de ces nouvelles. En effet, ce premier geste de secours est indispensable. J'avais imaginé son intégration dans la formation au permis de conduire mais cela n'a pas avancé. Cela fait partie du premier paquet qu'on attend depuis longtemps. Il s'agit d'un geste civique. Nous pouvons être confrontés à ce genre d'accident n'importe quand et nous devrions tous être à même de pouvoir pratiquer ces gestes en attendant les secours. Dès lors, pouvez-vous, madame la ministre, suivre ce dossier de très près ? Il est très important. Je ne manquerai pas de vous interroger à nouveau vers la fin du premier semestre, quand les premières conclusions seront disponibles.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – C'est une bonne idée.

aangeraakt in de internationale literatuur. Het doel is na te gaan wat de psychologische impact is van het uitvoeren van reanimatietechnieken door een leek die getuige is van een cardiorespiratoire stilstand. Hoewel de eerste vaststellingen samenvallen met de bevindingen van internationale studies, is het nog te vroeg om daar nu al enige conclusie uit te trekken. De resultaten zullen beschikbaar zijn en voorgesteld worden op het einde van dit eerste semester.

De opleiding bestaat uit een theoretisch gedeelte in de vorm van een cursus van vier uur per dispatcher, een debat over de Phone CPR, een herhaling van de Basic Life Support en verschillende situaties met rollenspel. De opleiding wordt afgerond met een evaluatie en een getuigschrift. Ze werd aan alle dispatchers van het land verstrekt door dezelfde instructeurs, volgens dezelfde methode en met dezelfde pedagogische ondersteuning. Alle Belgische 112-dispatchers hebben een gestandaardiseerde opleiding en handleiding gekregen voor het geven van reanimatietips per telefoon.

Het wetenschappelijk project wordt enkel gevoerd in de provincies Luik en Limburg. Aldus zal een nationaal register van cardiorespiratoire stilstanden kunnen worden aangelegd en een epidemiologische analyse kunnen worden uitgevoerd die noodzakelijk is voor het opstellen van aanbevelingen voor reanimatie die in overeenstemming zijn met de evidence-based medicine. Dit project zal uiteraard nog verder worden uitgebreid. In dit eerste jaar hebben we een gedegen basis gelegd waarop we verder kunnen bouwen. Momenteel geldt het protocol enkel voor volwassenen. Het algoritme voor de pediatrie moet nog ontwikkeld worden. De werkgroep zal zich binnenkort buigen over de introductie van de automatische externe defibrillator. Ik hoop dus dat deze maatregelen ook voor kinderen zullen kunnen worden toegepast en dat het toepassingsgebied geografisch kan worden verruimd.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Daar ben ik blij om. De eerste hulp is immers van levensbelang. Ik had dit graag laten opnemen in de rijopleiding, maar dat komt niet goed van de grond. Het maakt deel uit van een eerste reeks maatregelen waarop we al lang wachten. Het gaat erom zijn medeburgers te helpen. We kunnen op elk ogenblik met zoiets geconfronteerd worden en we zouden allen in staat moeten zijn om de eerste hulp te bieden in afwachting van de komst van de hulpdiensten. Mevrouw de minister, wilt u dit goed opvolgen? Het is van groot belang. Ik kom hier tegen het einde van het eerste semester op terug, wanneer de eerste conclusies beschikbaar zijn.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Dat is een goed idee.

**Demande d'explications de
Mme Dominique Tilmans à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «l'application de
mesures exceptionnelles en vue d'assurer
la garde des médecins généralistes»
(n° 5-587)**

**Demande d'explications de
Mme Dominique Tilmans à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «la possibilité de
créer la profession de médecin gardiste»
(n° 5-595)**

Mme Dominique Tilmans (MR). – La garde de médecine générale est toujours au centre de mes préoccupations. Il est indéniable qu'elle est au cœur de la problématique de la pénurie et de l'attractivité de la médecine générale. Je vous ai déjà beaucoup interrogée sur le sujet et m'abstiendrai donc de longs préambules.

Le Forum des associations de généralistes (FAG) a récemment proposé que des mesures exceptionnelles soient appliquées afin d'assurer une garde correcte pour les médecins généralistes et leurs patients. L'une de ces mesures consisterait à renvoyer les patients aux urgences, en priorité pendant la nuit de 21 heures à 8 heures.

Cette proposition va incontestablement dans le sens de l'idée de la « nuit noire », souhaitée par certains médecins, rejetée par d'autres.

Madame la ministre, j'ai plusieurs questions à vous poser. Ce type de « mesure exceptionnelle » a-t-il déjà été étudié par vos services ? Envisagez-vous d'y recourir ? Cette mesure est-elle concrètement applicable ? Les services d'urgence des hôpitaux, qui connaissent une pénurie de médecins urgentistes et des gardes répétitives, pourraient-ils supporter un tel surcroît de travail ?

Le Forum des associations de généralistes a publié récemment une note de synthèse proposant douze réformes en vue remédier aux conditions difficiles, voire intenable, dans lesquelles une proportion croissante de médecins généralistes doivent pratiquer. Parmi celles-ci, il est entre autres soutenu qu'une réforme et une rénovation en profondeur de la garde pourraient « attirer des médecins généralistes venus d'autres cercles, ou inciter des généralistes du cercle à prester plus qu'à leur tour ».

Madame la ministre, dans cette optique et face à la pénurie de médecins généralistes à laquelle nous sommes confrontés dans certaines régions rurales, une professionnalisation de la garde pourrait voir le jour et des médecins gardistes pourraient apparaître dans le paysage médical belge. Certains jeunes médecins sont intéressés par cette profession.

Cette possibilité a-t-elle ou va-t-elle être étudiée par vos services ? Serait-il envisageable de créer un statut réservé uniquement aux médecins gardistes ?

**Vraag om uitleg van mevrouw Dominique
Tilmans aan de vice-eersteminister en
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid over «de toepassing van
uitzonderlijke maatregelen om de
wachtdienst van huisdokters te
verzekeren» (nr. 5-587)**

**Vraag om uitleg van mevrouw Dominique
Tilmans aan de vice-eersteminister en
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid over «de mogelijkheden
inzake het creëren van het beroep van arts
van wacht» (nr. 5-595)**

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – De wachtdienst van huisartsen blijft een punt waarover ik me zorgen maak. Het valt niet te ontkennen dat dit de kern vormt van de problematiek van de schaarste en de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts. Ik heb hier al veel vragen over gesteld en dus is een lange inleiding niet nodig.

Het Forum des associations de généralistes (FAG) heeft onlangs voorgesteld uitzonderlijke maatregelen te nemen om een adequate wachtdienst voor de huisartsen en hun patiënten te verzekeren. Een van die maatregelen zou erin bestaan de patiënten naar de spoeddiensten te sturen, in eerste instantie 's nachts tussen 21 uur en 8 uur.

Dat voorstel gaat onbetwistbaar in de richting van de 'nacht zonder dienst' waarover geen eensgezindheid bestaat bij de artsen.

Werd deze 'uitzonderlijke maatregel' al bestudeerd door uw diensten? Overweegt u die maatregel te nemen? Is die maatregel in de praktijk toepasbaar? Kunnen de spoeddiensten in de ziekenhuizen, waar zich een schaarste aan urgentieartsen en veelvuldige wachtdiensten voordoen, een dergelijke toename van het werk aan?

Het Forum des associations de généralistes heeft onlangs een synthesenota gepubliceerd waarin twaalf hervormingen worden voorgesteld om iets te doen aan de moeilijke en zelfs onhoudbare omstandigheden waarin steeds meer huisartsen moeten werken. Er wordt onder andere verdedigd dat een diepgaande hervorming en vernieuwing van de wacht 'huisartsen uit andere kringen kan aantrekken, of huisartsen van de kring ertoe kan aanzetten meer te presteren dan hun beurt'.

In het licht van de huisartsenschaarste in sommige landelijke gebieden kan een professionalisering van de wacht het licht zien en kunnen wachtartsen in het Belgische medische landschap hun intrede doen. Sommige jonge artsen tonen interesse voor dat beroep.

Werd die mogelijkheid door uw diensten onderzocht of zal ze worden onderzocht? Kan worden overwogen een specifiek statuut voor de wachtartsen in te voeren?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je remettrai une note à Mme Tilmans qui reprend toute une série de données statistiques que je ne citerai pas ici. Cela concerne le nombre de généralistes agréés ces dernières années, les résultats de l'étude du SPF sur la base du cadastre, le nombre de médecins généralistes en formation, le nombre de spécialistes pour 2007 à 2009, les quotas de contingentement et l'augmentation du revenu des généralistes entre 2004 et 2009.

Par ailleurs, si Mme Tilmans le souhaite, je joindrai par courrier séparé l'évolution du projet 1733, que nous sommes en train de le mettre en œuvre en province du Luxembourg. Je sais en effet que ce sujet l'intéresse particulièrement.

Pour le reste, nous avons effectivement déjà parlé souvent des médecins de garde et de leur situation. Il s'agit d'un des problèmes les plus urgents à résoudre. Si nous avons la chance de pouvoir constituer un gouvernement de plein exercice, il faudra régler cette question en priorité.

La majorité des mesures proposées par le Forum des associations de généralistes sont dans la ligne ce qui a déjà été fait ces dernières années. J'épinglerai le soutien massif aux postes de garde dont le budget a été triplé en deux ans ou encore l'élaboration du projet 1733 de dispatching central. L'organisation de la garde passe également par un renforcement des cercles de médecins généralistes. Notons à cet effet l'indexation récente des subsides aux cercles ou encore l'adaptation du fonds « Impulseo I » pour coller davantage à la réalité de terrain.

En ce qui concerne ce que vous appelez les médecins gardistes, je voudrais d'abord noter que certains cercles font déjà appel depuis plusieurs années à des médecins extérieurs, qui sont des généralistes agréés et par conséquent parfaitement formés à cette tâche. Ces cercles proposent parfois une rémunération complémentaire en utilisant comme ressources les honoraires de disponibilité, les cotisations et les subsides au cercle.

Une autre solution envisageable est le recours aux généralistes en formation pour autant qu'ils soient supervisés par un des médecins de la zone, maître de stage Santé publique. Une formation particulière, voire un statut spécifique pour ces médecins effectuant des gardes en dehors de leur zone n'est pas à l'ordre du jour ; par contre les mesures de planification mises en place pour augmenter le nombre de généralistes et les mesures d'incitation à s'installer dans des zones à faible densité vont devoir être renforcées.

L'autre problème délicat reste l'obligation de la garde de nuit, liée partiellement à l'obligation de déplacement ; l'idée de remplacer la garde de nuit durant les week-ends par un recours aux urgences hospitalières mérite d'être étudiée, en particulier dans les régions à faible densité médicale. Toutefois, et vous le rappelez dans votre question, l'unanimité est loin d'être faite autour de cette problématique au sein même des acteurs de terrain, sans compter l'avis négatif émis récemment par l'Ordre des médecins. Il va de soi qu'il faut évaluer l'impact sur la continuité et la qualité des soins, et même l'impact budgétaire.

Le projet 1733, via l'enregistrement systématique des appels, permettra certainement une approche rigoureuse et

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik zal mevrouw Tilmans een nota bezorgen met een hele reeks statistische gegevens die ik nu niet zal opsommen. Het betreft het aantal erkende huisartsen van de voorbije jaren, de resultaten van de studie van de FOD op basis van het kadaster, het aantal huisartsen in opleiding, het aantal specialisten in de periode 2007 tot 2009, de quota van het contingent en de inkomensstijging van de huisartsen tussen 2004 en 2009.

Als mevrouw Tilmans het wenst, zal ik haar ook de evolutie van het project 1733 bezorgen dat we nu in de provincie Luxemburg opzetten. Ik weet dat ze daar een bijzondere interesse voor heeft.

We hebben inderdaad reeds veel gepraat over de wachtartsen. Het is een dringend probleem. Als we een regering met volle bevoegdheid kunnen vormen, moet dat probleem als eerste worden geregeld.

De meeste maatregelen die het Forum des associations de généralistes voorstelt, liggen in de lijn van wat de voorbije jaren reeds werd voorgesteld. Ik onderstreep dat de wachtposten zwaar werden gesteund: het budget voor de wachtposten is in twee jaar tijd verdrievoudigd en het project 1733 betreffende de centrale dispatching wordt uitgewerkt. De organisatie van de wachtdiensten gebeurt eveneens via een versterking van de huisartsenkringen. In dat verband vermeld ik de recente indexering van de subsidies aan de kringen en de aanpassing van het Impulseo I-fonds, om beter aan te sluiten bij de realiteit op het terrein.

Wat betreft de zogenaamde wachtartsen, vermeld ik eerst dat sommige kringen al verschillende jaren een beroep doen op externe artsen, erkende huisartsen en bijgevolg perfect opgeleid voor die taak. Die kringen stellen soms een bijkomende vergoeding voor. Ze gebruiken daarvoor de beschikbaarheidshonoraria, de bijdragen en de subsidies aan de kring.

Een andere mogelijke oplossing is een beroep doen op huisartsen in opleiding voorzover ze gesuperviseerd worden door een van de artsen van de zone, een stagemeester erkend door Volksgezondheid. Een bijzondere opleiding of specifiek statuut voor de artsen die wachtdiensten verrichten buiten hun zone, is niet aan de orde; planningsmaatregelen om het aantal huisartsen te doen stijgen en stimulerende maatregelen om zich in zones met een lage bevolkingsdichtheid te vestigen zullen daarentegen worden geïntensifieerd.

Het andere delicate probleem blijft de verplichting van de nachtdienst, dat voor een deel samenhangt met de verplichting tot verplaatsing; het idee de nachtdiensten tijdens de weekends te vervangen door een beroep op de spoeddiensten van de ziekenhuizen verdient te worden onderzocht, in het bijzonder in regio's met een lage medische concentratie.

Er bestaat echter helemaal geen eensgezindheid over dat probleem bij de actoren op het terrein, en bovendien heeft de Orde van geneesheren er onlangs een negatief advies over uitgebracht. Uiteraard moeten de gevolgen voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening en ook de budgettaire impact worden geëvalueerd.

scientifique ; tout porte à croire que dans la plupart des zones, le nombre d'appels nocturnes est faible et que dans une majorité des cas, ils aboutissent justement à une hospitalisation.

Si le projet pilote confirme que l'impact sur la qualité des soins est favorable et que le nombre de cas supplémentaires qui devraient être gérés par les services d'urgence hospitaliers reste très limité, il faudrait entamer alors un débat avec l'ensemble des acteurs impliqués afin d'envisager un changement législatif sur l'obligation de déplacement et sur l'organisation éventuelle de ce que l'on appelle les nuits noires.

Afin de préparer au mieux ce débat, nous avons demandé dès le départ aux représentants des cercles des médecins généralistes de faire partie du comité de pilotage du projet 1733 et nous l'avons élargi récemment à des représentants de l'Ordre des médecins.

Enfin, une éventuelle réforme passera également par un renforcement des services d'urgence hospitaliers. L'arrêté de planification instaurant un quota minimal annuel d'urgentistes est une première réponse. Je voudrais vraiment m'atteler à cette réforme structurelle qui est absolument nécessaire. Vous voyez que nous sommes très proactifs en la matière.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Je remercie la ministre. Effectivement, il faut vraiment s'atteler au sujet de la garde ; c'est la raison pour laquelle nous avons déposé une proposition pour qu'il soit examiné au sein de la commission.

Concernant les médecins gardistes, vous me dites que l'idée d'un statut n'est pas à l'ordre du jour. Il serait utile d'y penser, car de plus en plus de jeunes sont intéressés à travailler les week-ends ou en garde parce qu'ils gagnent mieux leur vie ou ont plus de disponibilité pendant la semaine.

Les avis du monde médical sur la nuit noire sont partagés. Est-ce une solution ? Je partage votre avis selon lequel elle n'est pas parfaite.

Enfin, le 1733, sera-t-il opérationnel dans le Luxembourg au deuxième semestre de cette année ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Pour le Luxembourg, il est prévu de proposer d'emblée une solution 1733 pour l'ensemble de la province et un dispatching des appels à partir du Centre 100. Le projet est en discussion avec les cercles de médecine générale et le Centre 100. Dès que tout est opérationnel, on lance le système.

Je vais vous envoyer la note et vous donnerai dès que possible les informations pour le Luxembourg.

Het project 1733 zal, via de systematische registratie van de oproepen, zeker een nauwkeurige en wetenschappelijke benadering mogelijk maken. Alles lijkt erop te wijzen dat het aantal nachtelijke oproepen in de meeste zones laag is en dat die oproepen in de meerderheid van de gevallen in een ziekenhuisopname uitmonden.

Als het proefproject bevestigt dat de impact op de kwaliteit van de zorg gunstig is en dat het aantal bijkomende gevallen dat zou moeten worden behandeld door de spoeddiensten van de ziekenhuizen beperkt blijft, moet er een debat met alle betrokken actoren worden opgezet om een wetswijziging te overwegen over de verplichting van de verplaatsing en over de eventuele organisatie van de nachten zonder dienst.

Om dat debat beter voor te bereiden hebben we van bij het begin de vertegenwoordigers van de huisartsenkringen gevraagd deel uit te maken van het comité ter begeleiding van het project 1733 en hebben we dat comité onlangs uitgebreid met vertegenwoordigers van de Orde van geneesheren.

Tot slot zal een eventuele hervorming ook een versterking van de spoeddiensten in ziekenhuizen inhouden. Het planningsbesluit dat jaarlijkse minimumquota voor de urgentieartsen bepaalt, is een eerste oplossing. Ik zou me graag toeleggen op die structurele hervorming, die absoluut noodzakelijk is. Zoals u ziet, zijn we zeer proactief in deze materie.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Het probleem van de wachtdiensten moet echt worden aangepakt. Daarom hebben we een voorstel ingediend dat door de commissie kan worden onderzocht.

U zegt dat het idee van een statuut voor de wachtartsen niet aan de orde is. Het zou nochtans nuttig zijn dat te overwegen, want steeds meer jongeren hebben belangstelling om te werken tijdens het weekend of in wachtdienst omdat ze dan beter verdienen of meer tijd hebben tijdens de week.

De meningen van de medische wereld over de nacht zonder dienst zijn verdeeld. Is dat een oplossing? Ik deel uw mening dat ze niet perfect is.

Tot slot, zal het project 1733 operationeel zijn in Luxemburg in het tweede semester van dit jaar?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Voor Luxemburg zal voor de hele provincie meteen al een oplossing in de zin van project 1733 en een dispatching van de oproepen vanuit het 100-centrum worden voorgesteld. Het project wordt besproken met de huisartsenkringen en het 100-centrum. Zodra het geheel operationeel is, zal het systeem worden gestart.

Ik zal u de nota sturen en u zodra mogelijk de informatie over Luxemburg bezorgen.

**Demande d'explications de
Mme Dominique Tilmans à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «la
dermopigmentation médicale» (n° 5-589)**

Mme Dominique Tilmans (MR). – La dermopigmentation consiste à implanter dans le derme à l'aide d'aiguilles un pigment coloré. Ce dernier a une durée de vie variable en fonction de la qualité du produit ou encore de la profondeur de l'implantation.

Cette technique peut s'appliquer à des fins esthétiques pour redessiner ou colorer les lèvres, pour restructurer les cils ou les sourcils... On parle alors généralement de maquillage permanent. Ce dernier est notamment réalisé par les esthéticiennes.

Ce procédé est également utilisé dans un contexte de réparation, et c'est cet aspect qui m'intéresse en particulier. On peut faire appel à cette technique pour la reconstruction de mamelons ou d'aréoles dans le cadre d'une chirurgie pratiquée sur le sein, pour la reconstruction des lèvres dans le cadre du traitement d'un bec-de-lièvre, pour masquer des cicatrices à la suite d'un accident de la route ou encore pour masquer une brûlure. Certains parlent dans ce cas de dermopigmentation médicale.

La personne qui réalise la dermopigmentation utilise généralement une pommade anesthésiante. Cependant, certaines interventions se feraient sous anesthésie locale.

D'un point de vue technique, la dermopigmentation s'apparente à un tatouage. Ce dernier est encadré par l'arrêté royal du 25 novembre 2005. La différence entre la dermopigmentation médicale et le tatouage réside évidemment dans l'objectif visé. Par ailleurs, ce procédé est utilisé sur des patients souvent médicalisés, ce qui nécessite la prise de mesures de protection et d'asepsie.

Madame la ministre, je souhaiterais vous poser plusieurs questions.

1. Qui pratique la dermopigmentation médicale ? Une esthéticienne peut-elle pigmenter une lésion médicale ? Quelle formation dispense-t-on aux personnes qui pratiquent la dermopigmentation médicale ?
2. La dermopigmentation médicale ne nécessite-t-elle pas un encadrement spécifique étant donné qu'il s'agit d'une technique apparentée au tatouage mais utilisée dans un contexte réparateur sur des personnes qui pourraient s'avérer plus fragiles ?
3. Les pigments utilisés dans le cadre de ce procédé sont-ils considérés comme des dispositifs médicaux tels que visés par l'arrêté royal du 18 mars 1999 ?
4. Ce procédé est-il remboursé par l'INAMI lorsqu'il est utilisé dans un but reconstructeur ? Si oui, disposez-vous de chiffres sur le nombre de personnes y ayant eu recours ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La dermopigmentation est proposée dans un cadre médical dans des cas tels que la reconstruction

**Vraag om uitleg van mevrouw Dominique
Tilmans aan de vice-eersteminister en
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid over «medische
dermopigmentatie» (nr. 5-589)**

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Dermopigmentatie is het inbrengen van kleurstoffen in de huid met behulp van naalden. De duurzaamheid van de aangebrachte kleur is afhankelijk van de kwaliteit van het product of ook van de diepte van de inplanting.

Deze techniek kan om esthetische redenen gebruikt worden om lippen te hertekenen of bij te kleuren, om wimpers of wenkbrauwen te reconstrueren. In die gevallen spreekt men van permanente make-up. Dat is meestal het werk van schoonheidsspecialisten.

Deze techniek wordt ook gebruikt in geval van chirurgische weefselreparatie en daar wil ik het over hebben. Via deze techniek kunnen tepels en tepelhoven hersteld worden na een borstreconstructie, kunnen lippen gereconstrueerd worden na de behandeling van een hazenlip, of kunnen littekens na een auto-ongeluk of brandwonden weggewerkt worden. In die gevallen spreekt men soms van medische dermopigmentatie.

De persoon die de dermopigmentatie uitvoert gebruikt meestal een verdovende gel. Sommige ingrepen zouden evenwel onder lokale verdoving gebeuren.

Technisch gelijkt dermopigmentatie op tatoeage. De toepasselijke reglementering is het koninklijk besluit van 25 november 2005. Het verschil tussen medische dermopigmentatie en tatoeage ligt in het doel dat wordt nagestreefd. De techniek wordt dan gebruikt bij patiënten die medisch behandeld zijn, wat betekent dat er voorzorgsmaatregelen nodig zijn en dat ziektekiemen moeten worden geweerd.

Mijn vragen zijn:

1. Wie voert medische dermopigmentatie uit? Mag een schoonheidsspecialiste pigment aanbrengen op een medisch letsel? Welke opleiding krijgen mensen die medische dermopigmentatie uitvoeren?
2. Vereist medische dermopigmentatie geen specifieke omkadering aangezien het om een techniek gaat die gelijkt op tatoeage, maar die gebruikt wordt voor het herstel van personen die minder weerbaar zouden kunnen zijn?
3. Worden de pigmenten die bij deze techniek gebruikt worden, beschouwd als medische hulpmiddelen zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 18 maart 1999?
4. Wordt deze ingreep terugbetaald door het RIZIV wanneer het om reconstructie gaat? Zo ja, beschikt u over cijfers met betrekking tot het aantal mensen die daarvan gebruik hebben gemaakt?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Dermopigmentatie gebeurt in een medische context in gevallen als tepelhofreconstructie.

aréolaire. Cependant, en l'absence de réglementation spécifique, cette pratique est également proposée par certains centres de soins esthétiques, parallèlement à la pratique du maquillage semi-permanent ou permanent, sans contrôle médical particulier.

Dans un avis récent du 2 février 2011, le Conseil supérieur de la Santé estime que tatouage et maquillage devraient être soumis à la même réglementation et au même contrôle.

En matière de pigments, l'arrêté royal du 25 novembre 2005 précise que « les encres utilisées pour le tatouage doivent répondre aux conditions de composition et de stérilité spécifiées dans la résolution du Conseil de l'Europe ResAP(2008)1 sur les exigences et les critères d'innocuité des tatouages et des maquillages permanents ». Le Conseil supérieur de la Santé a également confirmé ce point dans l'avis susmentionné.

Pour les soins esthétiques, on se réfère à la législation concernant le tatouage.

La nomenclature ne comporte pas de code spécifique pour le tatouage médical.

Le tatouage de la région aréolaire est compris dans les honoraires relatifs à la reconstruction du sein.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Il convient à mes yeux de faire la distinction entre le tatouage et la dermopigmentation. J'ai été contactée par une personne qui pratique la dermopigmentation et qui est effrayée par l'absence de formation à ce type d'intervention, laquelle est délicate et non négligeable pour la santé de la personne. J'attire donc votre attention sur ce problème qui demande réflexion, madame la ministre, puisque, malheureusement, les cancers du sein sont de plus en plus fréquents.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Bien que je reçoive régulièrement des associations de patients, notamment, je n'ai jamais reçu de plaintes sur la qualité de la dermopigmentation dans le cadre de la reconstruction du sein, par exemple. Mais je suis attentive à vos propos.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Une infirmière ou une esthéticienne spécialisées pourraient pratiquer la dermopigmentation mais il serait normal qu'elles suivent une formation et que des conditions sanitaires strictes soient imposées.

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 projet de réinsertion professionnelle des personnes en incapacité de travail » (n° 5-614)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – L'INAMI et le VDAB ont récemment annoncé le lancement d'un projet-pilote visant, en collaboration avec les organismes assureurs, la réinsertion socioprofessionnelle de personnes en incapacité de travail. Le projet pilote prévoit un accompagnement et une

Bij gebrek aan een specifieke reglementering wordt deze behandeling ook aangeboden door sommige centra voor schoonheidsverzorging, naast semipermanente of permanente make-up, zonder bijzondere medische controle.

In een recent advies van 2 februari 2011 oordeelt de Hoge Gezondheidsraad dat tatoeage en make-up aan dezelfde reglementering en controle moeten onderworpen worden.

Wat de kleurstoffen betreft, bepaalt het koninklijk besluit van 25 november 2005 dat 'de gebruikte inkt voor de tatoeages moet overeenstemmen met de samenstellingsvoorwaarden en steriliteitsvoorwaarden bepaald in Resolutie ResAP(2008)1 van de Raad van Europa over de veiligheidsvereisten voor tatoeages en permanente maquillage'. De Hoge Gezondheidsraad bevestigde dit in het voornoemd advies.

Voor schoonheidsverzorging verwijst men naar de wetgeving met betrekking tot tatoeage.

In de nomenclatuur bestaat er geen nummer voor medische tatoeage.

De tepelhof tatoeage is inbegrepen in het ereloon voor borstreconstructie.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Ik vind dat er een onderscheid moet gemaakt worden tussen tatoeage en dermopigmentatie. Ik ben benaderd door iemand die dermopigmentatie uitvoert en onthutst is over het gebrek aan opleiding voor dit soort ingrepen, die delicaat zijn en gezondheidsrisico's inhouden. Daarom wil ik uw aandacht vestigen op dit probleem, waarover goed moet worden nagedacht omdat borstkanker helaas steeds meer voorkomt.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik ontvang geregeld patiëntenverenigingen, maar ik heb nog geen klachten gehoord over de kwaliteit van dermopigmentatie, onder meer na een borstreconstructie.

Ik zal er voortaan nader op toezien.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Dermopigmentatie kan uitgevoerd worden door gespecialiseerde verpleegsters of door schoonheidsspecialistes. Ze zouden echter wel een opleiding moeten volgen en verplicht worden strenge sanitaire eisen na te komen.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « het project inzake beroepsherinschakeling van mensen die arbeidsongeschikt zijn » (nr. 5-614)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Het RIZIV en de VDAB hebben onlangs een proefproject aangekondigd, in samenwerking met de verzekeringsinstellingen, met het oog op de beroepsherinschakeling van mensen die arbeidsongeschikt zijn. Het proefproject voorziet in

formation pour une centaine de titulaires, tant salariés qu'indépendants, reconnus en incapacité de travail en raison d'un problème de santé.

La participation au projet est évidemment volontaire. Cette initiative est née du constat que beaucoup de personnes en incapacité sont encore aptes au travail et désirent reprendre une activité professionnelle. De plus, la disponibilité de ces personnes apportera une solution à la pénurie de main-d'œuvre qualifiée.

Madame la ministre, quand le projet pilote débutera-t-il et pendant combien de temps sera-t-il proposé ?

Quand sera-t-il évalué ?

Quels budgets l'INAMI et le VDAB réservent-ils à cette initiative ?

L'INAMI prévoit-il de répéter l'opération à brève échéance ? Des accords de coopération avec d'autres partenaires que le VDAB sont-ils prévus ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Le projet pilote a débuté le 1^{er} mars 2011. Il sera évalué une première fois au terme de la première année.

Le coût forfaitaire de chaque dossier est estimé à 15 000 euros. Il comprend tous les bilans de compétence, la formation et le coaching individuel. La pertinence de ce coût fera l'objet d'une évaluation puisque le VDAB est tenu de présenter les frais réels. On table sur une centaine de dossiers, soit 1 500 000 euros. Ce montant fait partie intégrante du budget du service des indemnités de l'INAMI pour la réinsertion socioprofessionnelle.

L'INAMI souhaite effectivement inscrire ce projet pilote dans une perspective de collaboration structurelle avec les organismes régionaux et communautaires en charge de l'emploi et de la formation.

À cet égard, des négociations ont été entamées avec les autres régions. Leur degré d'avancement est assez variable, mais l'INAMI m'a communiqué qu'un accord avec le FOREM et l'AWIPH était envisageable avant le mois de septembre. Les autres organismes ont également été sollicités et doivent faire part de leur capacité de prise en charge de dossiers individuels afin de pouvoir entamer les négociations.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je remercie la ministre de sa réponse.

Disposez-vous d'éléments permettant d'identifier la proportion de personnes en incapacité de travail mais présentant une capacité suffisante pour pouvoir travailler ? Le projet pilote porte sur 100 personnes. Qu'en est-il si on décide de généraliser la mesure ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je n'ai pas les données ici mais, si vous le désirez, je vous les transmettrai directement par écrit.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – C'est utile en ce sens que les organismes régionaux qui seront sollicités pour contribuer au financement de cette réinsertion

begeleiding en opleiding voor een honderdtal mensen, zowel loontrekkenden als zelfstandigen, die als arbeidsongeschikt zijn erkend wegens een gezondheidsprobleem.

De deelname aan het project is uiteraard vrijwillig. Dit initiatief is ontstaan vanuit de vaststelling dat veel mensen die arbeidsongeschikt zijn, nog in staat zijn te werken en opnieuw graag een professionele activiteit willen opnemen. Bovendien biedt de beschikbaarheid van die mensen een oplossing voor de schaarste aan geschoolde arbeidskrachten.

Wanneer start het proefproject en hoe lang zal het lopen?

Wanneer wordt het geëvalueerd?

Welk budget reserveren het RIZIV en de VDAB voor dit initiatief?

Is het RIZIV voornemens dat initiatief op korte termijn te herhalen? Komen er samenwerkingsakkoorden met andere partners dan de VDAB?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het proefproject is op 1 maart 2011 gestart. Het zal een eerste keer worden geëvalueerd op het einde van het eerste jaar.*

De forfaitaire kostprijs van elk dossier wordt op 15 000 euro geschat. Dat omvat alle competentiebalansen, de opleiding en de individuele coaching. De gegrondheid van die kostprijs zal worden geëvalueerd aangezien de VDAB de werkelijke uitgaven moet voorleggen. Er wordt uitgegaan van een honderdtal dossiers, hetzij 1 500 000 euro. Dat bedrag maakt volledig deel uit van het budget van de dienst voor uitkeringen voor de beroepsherinschakeling van het RIZIV.

Het RIZIV wenst dat proefproject inderdaad in te passen in een structurele samenwerking met de gewest- en gemeenschapsinstellingen die belast zijn met tewerkstelling en opleiding.

Met het oog daarop werden onderhandelingen met de andere gewesten gestart. De snelheid waarmee die onderhandelingen vooruitgaan is nogal wisselend, maar het RIZIV en de AWIPH hebben me gemeld dat een akkoord voor september mogelijk is. De andere instellingen werden eveneens uitgenodigd en moeten laten weten met hoeveel individuele dossiers ze zich kunnen belasten alvorens de onderhandelingen te starten.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik dank de minister voor haar antwoord.*

Beschikt u over gegevens op basis waarvan kan worden berekend hoeveel arbeidsongeschikten in staat zijn te werken? Het proefproject betreft 100 personen. Om hoeveel mensen gaat het als wordt beslist de maatregel te veralgemenen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik heb de gegevens niet bij me, maar indien u wenst zal ik ze u schriftelijk bezorgen.*

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Dat is nuttig omdat de gewestelijke instellingen die zullen worden gevraagd financieel aan de beroepsherinschakeling bij te*

socioprofessionnelle doivent, le cas échéant, prévoir les budgets nécessaires.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Nous reviendrons sur le sujet puisque le gouvernement a réservé, dans le cadre du budget 2011, des moyens sur l'enveloppe bien-être pour présenter un plan de retour vers l'emploi pour les personnes en invalidité.

Cette thématique sera donc centrale dans les prochains mois et les prochaines années. Je reviendrai donc vers vous dès que je disposerai des chiffres.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les centres de radiothérapie» (n° 5-634)

M. Louis Ide (N-VA). – *J'ai déjà évoqué à plusieurs reprises mon inquiétude au sujet des centres de radiothérapie lors de diverses demandes d'explications. Mon souci concernait surtout la règle des 50 km. Celle-ci risquait d'être transgressée par des demandes de création de nouveaux centres, comme pour la collaboration entre l'AZ Alost et la VUB ou entre des hôpitaux à Namur et à Mouscron.*

Juste avant la chute du gouvernement, en mars de l'année dernière, la ministre a indiqué que les normes d'agrément étaient soumises à révision et qu'elle était en possession d'un avis du Collège de radiothérapie. En collaboration avec des experts, dont le Collège de radiothérapie et l'Association belge de radiothérapie, l'administration de la ministre rechercherait des mesures pour résoudre le problème.

Nous sommes près d'un an plus tard et je me demande où en est la ministre avec cette concertation. Quel est l'état actuel de ce dossier ? Comment la ministre appréhendera-t-elle ce problème ? Les critères d'agrément des services de radiothérapie sont-ils à ce point efficaces que la qualité des soins aux patients est garantie ? Dans quel sens la ministre souhaite-t-elle modifier ces normes d'agrément ? La compétence en la matière étant répartie entre les niveaux fédéral et communautaire, une concertation semble en tout cas nécessaire. Bref, quelle est la vision de la ministre quant à l'agrément des centres de radiothérapie ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *En ce qui concerne la programmation et les critères d'agrément, j'ai effectivement reçu l'avis du Collège de radiothérapie. Le collège mentionne entre autres que la mise en place des services satellites entraîne une duplication de l'infrastructure qui est plus coûteuse que l'élargissement d'un service existant. Le collège signale également que la multiplication des services est une menace pour la qualité des soins, puisque le niveau d'activité minimale ne serait pas atteint. La qualité des soins est primordiale dans ce dossier. C'est pourquoi il est nécessaire d'avancer.*

dragen, eventueel in het nodige budget moeten voorzien.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *We zullen op dit onderwerp terugkomen aangezien de regering in het kader van de begroting 2011 middelen heeft gereserveerd op de post voor Welzijn voor een plan om invalide mensen opnieuw aan het werk te krijgen.*

Dit zal dus in de komende maanden en jaren een centraal thema worden. Ik zal me dus opnieuw tot u richten zodra ik over de cijfers beschik.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de centra voor radiotherapie» (nr. 5-634)

De heer Louis Ide (N-VA). – *Mijn bezorgdheid aangaande de centra voor radiotherapie heb ik al herhaaldelijk aangekaart in diverse vragen om uitleg. Mijn bezorgdheid spitste zich hoofdzakelijk toe op de 50 km-regel. Die dreigende overtreden te worden door aanvragen voor de oprichting van nieuwe centra, zoals voor de samenwerking tussen het AZ Aalst en de VUB of tussen ziekenhuizen in Namen en Moeskroen.*

De minister antwoordde, net voor de val van de regering eind maart vorig jaar, dat de erkenningsnormen aan herziening toe waren en dat ze in het bezit was van een advies van het College van radiotherapie. De administratie van de minister zou in samenspraak met experts, waaronder het College van radiotherapie en de Belgische Vereniging voor radiotherapie, op zoek gaan naar maatregelen om het probleem op te lossen.

Inmiddels zijn we bijna een jaar verder en vraag ik me af hoe ver de minister staat met dit overleg. Wat is de stand van zaken in dit dossier? Hoe zal de minister deze problematiek aanpakken? Worden de criteria ter erkenning van radiotherapiediensten dermate sluitend gemaakt dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt gewaarborgd is? In welke zin wil de minister veranderingen invoeren aan deze erkenningsnormen? Aangezien de bevoegdheid hieromtrent verdeeld is over het federale en het gemeenschapsniveau, lijkt overleg alleszins wenselijk. Kortom, wat is de visie van de minister op de erkenning van de radiotherapiecentra?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik heb inderdaad het advies van het College voor radiotherapie ontvangen over de programmatie- en erkenningsnormen. Het College is van oordeel dat de oprichting van nieuwe satellietdiensten een verdubbeling van de infrastructuur vereist, en dus duurder is dan de uitbreiding van een bestaande radiotherapiedienst. Daarenboven wijst het College erop dat de vermenigvuldiging van het aantal diensten een bedreiging vormt voor de kwaliteit van de zorg omdat ze niet het minimaal activiteitsniveau behalen. De kwaliteit van de zorg moet nochtans primeren. Daarom is het noodzakelijk om vooruitgang te boeken in dit*

Une modification de la programmation ne sera pas suffisante. Il est également indispensable d'adapter les critères d'agrément aux évolutions du terrain.

Afin d'obtenir une vue nuancée de la situation actuelle et de permettre l'élaboration technique du dossier, des informations plus spécifiques seront nécessaires. J'ai demandé à mon administration de faire le nécessaire. Des informations supplémentaires ont également été demandées au Collège de radiothérapie.

Je voudrais encore signaler que chaque modification de la programmation ou des critères d'agrément nécessite une modification de plusieurs arrêtés royaux, ce qui n'est pas possible ou est en tout cas très difficile dans une période d'affaires courantes.

M. Louis Ide (N-VA). – *J'avais l'impression que le dossier était à l'arrêt. J'espère qu'à la suite de ma question, l'administration s'attellera à nouveau à la collecte des informations nécessaires, de manière à ce qu'une décision puisse être prise.*

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les mesures de suivi en ce qui concerne les prothèses de hanche défaillantes» (n° 5-635)

M. Louis Ide (N-VA). – *Il peut arriver que le métal contenu dans une prothèse de hanche répande des ions dans le sang, ce qui peut entraîner une intoxication. La prothèse doit être retirée et je peux vous assurer que ce n'est pas une intervention simple. Elle peut entraîner une invalidité permanente. J'ai déjà posé une question sur ce problème dont la société DePuy est responsable. La ministre ne disposait alors pas des informations détaillées mais elle a par contre déclaré que l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) continuerait à suivre l'affaire. Tout ceci pour souligner que le dossier est suffisamment important pour y revenir.*

Nous sommes en effet quatre mois plus tard et j'aurais volontiers souhaité obtenir un bilan.

Que s'est-il passé depuis lors ? Des mentions ont-elles été enregistrées ? Combien ? Comment l'administration les traite-t-elle ?

Une concertation a-t-elle eu lieu avec l'entreprise concernée ? Quels engagements concrets cette dernière a-t-elle pris ? Voici quelques mois, elle a déjà déclaré qu'elle indemniserait les victimes. Dans quelle mesure cela a-t-il déjà eu lieu ? Comment procède-t-elle concrètement ? Comment une personne victime d'une invalidité permanente après qu'une prothèse de la hanche a dû lui être retirée est-elle indemnisée ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Ce dossier est en effet important.*

À la suite de la décision de l'entreprise DePuy de rappeler volontairement les prothèses de hanche de type ASR, une

dossier.

Een wijziging van de programmatie zal niet voldoende zijn. Het is eveneens noodzakelijk de erkenningsnormen aan te passen aan de evolutie op het terrein. Om een genuanceerd beeld te krijgen van de situatie en voor de verdere technische uitwerking van het dossier is meer specifieke informatie nodig. Ik heb mijn administratie gevraagd hiervoor het nodige te doen. Ook het College voor radiotherapie werd om bijkomende informatie gevraagd.

Ik wijs erop dat elke wijziging van de programmatie- en erkenningsnormen een wijziging impliceert van diverse koninklijke besluiten, wat voor een regering van lopende zaken bijna onmogelijk of alleszins zeer moeilijk is.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik had de indruk dat het dossier was stilgevallen, maar hoop nu dat door mijn vraag de administratie weer aan de slag zal gaan om de nodige informatie te verzamelen, zodat een beslissing kan worden genomen.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de gebrekkige heupprothesen» (nr. 5-635)

De heer Louis Ide (N-VA). – Het zal je maar overkomen dat het metaal in je heupprothese ionen afgeeft in je bloed, wat tot vergiftiging kan leiden. Je heupprothese moet worden verwijderd en dat is geen eenvoudige ingreep. Dat kan ik u verzekeren. Die ingreep kan mensen blijvend invalide maken. Ik heb over dit probleem, waarvoor het bedrijf DePuy verantwoordelijk is, eerder al een vraag gesteld. De minister beschikte toen nog niet over gedetailleerde informatie, maar ze verklaarde wel dat het FAGG de zaak verder zou opvolgen. Dit maar om even te schetsen dat het dossier belangrijk genoeg is om op terug te komen.

We zijn nu inderdaad vier maanden verder en ik had nu graag een stand van zaken gekregen.

Wat is er intussen gebeurd? Zijn er meldingen binnengekomen? Hoeveel? Hoe brengt de administratie die in kaart?

Is er overleg geweest met het betrokken bedrijf? Welke concrete verbintenissen heeft het bedrijf aangegaan? Maanden geleden hebben ze al verklaard dat ze de gedupeerden zouden vergoeden. In hoeverre is dat al gerealiseerd en hoe gaat het concreet in zijn werk? Hoe wordt iemand vergoed die blijvend invalide is nadat een heupprothese moest worden verwijderd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Dit dossier is inderdaad belangrijk.

Naar aanleiding van de beslissing van het bedrijf DePuy om

réunion a eu lieu le 30 novembre 2010 l'initiative de l'INAMI, concernant le remboursement du coût médical lié à cette procédure. Étaient présents les représentants des organismes assureurs, des hôpitaux, de l'entreprise et de l'INAMI. L'entreprise DePuy a confirmé qu'elle prenait en charge l'ensemble des coûts raisonnables et courants liés à ce rappel – analyse de sang, opération de révision, etc. – par le biais de la firme Broadspire spécialisée dans la réparation de préjudices. Puisque les coûts sont dus à la faute de tiers, ils ne peuvent en aucun cas être mis à la charge de l'assurance maladie.

Une coordination entre les différents intervenants – INAMI, DePuy, Broadspire, organismes assureurs et hôpitaux – est nécessaire. Une taskforce a été créée avec toutes les parties directement concernées, entre autres l'AFMPS. Sa première réunion est prévue le 1^{er} avril 2011.

Au sein du service de matério-vigilance de l'AFMPS, le dossier a été examiné par la Commission d'évaluation des produits médicaux. Celle-ci a validé les actions entreprises par la firme et suit l'évolution de la procédure.

Avant septembre 2010, moment à partir duquel la firme DePuy a entamé sa procédure, l'AFMPS n'avait enregistré qu'une seule mention d'une opération de révision avec une prothèse ASR. C'était en 2005. À l'annonce de cette mesure de correction, le producteur a avisé l'AFMPS qu'il y avait eu sept cas de révision avec les prothèses ASR. Depuis lors, le producteur a encore mentionné trois nouveaux patients mais, dans leur cas, l'intervention chirurgicale n'a pas encore été pratiquée.

L'AFMPS entretient des contacts réguliers avec la firme DePuy. Des informations complémentaires lui ont d'ailleurs été demandées afin d'obtenir une vue correcte du problème et de s'assurer du bon déroulement de la procédure de rappel.

En outre, la Commission d'évaluation des produits médicaux estime que les actions entreprises par la firme sont suffisantes et concluantes en ce qui concerne la matério-vigilance.

L'objectif d'une procédure de rappel, comme celle de la firme DePuy, est double : informer les utilisateurs des consignes de sécurité et avertir les instances compétentes de l'étendue du problème via un rapport reprenant les éléments suivants : l'objectif du rappel, la description du produit, les mesures de correction et l'analyse du problème par la firme et la fourniture d'une liste de distribution. L'AFMPS exige également une preuve de la prise de contact avec les utilisateurs via un formulaire de réponse qui est remis en même temps que les consignes de sécurité. Ce formulaire est ensuite envoyé à l'AFMPS pour qu'elle puisse se rendre compte du bon déroulement du rappel. Dans le cas des prothèses de DePuy, les prothèses non implantées ont été retournées à la firme. En ce qui concerne les prothèses implantées, la firme demande aux médecins d'estimer au cas par cas si une intervention de révision est souhaitable ou non en fonction des circonstances de l'opération. En cas d'opération, la firme transmet un rapport à l'AFMPS.

de heuprothesen van het type ASR vrijwillig uit de markt te nemen, heeft op initiatief van het RIZIV op 30 november 2010 een vergadering plaatsgehad over de terugbetaling van de medische kosten voor deze procedure. Op die vergadering waren vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, de ziekenhuizen, het bedrijf en het RIZIV aanwezig. Het bedrijf DePuy bevestigde dat het alle redelijke en gangbare kosten die met deze terugroeping verband houden – bloedanalyse, revisieoperatie enzovoort – ten laste zou nemen, via het bedrijf Broadspire, een gespecialiseerde schaderegelaar. Aangezien de kosten te wijten zijn aan een fout door derden, kunnen deze geenszins ten laste van de ziekteverzekering worden gelegd.

Een coördinatie tussen de verschillende betrokken partijen, het RIZIV, de firma DePuy, Broadspire, de verzekeringsinstellingen en de ziekenhuizen, is noodzakelijk. Er is een taskforce opgericht met alle rechtstreeks betrokken partijen, onder andere het FAGG. De eerste vergadering van die taskforce is gepland op 1 april 2011.

Binnen het FAGG, afdeling Vigilantie, werd het dossier door de Evaluatiecommissie voor medische hulpmiddelen beoordeeld. De commissie heeft de acties van de firma goedgekeurd en volgt de evolutie van de procedure.

Vóór september 2010, het moment waarop de firma DePuy haar procedure opstartte, had het FAGG slechts één melding van een revisie-ingreep met een ASR-prothese ontvangen, namelijk in 2005. Bij de aankondiging van de correctiemaatregel bracht de producent het FAGG op de hoogte van zeven revisiegevallen en sindsdien meldde de producent nog drie nieuwe patiënten, bij wie echter nog geen chirurgische ingreep heeft plaatsgevonden.

Het FAGG houdt geregeld contact met de firma DePuy. Het heeft de firma trouwens bijkomende informatie gevraagd om zich een correct beeld van het probleem te kunnen vormen en ook om zich van het goede verloop van de terugroepingsprocedure te vergewissen.

Bovendien achtte de Evaluatiecommissie voor medische hulpmiddelen de acties ondernomen door de firma voldoende en afdoend voor wat de materiovigilantie betreft.

Het doel van een terugroepingprocedure, zoals die van de firma DePuy, is tweevoudig: de gebruikers informeren over de veiligheidsvoorschriften en de bevoegde instanties op de hoogte brengen van de omvang van het probleem via een verslag met volgende elementen: het doel van de terugroeping; de beschrijving van het hulpmiddel; de correctiemaatregelen en de probleemanalyse door de firma; het bezorgen van een distributielijst. Het FAGG eist ook een bewijs van contactname met de gebruikers via een antwoordformulier dat tegelijkertijd met de veiligheidsvoorschriften wordt geleverd. Nadien wordt dit naar het FAGG gestuurd, zodat men zich van het goede verloop van de terugroeping zal kunnen vergewissen. In het geval van de prothesen van DePuy werden de niet geïmplanteerde prothesen teruggestuurd naar de firma. Voor de geïmplanteerde prothesen vraagt de firma de artsen geval per geval te beoordelen of een revisie ingreep al dan niet wenselijk is, afhankelijk van de omstandigheden van de operatie. Als er een operatie plaatsvindt zendt de firma het FAGG daarover een verslag.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je voudrais suggérer un suivi sur une longue période. Il est possible que des personnes qui n'ont aujourd'hui aucun problème en aient dans quelques années. Elles aussi doivent pouvoir être indemnisées. Il s'agirait d'une compensation pour l'opération mais qu'en est-il de l'invalidité permanente ? Les patients qui ont subi un retrait de la prothèse de hanche et chez qui on ne peut placer une nouvelle prothèse sont invalides et ne peuvent être pris en charge par la sécurité sociale. On doit vérifier comment ils peuvent être indemnisés.*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale.* – *La responsabilité de la firme sera examinée. Une réunion aura lieu le 1^{er} avril prochain.*

Demande d'explications de M. Dirk Claes à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'instauration généralisée et accélérée de la réglementation en matière de tabagisme» (n° 5-686)

M. Dirk Claes (CD&V). – *Le récent arrêt de la Cour constitutionnelle nous réjouit. Ces dernières années, le dossier du tabagisme dans les lieux publics est très régulièrement évoqué. Le législateur a chaque fois pris des mesures pour empêcher le tabagisme passif involontaire. Nous sommes renforcés à cet égard par les rapports médicaux montrant que fumer, y compris de manière passive, est néfaste.*

Tout le monde savait depuis longtemps qu'une réglementation générale en matière de tabagisme serait inéluctable. En outre, il existe aussi une recommandation européenne selon laquelle tous les pays européens devraient disposer d'ici à 2012 d'une réglementation en la matière. En 2009, une majorité a voté au Sénat l'introduction d'une législation claire : une réglementation générale en matière de tabagisme qui traite chacun sur pied d'égalité. Une mesure d'exception a finalement été prise pour les débits de boisson et les casinos. Comme je le prévoyais, ainsi que d'autres, la Cour constitutionnelle n'accepterait pas cette mesure d'exception. En effet, la semaine dernière, la cour a annulé les passages y relatifs. La réglementation générale en matière de tabagisme entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2011. Pour veiller au bon respect de la législation, il importe que la ministre réagisse à court terme de manière proactive avec une campagne claire pour informer correctement tous les intéressés. Il est indispensable qu'elle s'adresse dans les prochains jours à tous les établissements horeca et leur explique clairement le contenu précis de la nouvelle réglementation.

Un aspect important est la possibilité d'installer des espaces fumeurs fermés ou de prévoir des marquises ouvertes ou des auvents. L'idéal serait que la ministre prenne contact avec les régions, de manière à ce qu'elles puissent facilement satisfaire à la demande du secteur horeca en matière d'établissement d'un espace fumeurs ou de placement d'un auvent temporaire. Nous avons toujours défendu l'idée que,

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik zou een opvolging over een lange periode willen suggereren. Het is mogelijk dat mensen die nu geen problemen hebben, daar over enkele jaren wel mee geconfronteerd worden. Ook zij moeten aanspraak kunnen doen op een schadevergoeding. Er zou compensatie zijn voor de operatie, maar wat bij blijvende invaliditeit? Patiënten bij wie de heupprothese verwijderd moet worden en bij wie geen nieuw prothese kan worden geplaatst, zijn invalide en kunnen niet ten laste vallen van de sociale zekerheid. Er moet worden nagegaan hoe dat kan worden vergoed.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De verantwoordelijkheid van de firma zal worden beoordeeld. Er is een vergadering op 1 april aanstaande.

Vraag om uitleg van de heer Dirk Claes aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de algemene en versnelde invoering van de rookregeling» (nr. 5-686)

De heer Dirk Claes (CD&V). – Het recente arrest van het Grondwettelijk Hof verheugt ons. De afgelopen jaren is het dossier van het roken in publieke plaatsen zeer regelmatig opgedoken. De wetgever heeft telkens maatregelen genomen om het onvrijwillige, passieve meeroken te voorkomen. We worden daarin gesterkt door de medische rapporten die aantonen dat roken, ook passief meeroken, schadelijk is.

Iedereen wist al lang dat een algemene rookregeling onafwendbaar zou zijn. Er bestaat overigens ook een Europese aanbeveling die zegt dat alle landen van Europa tegen 2012 een rookregeling zouden moeten hebben. In 2009 stemde een meerderheid in de Senaat voor de invoering van een duidelijke wetgeving: een algemene rookregeling die iedereen gelijk behandelt. Uiteindelijk kwam er toch een uitzonderingsmaatregel voor drankgelegenheden en casino's. Zoals ik samen met anderen toen al voorspelde, zou het Grondwettelijk Hof deze uitzonderingsmaatregelen niet aanvaarden. Vorige week heeft het Hof deze passages inderdaad vernietigd. Vanaf 1 juli 2011 zal de algemene rookregeling in ons land ingaan.

Voor de goede naleving van de wetgeving is het belangrijk dat de minister op zeer korte termijn proactief reageert met een duidelijke campagne om alle betrokkenen correct te informeren. Het is noodzakelijk dat ze de komende dagen alle horecazaken aanschrijft en hen duidelijk uitlegt wat de nieuwe wetgeving precies inhoudt.

Een belangrijk aspect is de mogelijkheid tot het installeren van afgesloten rookruimtes of roken in open tentjes en onder rookluifels. De minister kan hiervoor best ook contact opnemen met de gewesten, zodat zij gemakkelijk kunnen inspelen op de vraag van de horeca voor het maken van een rookruimte of het plaatsen van een tijdelijk tentje. Wij hebben altijd verdedigd dat aan de ene kant passief roken niet kan, maar dat aan de andere kant iedereen zoveel rookt als hij wil, maar dan niet in een publieke ruimte. Dat kan dan in die

d'une part, le tabagisme passif n'est pas admissible mais que, d'autre part, chacun fume autant qu'il veut, mais pas dans un lieu public. Ce n'est tolérable que sous ces auvents ou dans ces espaces fumeurs.

Le passé nous apprend qu'une campagne d'information claire et proactive faciliterait grandement la tâche des contrôleurs. Ils perdent beaucoup de temps dans la première phase parce qu'ils doivent chaque fois expliquer à nouveau la législation. Il serait préférable qu'ils puissent s'occuper des vrais contrôles, et ce à différents moments, y compris la nuit et durant les week-ends. Ce n'est qu'ainsi qu'ils auront une idée exacte de ce qui se passe sur le terrain.

Il serait également judicieux que la ministre prenne contact avec les organisations horeca. Elles peuvent informer les autorités sur les points critiques et soutenir la campagne d'information.

Comment la ministre de la Santé réagit-elle à l'arrêt de la Cour constitutionnelle ?

Quelles mesures prendra-t-elle à court terme pour informer correctement tous les exploitants horeca ? Quand la campagne d'information débutera-t-elle ? Aujourd'hui, par exemple, on se pose la question de savoir si on peut ou non servir dans les espaces fumeurs. La législation n'en dit rien. Peut-on y manger ? Dans l'affirmative, que peut-on y manger ? Que fera-t-on avec les grands espaces ? Selon la législation actuelle, les exploitants de dancings peuvent réserver un quart de leur établissement à un espace fumeurs, moyennant une ventilation suffisante. Qui desservira dans ces lieux ? Le service est normalement possible sous les auvents et dans les espaces fumeurs et on peut aussi y manger. Les cigarettes sans fumée seront-elles autorisées ? Les distributeurs automatiques de cigarettes devraient à mon sens être autorisés, parce que les fumeurs doivent pouvoir s'approvisionner, mais il y a peut-être aussi matière à discussion. Les petits cafés peuvent maintenant à nouveau offrir des repas et donc profiter de la baisse de la TVA de 21 à 12%. Pour les plus petits cafés, la ministre envisage-t-elle d'appliquer la réglementation avec souplesse jusqu'au 1er juillet ? Interdira-t-elle aux exploitants de vendre des snacks jusqu'au 1er juillet ? Ou demandera-t-elle à ses contrôleurs de faire preuve d'une certaine souplesse ? Si nous autorisons les snacks, ces tenanciers peuvent profiter de la diminution de la TVA. Nous ne le répétons jamais assez : une réglementation simple est toujours la meilleure.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Lorsque la Cour constitutionnelle a rendu son arrêt, je me suis souvenue du combat que vous aviez mené en la matière. Cet arrêt vient finalement confirmer la volonté générale du parlement mais il réduit la période transitoire de manière drastique.

Les choses sont claires dorénavant : il est interdit de fumer à partir du 1er juillet dans les cafés, bars, dancings, etc. Un travail d'information et de contrôle doit toutefois encore être réalisé vis-à-vis des exploitants. Nous nous en occupons au niveau de l'administration de la Santé publique ; les ministres Reynders, Laruelle et Milquet y travailleront également et veilleront à communiquer toutes les informations utiles au niveau social ou fiscal. De nombreux utilisateurs souhaitant

tentjes of rookruimtes.

Het verleden leert ons dat een duidelijke en proactieve informatiecampagne ook de taak van de controleurs sterk zou verlichten. Zij verliezen in de eerste fase veel tijd omdat ze de wetgeving steeds opnieuw moeten uitleggen. Het zou beter zijn dat de controleurs zich met echte controles kunnen bezighouden en dat op verschillende tijdstippen, ook 's nachts en tijdens weekends. Pas dan krijgen ze een goed zicht op wat er op het terrein gebeurt.

Het zou ook goed zijn als de minister contact zou opnemen met de horecaorganisaties. Zij kunnen de overheid dan informeren over de knelpunten en de informatiecampagne mee ondersteunen.

Hoe reageert de minister van Volksgezondheid op het arrest van het Grondwettelijk Hof?

Welke maatregelen zal ze op korte termijn nemen om alle horeca-exploitanten correct te informeren? Wanneer zal de informatiecampagne starten? Vandaag is er bijvoorbeeld discussie en onduidelijkheid over de vraag of er in de rookkamers al dan niet bediening mag zijn. De wetgeving zegt van niet. Mag er gegeten worden? Zo ja, wat mag er gegeten worden? Wat gaan we doen met grote ruimtes? Dancingsbaters kunnen volgens de huidige wetgeving een vierde van hun dancing als rookruimte inrichten, mits in voldoende rookafzuiging wordt voorzien. Wie zal daar afruimen? In rooktenten en rookruimtes is normaal wel bediening mogelijk en mag men ook eten. Zullen rookvrije sigaretten toegelaten worden? Sigarettenautomaten zouden we mijns inziens best wel toelaten, omdat rokers zich toch moeten kunnen bevoorraden, maar misschien is ook hierover discussie. De kleine cafeetjes kunnen nu opnieuw maaltijden aanbieden en dus mee profiteren van de btw-verlaging van 21 naar 12 procent. Is de minister van plan om de regeling voor de kleinere cafés tot 1 juli soepel te hanteren? Zal ze de uitbaters verbieden om tot 1 juli snacks te verkopen? Of zal ze haar controleurs vragen om enige soepelheid aan de dag te leggen? Het is belangrijk om dat te weten. Als we de snacks toelaten, kunnen deze caféhouders mee profiteren van de btw-verlaging. We kunnen het niet genoeg herhalen: een eenvoudige regelgeving is nog altijd de beste.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Toen het Grondwettelijk Hof zijn arrest velde, dacht ik terug aan de strijd die u over deze materie heeft gevoerd. Dat arrest bevestigt uiteindelijk de algemene wil van het parlement, maar het perkt de overgangperiode drastisch in.

De zaken zijn voortaan duidelijk: vanaf 1 juli is het verboden te roken in cafés, bars, dancings, enzovoort. Er moeten echter nog veel informatie- en controleopdrachten worden uitgevoerd ten aanzien van de uitbaters. De administratie van Volksgezondheid houdt zich daarmee bezig. Ook de ministers Reynders, Laruelle en Milquet zijn daarmee begaan om ervoor te zorgen dat alle nuttige informatie op sociaal en op fiscaal vlak wordt gecommuniceerd. De betrokkenen wensen

connaître, par exemple, les dispositions fiscales applicables dans le cadre de l'installation de fumeurs ou d'extracteurs. Une première réunion a eu lieu jeudi entre les différents partenaires. Un site web sera consacré à l'information.

Un premier contrôle sur le terrain doit permettre d'informer les intéressés ; un second passage vise à contrôler le respect de la réglementation, à appliquer des sanctions en cas de non-respect et à fournir des explications sur les zones fumeurs. Ces mesures seront concrétisées à très court terme.

Quant à la cigarette électronique, elle n'est pas encore sur le marché belge. Lorsqu'elle arrivera, il faudra déterminer ce qu'elle est exactement, par exemple s'il s'agit d'un médicament. Je n'ai pas de réponse à vous communiquer en la matière et nous n'avons pas arrêté de position particulière sur le fait de fumer ces cigarettes dans les fumeurs ou dans les exploitations.

Les quinze mille contrôles effectués dans l'Horeca par les services Inspection tabac du SPF Santé publique et de l'AFSCA sont maintenus, mais la proportion des contrôles effectués dans les bars et les discothèques sera augmentée.

Tout est mis en œuvre pour que l'on respecte strictement l'arrêt de la Cour mais nous avons la volonté de soutenir les petites exploitations qui craignent de voir diminuer leur chiffre d'affaires.

J'ai pris note de votre demande d'examiner avec les régions la possibilité d'octroyer des aides pour les espaces fumeurs. Cette idée me paraît intéressante ; je la soumettrai au groupe de travail qui pourra en assurer le suivi.

M. Dirk Claes (CD&V). – *Je remercie le ministre parce qu'elle est disposée à impliquer les régions.*

Il subsiste la question de l'attitude à adopter jusqu'au 1er juillet vis-à-vis des petits cafés qui ne peuvent actuellement servir aucune nourriture et où on peut fumer. Faut-il intervenir avec souplesse ou de manière stricte ? Selon la loi, ces petits cafés ne peuvent servir aucune nourriture jusqu'au 1er juillet. Nous nous trouvons cependant dans une période de transition.

Les petits cafés commenceront peut-être spontanément à servir de la nourriture et profiteront ainsi de la baisse de la TVA.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Les exploitants qui avaient renoncé à la petite restauration pour permettre aux clients de continuer à fumer pourront reprendre cette activité à partir du 1er juillet, à condition de recevoir l'autorisation de l'AFSCA. Il ne devrait donc pas y avoir de problème, d'autant que les inspecteurs iront sur le terrain pour donner l'information correcte.

(La séance est levée à 15 h 45.)

onder meer op de hoogte te worden gebracht van de fiscale bepalingen met betrekking tot de installatie van rookkamers of afzuiginstallaties. Een eerste vergadering met de verschillende partners heeft donderdag plaatsgehad. De informatie zal via een website worden verspreid.

Een eerste controle op het terrein moet het mogelijk maken de betrokkenen te informeren. Een tweede bezoek heeft als doel te controleren of de reglementering wordt nageleefd, sancties op te leggen bij niet-naleving, en uitleg te verschaffen over de rokerszones. Die maatregelen zullen op zeer korte termijn in praktijk worden omgezet.

De elektronische sigaret is nog niet op de markt in België. Als ze op de markt komt, zal moeten worden nagegaan wat ze precies is, dan wel of het een medicijn betreft. Ik kan nog geen antwoord geven op die vraag. We hebben nog geen standpunt bepaald over het roken van dergelijke sigaretten in rookkamers of in de uitbatingen.

Het aantal tabakscontroles van de diensten van de FOD Volksgezondheid en het FAVV blijft op vijftienduizend, maar het aandeel van de controles in bars en discotheken zal worden verhoogd.

Alles wordt in het werk gesteld om het arrest van het Hof strikt af te dwingen, maar we willen ook de kleine uitbatingen die vrezden hun zakencijfer te zien dalen, ondersteunen.

Ik neem nota van uw vraag met de Gewesten de mogelijkheid te onderzoeken steun toe te kennen voor de rokersruimtes. Dat idee lijkt me interessant: ik zal het voorleggen aan een werkgroep die het dan verder kan opvolgen.

De heer Dirk Claes (CD&V). – Ik dank de minister omdat ze bereid is er ook de gewesten bij te betrekken.

De vraag blijft welke houding vanaf nu tot 1 juli moet worden aangenomen tegenover de kleine cafeetjes, die momenteel geen eten mogen serveren en waar mag worden gerookt. Moet er soepel of streng worden opgetreden? Volgens de wet geldt tot 1 juli dat die cafeetjes geen eten mogen serveren. We bevinden ons echter in een overgangperiode.

De kleine cafeetjes zullen misschien spontaan toch eten beginnen te serveren en zo van de btw-verlaging profiteren.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De uitbaters die aan het serveren van kleine maaltijden hadden verzaakt om hun klanten de mogelijkheid te geven te blijven roken, mogen vanaf 1 juli opnieuw maaltijden serveren als ze toelating krijgen van het FAVV. Er is dus normaal gezien geen probleem, te meer daar de inspecteurs op het terrein de betrokkenen zullen informeren.*

(De vergadering wordt gesloten om 15.45 uur.)