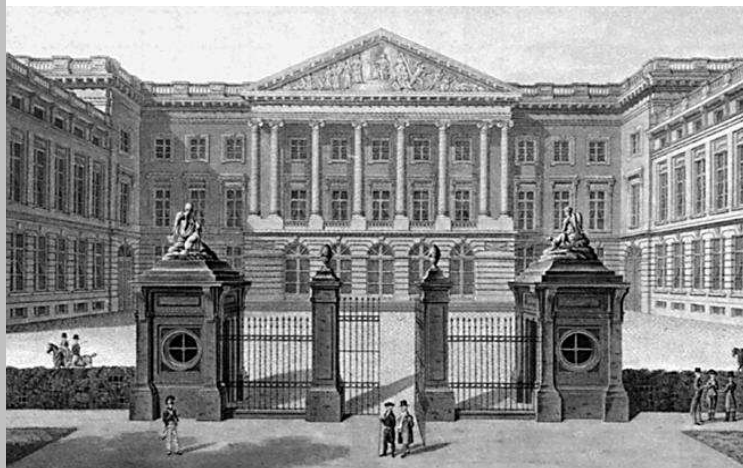


Sénat de Belgique

Session ordinaire 2010-2011



5-80COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 14 juin 2011

Séance de l'après-midi

Annales

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 14 juni 2011
Namiddagvergadering

5-80COM

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**Inhoudsopgave**

<p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la discrétion des informations en matière d'hygiène dans les hôpitaux» (n° 5-959)5</p> <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les coûts estimés du vieillissement de la population» (n° 5-973).....9</p> <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires» (n° 5-961)11</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accès des médecins anesthésistes réanimateurs à une formation à la médecine d'urgence» (n° 5-963).....13</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la présence d'un ECG dans chaque ambulance» (n° 5-965).....14</p> <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le dépistage du cancer du sein» (n° 5-981).....15</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les médicaments antirhumatismaux» (n° 5-1016).....18</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le suivi des rapports d'activités du Collège de médecins pour le programme de soins 'Médecine de la reproduction'» (n° 5-1068)19</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le contrôle des allocations familiales allouées hors de l'Union européenne» (n° 5-1069).....21</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'encadrement de la chirurgie bariatrique» (n° 5-1070).....22</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les banques de lait maternel» (n° 5-1071).....23</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het geheimhouden van de informatie over hygiëne in ziekenhuizen» (nr. 5-959)..... 5</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de geraamde kosten van de vergrijzing» (nr. 5-973).....9</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «pathogeenreductie in bloedplaatjesconcentraten» (nr. 5-961)..... 11</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de toegang voor de anesthesisten-reanimesten tot een opleiding in de medische urgentiegeneeskunde» (nr. 5-963)..... 13</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de beschikbaarheid van een ECG in elke ziekenwagen» (nr. 5-965)..... 14</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «borstkankerscreening» (nr. 5-981) 15</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «reumaremmers» (nr. 5-1016) 18</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de activiteitenverslagen van het college 'reproductieve geneeskunde'» (nr. 5-1068) 19</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de controle op de uitgekeerde kinderbijslag buiten de Europese Unie» (nr. 5-1069) 21</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de omkadering van bariatrische ingrepen» (nr. 5-1070)..... 22</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de moedermelkbanken» (nr. 5-1071) 23</p>
---	---

Demande d'explications de M. Dimitri Fourny à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évolution du numéro unique de garde médicale 1733» (n° 5-1035).....25

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances, chargée de la Politique de migration et d'asile sur «l'expérience-pilote 1733 en province de Luxembourg et dans l'arrondissement de Dinant et la gestion des appels par un robot» (n° 5-1055).....25

Demande d'explications de Mme Cécile Thibaut à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'intégration du projet pilote '1733' dans le dispositif 112» (n° 5-1063).....25

Demande d'explications de M. Dimitri Fourny à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la reconnaissance des services d'urgence hélicoptés» (n° 5-991)32

Vraag om uitleg van de heer Dimitri Fourny aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ontwikkelingen inzake het unieke oproepnummer 1733 voor de medische wachtdienst» (nr. 5-1035) 25

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Werk en Gelijke Kansen, belast met het Migratie- en asielbeleid over «het proefproject 1733 in de provincie Luxemburg en in het arrondissement Dinant, en het beheer van de oproepen door een robot» (nr. 5-1055) 25

Vraag om uitleg van mevrouw Cécile Thibaut aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de integratie van het proefproject '1733' in het 112-systeem» (nr. 5-1063) 25

Vraag om uitleg van de heer Dimitri Fourny aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de erkenning van de medische spoeddiensten per helikopter» (nr. 5-991)32

Présidence de Mme Dominique Tilmans*(La séance est ouverte à 15 h 00.)***Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la discrétion des informations en matière d'hygiène dans les hôpitaux» (n° 5-959)**

M. Bert Anciaux (sp.a). – *La bactérie nosocomiale, qui peut être fatale, constitue une menace croissante pour tous les patients hospitalisés. C'est pourquoi nous devenons de plus en plus exigeants quant à l'hygiène, celle des mains en particulier. Le SPF Santé publique dispose de données sur l'application des règles relatives à l'hygiène des mains. L'organisation de consommateurs Test-Achats, entre autres, a demandé la publication de ces données, notamment parce que les citoyens, patients et visiteurs potentiels, ont le droit de savoir.*

Le SPF a refusé de divulguer les données. Le Conseil d'État n'a toutefois vu aucune raison d'interdire la publication, eu égard à la publicité de l'administration. Le SPF a édulcoré l'arrêt du Conseil d'État en retirant sa décision initiale de ne pas publier. Le SPF a justifié son refus de publication en édicant d'autres règles, non soumises à la publicité de l'administration. Il est suivi et même encouragé par les groupements d'hôpitaux qui craignent visiblement la transparence.

Comment la ministre évalue-t-elle les décisions initiale et récente du SPF Santé publique de ne pas publier les données relatives à l'observance des règles relatives à l'hygiène des mains dans les hôpitaux ?

La ministre admet-elle que les citoyens ont le droit de disposer de ces informations et qu'il importe de savoir quels hôpitaux ont un score insuffisant ? Si oui, comment explique-t-elle la mauvaise volonté de son administration ? Si non, avec quels arguments défend-elle le secret ? Les intérêts de certains hôpitaux priment-ils sur des informations cruciales pour la santé publique ? Comment se fait-il que les citoyens aient besoin d'une organisation comme Test-Achats pour protéger des droits fondamentaux, tels que la publicité de l'administration ?

M. Louis Ide (N-VA). – *Je partage la préoccupation de M. Anciaux, mais mon optique est tout à fait autre. Il veut des chiffres qui fassent la clarté sur l'hygiène des mains dans les hôpitaux. Au contraire, je n'y suis pas favorable et demande à la ministre ce qu'elle va faire pour garantir la confidentialité de ces données.*

Je m'explique. Dans le cadre de la campagne de sensibilisation « Hygiène des mains », chaque hôpital charge un membre du personnel de noter qui observe une bonne hygiène. Cet enregistrement se fonde sur plusieurs critères, lesquels peuvent être interprétés avec plus ou moins de souplesse. Il est donc assez subjectif. Par ailleurs, la campagne est suivie d'une évaluation, qui laisse aussi une

Voorzitter: mevrouw Dominique Tilmans*(De vergadering wordt geopend om 15.00 uur.)***Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het geheimhouden van de informatie over hygiëne in ziekenhuizen» (nr. 5-959)**

De heer Bert Anciaux (sp.a). – De ziekenhuisbacterie vormt in toenemende mate een extra en soms fatale bedreiging voor alle patiënten die in ziekenhuizen worden opgenomen. Precies daarom werden en worden steeds hogere eisen gesteld aan de hygiëne en aan de handhygiëne in het bijzonder. De FOD Volksgezondheid beschikt over gegevens met betrekking tot de toepassing van de regels voor handhygiëne. Onder meer de consumentenorganisatie Test-Aankoop vroeg die gegevens publiek te maken, niet het minst omdat de burgers, potentiële patiënten en ziekenhuisbezoekers, daar recht op hebben.

De FOD weigerde de gegevens bekend te maken. De Raad van State vond echter geen grond om een publicatie te verhinderen, onder meer omwille van de openbaarheid van bestuur. De FOD ontweek de uitspraak van de Raad van State door de oorspronkelijke beslissing om niet te publiceren, te vernietigen. De FOD verantwoordde de niet-publicatie door andere regels vast te leggen die niet onderworpen zijn aan de openbaarheid van bestuur. De FOD wordt daarin sterk gevolgd en zelfs gestimuleerd door de ziekenhuiscoepels die blijkbaar openbaarheid vrezen.

Hoe evalueert de minister de oorspronkelijke en recente beslissing van de FOD Volksgezondheid om de gegevens niet te publiceren over de wijze waarop de regels voor de handhygiëne in ziekenhuizen worden nageleefd?

Beaamt de minister dat de burgers het recht hebben over die informatie te beschikken en dat het belangrijk is te weten welke ziekenhuizen benedenmaats scoren? Zo ja, hoe verklaart zij de onwil van haar administratie? Zo niet, met welke argumenten verdedigt zij de geheimhouding? Wegen de pr-belangen van sommige ziekenhuizen op tegen informatie die cruciaal is voor de volksgezondheid? Hoe komt het dat burgers een organisatie zoals Test-Aankoop nodig hebben om basisrechten, zoals het recht op openbaarheid van bestuur, te verdedigen?

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik deel de bezorgdheid van de heer Anciaux, maar dan vanuit een totaal andere invalshoek. Hij wil cijfers die duidelijkheid verschaffen over handhygiëne in de ziekenhuizen. Ik daarentegen ben daar geen voorstander van en vraag de minister wat ze zal doen om de geheimhouding van die cijfers te waarborgen.

Ik licht mijn standpunt toe. De campagne Handhygiëne is een bewustmakingscampagne waarbij in elk ziekenhuis een interne medewerker registreert wie een goede handhygiëne toepast en wie niet. De registratie gebeurt aan de hand van diverse criteria, die soepel of minder soepel kunnen worden geïnterpreteerd. Bijgevolg is de registratie in zekere mate subjectief. Na de campagne komt er nog een meting. Ook die

marge d'interprétation.

Mon argument suivant repose sur mon expérience. Après la deuxième campagne « Hygiène des mains », j'ai prié la personne chargée de l'enregistrement dans l'hôpital où je travaille d'être particulièrement sévère, afin que le personnel soit encore plus attentif à l'hygiène des mains, car on ne peut jamais exagérer sur l'hygiène.

Par conséquent, je sais que mon hôpital obtiendra un moins bon résultat lors de la troisième campagne « Hygiène des mains », alors qu'en réalité il se comporte mieux. Il s'agit en effet de campagnes de sensibilisation et on constate une amélioration significative de l'hygiène dans les hôpitaux participants. Test-Achats devrait en fait demander quels hôpitaux participent à l'action et lesquels n'y participent pas. Ce sont ces derniers qu'il faut critiquer.

D'autres chiffres posent le même type de problèmes. Je présume que Test-Achats peut demander les chiffres pour les dangereuses bactéries MRSA et ESBL, ce qui pourrait produire une image similaire. Un orthopédiste qui doit traiter beaucoup d'infections de la hanche dues à ses collègues sera souvent confronté à la MRSA. Selon les statistiques, c'est un mauvais chirurgien, alors qu'en réalité il soigne bien les hanches à problème. Il faut être prudent avec les statistiques.

J'ai entendu que le SPF Santé publique veut publier un rapport scientifique circonstancié et j'y suis favorable.

Ma question à la ministre est donc l'inverse de celle de M. Anciaux : est-elle disposée à soutenir pleinement le SPF Santé publique qui veut sauvegarder la confidentialité de certaines données, comme peut aussi y être autorisé l'Institut national de statistique ? L'INS a le droit de garder secrètes certaines données, afin de ne pas donner une image biaisée. Il importe de fournir au public des données correctes et non trompeuses.

(M. Rik Torfs, président, prend place au fauteuil présidentiel.)

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Cette question est très importante et ma réponse sera dès lors détaillée.*

Pour la bonne compréhension de la décision qui a été prise, je rappelle ici quelques éléments essentiels du dossier.

En mai 2009, Test-Achats a demandé au SPF Santé publique et à l'Institut scientifique de santé publique (ISP) une copie des rapports sur les campagnes « Hygiène des mains », avec les résultats par hôpital, ainsi qu'une copie des rapports du contrôle sur les infections hospitalières, également avec les résultats par hôpital. Tant le SPF que l'ISP ont refusé de répondre aux demandes de Test-Achats, et ce pour plusieurs raisons. Différents facteurs empêchent en effet une comparaison correcte entre les hôpitaux.

Dans le cas des campagnes relatives à l'hygiène des mains par exemple, les mesures ont été prises dans chaque hôpital par l'équipe responsable de l'hygiène hospitalière. De ce fait, il y avait sans aucun doute une importante variabilité

kan voor interpretatie vatbaar zijn.

Mijn volgende argument berust op eigen ervaring. Na de tweede Handcampagne heb ik een medewerker in het ziekenhuis waar ik werk, en die instaat voor de registratie, aanbevolen extra streng te zijn, zodat het personeel nog meer aandacht zou besteden aan handhygiëne. Men kan immers nooit hygiënisch genoeg zijn.

Ik weet bijgevolg dat mijn ziekenhuis in de derde handhygiëne campagne slechter zal scoren, terwijl het eigenlijk beter bezig is. De campagnes zijn namelijk bewustmakingscampagnes en in de ziekenhuizen die eraan meedoen, zien we een significante verbetering van de ziekenhuishygiëne. Eigenlijk zou Test-Aankoop dus moeten vragen welke ziekenhuizen aan de campagnes meedoen en welke niet. De ziekenhuizen die er niet aan meedoen, zijn niet goed bezig.

Eenzelfde soort problematiek zit ook achter andere cijfers. Ik vermoed dat Test-Aankoop ook voor de gevaarlijke bacteriën MRSA en ESBL de cijfers kan opvragen, waarbij dan een gelijkaardig beeld kan opduiken. Zo zal een orthopedist die veel heupinfecties van andere orthopedisten moet overnemen, vaak met MRSA worden geconfronteerd. Volgens de statistieken is hij geen goed chirurg, terwijl hij in werkelijkheid net goed is in het repareren van heupen met problemen. We moeten dus oppassen met statistieken.

Ik heb vernomen dat de FOD Volksgezondheid een wetenschappelijk rapport met duiding wil geven en daar sta ik achter. Dat is goede informatie.

Ik vraag de minister dus precies het tegenovergestelde als de heer Anciaux: is de minister bereid de FOD Volksgezondheid ten volle te steunen om de geheimhouding van bepaalde gegevens te bewaren, zoals ook het Nationaal Instituut voor de Statistiek daartoe gemachtigd kan worden? Ook het NIS heeft namelijk het recht bepaalde gegevens geheim te houden om geen vertekend beeld te geven. Het is zeer belangrijk aan het publiek juiste en niet misleidende gegevens ter beschikking te stellen.

(Voorzitter: de heer Rik Torfs.)

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Dit is een zeer belangrijke vraag en mijn antwoord zal dan ook uitvoerig zijn.

Voor een goed begrip van de beslissing breng ik eerst enkele essentiële feiten van het dossier in herinnering.

In mei 2009 vroeg Test-Aankoop de FOD Volksgezondheid en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) om een kopie van de rapporten over de handhygiëne campagnes met de resultaten per ziekenhuis, en een kopie van de rapporten over het toezicht op de ziekenhuisinfecties eveneens met de resultaten per ziekenhuis. Zowel de FOD als het WIV weigerden om verscheidene redenen op de vragen van Test-Aankoop in te gaan. Verschillende factoren maken immers een correcte vergelijking van de ziekenhuizen onmogelijk.

In het geval van de campagnes voor handhygiëne bijvoorbeeld werden in elk ziekenhuis de maatregelen genomen door het team dat voor de ziekenhuishygiëne

d'observation. En outre, les hôpitaux étaient libres de choisir eux-mêmes les unités de soins qui allaient être observées et ont communiqué volontairement et confidentiellement des chiffres individuels à l'ISP, avec la promesse de sa part que ces informations seraient traitées de façon confidentielle et anonyme.

Plus fondamentalement, la collaboration active et volontaire des hôpitaux dans cette matière est essentielle à l'exécution et au développement de politiques efficaces de protection. Une telle collaboration ne peut s'accomplir que dans un climat de confiance réciproque. Si les hôpitaux craignent que les données qu'ils communiquent soient rendues publiques, le risque est grand qu'ils ne participent plus à ces programmes volontaires, ou fournissent des données tronquées, qui ne seront alors d'aucune utilité. À terme, c'est donc l'efficacité des programmes de lutte contre les infections nosocomiales qui est en jeu.

Test-Achats a sollicité l'avis de la Commission d'accès aux documents administratifs en ce qui concerne la communication des résultats des campagnes relatives à l'hygiène des mains, et celui de la Commission fédérale de recours pour l'accès aux informations environnementales en ce qui concerne les données de contrôle sur les infections nosocomiales.

La première de ces commissions a estimé que les exceptions invoquées par le SPF Santé publique et l'ISP pour justifier le refus de communication des données n'étaient pas pertinentes. En décembre 2009, l'ISP a donc transmis à Test-Achats des rapports avec l'ensemble des résultats nationaux des campagnes « Hygiène des mains », mais en refusant toujours la communication des données par hôpital.

Au contraire, la seconde commission a estimé que l'intérêt public de la communication ne primait pas l'intérêt supérieur de la protection des libertés et les droits fondamentaux des administrés, qui risquaient d'être mis en péril si les hôpitaux cessaient de coopérer aux programmes mis en œuvre par le SPF et l'ISP. Elle a donc estimé que les rapports individuels de contrôle sur les infections nosocomiales, avec les résultats par hôpital, ne pouvaient pas être rendus publics.

Test-Achats s'est donc ensuite adressé au Conseil d'État en février 2010 en demandant que soient annulées la première décision négative de l'ISP et du SPF Santé publique ainsi que l'avis de la seconde commission.

En avril de cette année, le Conseil d'État a annulé la décision de l'ISP et du SPF Santé publique. Afin que les choses soient claires, il faut préciser que le Conseil d'État n'a pas ordonné la communication des données sollicitées par Test-Achats, mais a simplement confirmé la position de la commission d'accès aux documents administratifs. Il a annulé la décision de refus de communication des données en ce qu'elle était fondée sur les arguments invoqués par le SPF et l'ISP. À la suite de cette annulation, il appartenait donc à ces autorités administratives de prendre une nouvelle décision.

Or les arguments invoqués par la Commission fédérale de recours pour l'accès aux informations environnementales pouvaient pour l'essentiel s'appliquer à la demande de Test-Achats portant sur les résultats des campagnes relatives à l'hygiène des mains. Il importe de souligner ici que ces arguments n'avaient pas été soulevés par le SPF et l'ISP dans

verantwoordelijk is. Daardoor bestond er ongetwijfeld een belangrijke 'interobserver variability'. Bovendien waren de ziekenhuizen vrij om zelf te kiezen welke verpleegeenheden werden geobserveerd én gaven ze hun cijfers uit vrije wil en op vertrouwelijke basis aan het WIV, waarbij ze de belofte kregen dat de cijfers vertrouwelijk en anoniem zouden worden verwerkt.

Meer ten gronde is de actieve en vrijwillige medewerking van de ziekenhuizen in deze zaak essentieel om een doeltreffend beschermingsbeleid te ontwikkelen en uit te voeren. Zo een samenwerking kan maar tot stand komen in een klimaat van wederzijds vertrouwen. Indien de ziekenhuizen zouden vrezen dat de gegevens die ze meedelen, openbaar worden gemaakt, dan is het risico groot dat ze niet langer aan de vrijwillige programma's deelnemen of dat ze opgesmukte en dus nutteloze gegevens doorgeven. Uiteindelijk staat dus de doeltreffendheid van de programma's ter bestrijding van ziekenhuisinfecties op het spel.

Daarop vroeg Test-Aankoop voor de mededeling van de resultaten van de handhygiëncampagnes om het advies van de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten, en voor de mededeling van de controlegegevens inzake ziekenhuisinfecties om het advies van de Federale beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie.

De eerste commissie was van mening dat de door de FOD Volksgezondheid en het WIV ingeroepen uitzonderingsgronden om de gegevens niet mee te delen ontoereikend waren. In december 2009 bezorgde het WIV bijgevolg Test-Aankoop de rapporten met de algemene nationale resultaten van de handhygiëncampagnes, maar weigerde het nog altijd de resultaten per ziekenhuis mee te delen.

De tweede commissie vond echter dat het algemeen belang van de openbaarmaking niet opwoog tegen het hogere recht op bescherming en de fundamentele rechten en vrijheden van de bestuurden, die in het gedrang konden komen indien de ziekenhuizen hun samenwerking met de door de FOD en het WIV opgezette programma's zouden staken. Ze besloot dus dat de individuele rapporten van het toezicht op de ziekenhuisinfecties met de resultaten per ziekenhuis niet openbaar mochten worden gemaakt.

In februari 2010 stapte Test-Aankoop dan naar de Raad van State om de vernietiging te vragen, enerzijds van de eerste negatieve beslissingen van het WIV en van de FOD Volksgezondheid, en anderzijds van het advies van de tweede commissie.

In april van dit jaar vernietigde de Raad van State de beslissingen van het WIV en van de FOD Volksgezondheid. Voor alle duidelijkheid: de Raad van State legde niet de verplichting op om de door Test-Aankoop gevraagde gegevens bekend te maken, maar bevestigde gewoon het standpunt van de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten. Hij vernietigde gewoon de beslissingen om op basis van de door de FOD Volksgezondheid en het WIV ingeroepen uitzonderingsgronden de mededeling van de gegevens te weigeren. Als gevolg van die vernietiging moesten de administratieve overheden dus een nieuwe beslissing nemen.

Maar de argumenten van de Federale beroepscommissie voor

leur première décision de refus.

Quelques jours avant de prendre la nouvelle décision, nous avons pris connaissance du rapport de l'auditeur du Conseil d'État dans la procédure spécifiquement dirigée contre l'avis de la Commission fédérale de recours pour l'accès aux informations environnementales, lequel suit le raisonnement de cette commission.

Dans ces conditions, et sur la base de l'avis motivé de cette commission, il est apparu qu'une communication des informations demandées ne se justifiait pas en l'état.

Compte tenu des circonstances particulières de ce dossier, je soutiens la décision de administration. Par ailleurs, il est aujourd'hui évident que le système actuel est insatisfaisant sur le plan de la transparence, malgré les progrès accomplis dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Il convient dès lors de mettre sur pied un système structurel qui permette non seulement de consolider les acquis, mais également de développer encore les instruments d'une qualité accrue de la sécurité et de l'hygiène au sein des institutions de soins. Dans ce cadre, une attention particulière doit être consacrée à la transparence des informations qui seront collectées, pour qu'elles puissent être librement communiquées au public par les institutions elles-mêmes ou par l'autorité.

Une large concertation multidisciplinaire de tous les acteurs concernés doit être menée afin d'aboutir à une solution efficace, praticable et dans laquelle puissent s'inscrire toutes les parties prenantes. J'ai donc chargé mon administration de créer un groupe de travail composé de représentants de l'ensemble des secteurs concernés afin qu'une proposition puisse être formulée à l'intention du prochain ministre de la Santé publique.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Grâce à la réponse de la ministre, je comprends mieux le problème.*

J'avoue cependant qu'initialement, il me semblait que les intérêts des hôpitaux l'emportaient sur ceux des patients. Je peux comprendre que, pour un bon résultat, une coopération entre hôpitaux soit indispensable et que des données personnelles doivent être échangées sur une base volontaire et sous le sceau de la confidentialité. J'admets à présent que se focaliser sur le seul droit à la publicité peut avoir des effets négatifs.

Je demande toutefois que le régime actuel soit limité dans le temps et que la ministre impose dès que possible une politique efficace aux hôpitaux. Ceux qui coopèrent déjà ne doivent naturellement pas être les dupes d'une nouvelle réglementation. Je constate cependant qu'à court terme, la ministre veut responsabiliser les hôpitaux, car le public a le droit de savoir, parmi les hôpitaux, lesquels suivent une bonne politique d'hygiène.

de toegang tot milieu-informatie konden in essentie ook worden toegepast op de vraag van Test-Aankoop met betrekking tot de resultaten van de campagnes voor handhygiëne. Het moet gezegd dat de FOD en het WIV die argumenten in hun eerste weigering niet hadden gebruikt.

Enkele dagen voor de nieuwe beslissing genomen werd, kregen we kennis van het verslag van de auditeur van de Raad van State in de procedure die specifiek tegen het advies van de Federale beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie was gericht. We stelden daarbij vast dat de auditeur de redenering van de commissie bijtreedt.

In die omstandigheden, en op basis van het gemotiveerde advies van die commissie, bleek een mededeling van de gevraagde inlichtingen in de huidige staat niet opportuun.

Rekening houdende met de bijzondere omstandigheden van het dossier, sta ik achter de beslissing van mijn administratie. Anderzijds is het vandaag ook duidelijk dat het huidige systeem niet voldoende transparant is, ondanks de vooruitgang die we hebben gemaakt in de strijd tegen ziekenhuisinfecties.

We moeten dus een structureel systeem op poten zetten dat niet alleen de verworvenheden consolideert, maar ook nog betere instrumenten voor de veiligheid en de hygiëne in de zorginstellingen ontwikkelt. In dat verband moeten we bijzondere aandacht schenken aan de transparantie van de verzamelde informatie, zodat ze zowel door de instellingen zelf als door de overheid vrij aan het publiek kan worden meegedeeld.

Om tot een doeltreffende en praktische oplossing te komen, waarin alle betrokken partijen zich kunnen vinden, is een breed multidisciplinair overleg met al die partijen vereist. Daarom heb ik mijn administratie gevraagd een werkgroep op te richten met vertegenwoordigers van alle betrokken sectoren zodat die de volgende minister van Volksgezondheid een voorstel kan doen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Het antwoord van de minister maakt de zaak voor mij duidelijker.

Maar ik moet toegeven dat ik aanvankelijk de indruk had dat de belangen van de ziekenhuizen primeerden op die van de patiënten. Als voor een doeltreffend resultaat een samenwerking tussen de ziekenhuizen absoluut nodig is en als daarbij persoonsgegevens op basis van vrijwilligheid en onder de garantie van vertrouwelijkheid moeten worden uitgewisseld, dan kan ik dat begrijpen. Ik begrijp nu dat we groter kwaad kunnen aanrichten als er alleen maar aandacht is voor het recht op openbaarheid.

Ik vraag wel dat de huidige regeling in de tijd beperkt wordt en dat de minister binnen de kortst mogelijke termijn de ziekenhuizen verplicht een efficiënt beleid te voeren. De ziekenhuizen die nu al goed samenwerken, mogen natuurlijk niet de dupe zijn van een nieuwe regeling. Ik merk evenwel dat de minister de ziekenhuizen op korte termijn wil responsabiliseren omdat het publiek recht heeft te weten welke ziekenhuizen een goed hygiënebeleid voeren en welke niet.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les coûts estimés du vieillissement de la population» (n° 5-973)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Un rapport récent de l'OCDE indique que d'ici trente-cinq ans, la Belgique devra consacrer près de 3% de son PIB aux soins aux personnes âgées. En 2050, 20% de la population aura plus de 65 ans et 12% plus de 80 ans. Ces pourcentages atteignent aujourd'hui 17% et 0,5% ! Parallèlement, l'approche socioculturelle des soins aux personnes âgées se modifie. Si aujourd'hui, la moitié des personnes nécessitant des soins vivent toujours à leur domicile, ce nombre diminuera de manière draconienne, ce qui aura un impact financier considérable pour la société. De surcroît, la pénurie structurelle de soignants souhaitant travailler dans ce secteur s'aggrave.*

La ministre partage-t-elle l'analyse de ce rapport de l'OCDE qui souligne l'acuité du problème du vieillissement et des soins à apporter aux personnes âgées ? Notre pays dispose-t-il d'un plan à long terme pour maîtriser l'augmentation du coût et le besoin croissant de main-d'œuvre et d'infrastructures ?

Dans l'affirmative, la ministre peut-elle m'expliquer les grandes lignes de ce plan ? Est-il soutenu par les communautés dont la responsabilité en la matière ne fera que s'étendre, par les acteurs du non-marchand et les partenaires sociaux ? Dans la négative, comment la ministre explique-t-elle que cette politique à long terme tellement nécessaire se fasse toujours attendre ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Le rapport de l'OCDE met utilement en lumière l'impact futur du vieillissement sur l'évolution des besoins de soins de longue durée, donc également le besoin de main-d'œuvre dans le secteur et l'impact financier du vieillissement. Si les conclusions de cette étude ne sont pas surprenantes, elles ont l'avantage de présenter certains chiffres et de présenter l'analyse en comparant les politiques mises en place dans divers pays.*

En Belgique, la problématique du vieillissement et les conséquences de celui-ci en termes de coûts, notamment en matière de soins de santé, est suivie de près par l'ensemble des autorités politiques compétentes en la matière. Ainsi, l'État fédéral, les régions et les communautés ont conclu lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 13 juin 2005 un troisième protocole d'accord sur la politique à mener en matière de soins aux personnes âgées. Ce protocole, qui s'étale d'octobre 2005 à octobre 2010, encourage à aller plus loin dans le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins. En collaboration avec l'État fédéral, les communautés et les régions devaient, durant la période couverte par le protocole d'accord n° 3, affecter 20% des moyens disponibles à la création de formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Dans le cadre de ce protocole, on a organisé la reconversion de lits MRPA en lits MRS en vue d'offrir des soins adaptés

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de geraamde kosten van de vergrijzing» (nr. 5-973)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Een recent OESO-rapport berekende dat België over vijftig jaar bijna 3% van het bruto binnenlands product moet reserveren voor het verzorgen van zijn bejaarde burgers. Tegen 2050 zal 20% van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar en 12% zelfs ouder dan 80 jaar. Vandaag liggen die percentages op respectievelijk 17% en een 0,5%! Tegelijkertijd verandert de sociaalculturele wijze waarop bejaarden worden verzorgd. Nu verblijft nog de helft van de zorgbehoevenden thuis, maar dat aantal zal drastisch dalen, met uiteraard veel hogere kosten voor de gemeenschap. Daarnaast groeit het structurele tekort aan mensen die in deze zorgsector willen werken.

Deelt de minister de analyse van dit OESO-rapport waarin het probleem van vergrijzing en verzorging heel scherp wordt gesteld? Beschikt ons land over een langetermijnplan om groeiende kosten en de toenemende behoefte aan arbeidskrachten en infrastructuur te beheersen?

Zo ja, kan de minister de grote lijnen van dit langetermijnplan toelichten? Krijgt dit plan de steun van de gemeenschappen, die ter zake vanzelfsprekend een steeds grotere verantwoordelijkheid zullen krijgen, de actoren van de socialprofitsector en de sociale partners? Zo niet, hoe verklaart de minister dat dit hoogst noodzakelijke langetermijnbeleid er nog altijd niet is?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Het OESO-rapport werpt een nuttig licht op de gevolgen van de vergrijzing op de evolutie van de langdurige zorgbehoeften, en dus op de nood aan arbeidskrachten in de sector en op de financiële gevolgen van de vergrijzing. De besluiten van die studie mogen dan wel weinig verrassen, ze hebben het voordeel dat ze cijfers geven en een vergelijkende analyse maken van het beleid dat in verschillende landen wordt gevoerd.

In België zien alle bevoegde overheden nauwgezet toe op de problematiek van de vergrijzing en haar gevolgen op het vlak van de kosten, met name inzake de gezondheidszorg. Zo sloten de federale staat, de gewesten en gemeenschappen op de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 13 juni 2005 een derde protocolakkoord over het bejaardenzorgbeleid. Dat protocol, voor oktober 2005 tot oktober 2010, zet ertoe aan om alternatieve vormen van verzorging en zorgondersteuning verder te ontwikkelen. In samenwerking met de federale staat moesten de gemeenschappen en gewesten tijdens de door het derde protocol gedekte periode 20% van de beschikbare middelen aan alternatieve verzorging en zorgondersteuning besteden.

In het kader van dit protocol werden rob-bedden omgevormd tot rvt-bedden om zo de meest afhankelijke personen aangepaste zorg te kunnen bieden. Hierdoor kwam er sinds 2005 een toename met 18 000 rvt-bedden. Er werden ook

aux personnes les plus dépendantes. De ce fait, 18 000 lits MRS sont venus s'ajouter depuis 2005. On a aussi développé des structures de soins intermédiaires visant à soutenir le maintien à domicile, avec augmentation du nombre de lits de court séjour de plus de 1 000 unités depuis 2005 et mise en place de 66 projets novateurs dans le cadre du premier appel visant la mise en place de formes alternatives de soins.

En outre, diverses mesures ont été mises en œuvre au cours des dernières années pour faire face au défi du vieillissement de la population et du besoin croissant de soins de longue durée. Le plan d'attractivité de la profession infirmière a été mis en œuvre progressivement depuis 2008. Un fonds pour le vieillissement a été constitué dans le cadre du budget des soins de santé. Une étude sur le statut de l'aidant proche a été menée en collaboration avec le SPF Affaires sociales. Une étude a été confiée au KCE sur le moratoire appliqué au secteur des maisons de repos et les besoins futurs. Les résultats de cette étude seront connus à la fin de cette année.

Les initiatives ont donc porté à la fois sur les éléments financiers du système, mais aussi dans le domaine des forces de travail du secteur et vers une diversification de l'offre en vue d'offrir les soins les mieux adaptés aux besoins des personnes dépendantes et d'éviter une prise en charge résidentielle quand d'autres formes d'encadrement, moins onéreux, restent possibles.

Parallèlement, le gouvernement a aussi travaillé sur la question de l'accès aux soins avec une amélioration du remboursement. Pour tenir compte du fait que des patients qui nécessitent des soins de longue durée sont confrontés à davantage de coûts récurrents et souvent plus élevés, une protection complémentaire est offerte par l'assurance-maladie, à savoir l'assurance majorée et le maximum à facturer. Les deux mesures de protection ont été améliorées : les catégories pouvant prétendre à une intervention majorée ont été étendues et le maximum à facturer été introduit pour les maladies chroniques. Il existe aussi diverses interventions spécifiques pour les patients qui nécessitent des soins de longue durée. Ces mesures seront étendues dans le cadre du plan en faveur des patients souffrant de maladies chroniques.

Les patients qui nécessitent des soins de longue durée sont souvent confrontés à une perte d'autonomie et donc à des coûts non-médicaux supplémentaires tels que le logement et le recours à divers services. C'est pourquoi il existe pour eux différentes interventions. L'assurance-maladie prévoit une série d'interventions forfaitaires : forfait maladies chroniques, forfait palliatif, forfait pour matériel d'incontinence. Des revenus d'aide à charge de l'État fédéral soutiennent en outre les personnes nécessitant des soins.

Ces initiatives ont été prises en concertation avec les communautés et régions dans le cadre de la conférence interministérielle, avec les acteurs de terrain au sein des structures de concertation de l'INAMI et du SPF Santé publique, et avec les partenaires sociaux dans le cadre des discussions sur les accords sociaux.

Un prochain gouvernement disposant des marges de manœuvre politiques nécessaires pourra conclure un nouveau protocole avec les communautés et régions et négocier de futurs accords sociaux avec le secteur. L'évaluation des

intermediaire zorgstructuren ontwikkeld om het thuisverblijf te ondersteunen. Het aantal bedden voor kortverblijf verhoogde sinds 2005 met meer dan 1 000 eenheden. In het kader van de eerste oproep om alternatieve zorgvormen in te voeren werden 66 vernieuwende projecten uitgevoerd.

De voorbije jaren werden daarenboven verschillende maatregelen genomen om de uitdaging van de vergrijzing en de groeiende langdurige zorgbehoeften het hoofd te bieden. Het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep werd sinds 2008 geleidelijk uitgevoerd. In het kader van het budget voor de gezondheidszorg werd een fonds voor de vergrijzing opgericht. Er werd in samenwerking met de FOD Sociale Zaken een studie over het statuut van de mantelzorgverzorger uitgevoerd. Aan het KCE werd een studie gevraagd over het moratorium voor de rusthuissector en de toekomstige behoeften. De resultaten van die studie zullen tegen het einde van het jaar bekend zijn.

De initiatieven sloegen dus zowel op de financiële elementen van het systeem als op de nood aan arbeidskrachten in de sector. Ze richtten zich op een diversificatie van het aanbod met als doel afhankelijke personen de meest geschikte zorg te kunnen aanbieden en een residentiële verzorging te vermijden wanneer andere, goedkopere, omkaderingsvormen mogelijk zijn.

Tegelijk werkte de regering door een verbeterde terugbetaling aan de problematiek van de toegang tot de gezondheidszorg. Omdat patiënten die langdurige verzorging nodig hebben, geconfronteerd worden met meer, terugkerende en vaak hogere medische kosten, biedt de ziekteverzekering een bijkomende bescherming, namelijk de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de maximumfactuur. Beide beschermingsmaatregelen werden verbeterd: de categorieën die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, werden uitgebreid en de maximumfactuur voor chronisch zieken werd ingevoerd. Daarnaast bestaan er diverse specifieke tegemoetkomingen voor patiënten die langdurige verzorging nodig hebben. In het kader van het plan voor patiënten met chronische ziekten wordt dit verder uitgebreid.

Patiënten die langdurige verzorging nodig hebben, worden vaak geconfronteerd met een verlies van zelfredzaamheid en extra niet-medische kosten, zoals huisvesting en het beroep op diverse diensten. Daarom zijn er voor hen verschillende tegemoetkomingen. Binnen de ziekteverzekering bestaan een aantal forfaitaire tegemoetkomingen, zoals het forfait chronisch zieken, het palliatief forfait en het forfait voor incontinentiemateriaal. Bijstandsinkomens ten laste van de federale overheid ondersteunen bovendien de zorgbehoevende personen.

Die initiatieven werden genomen in overleg met de gemeenschappen en gewesten, in het kader van de interministeriële conferentie, met de actoren op het terrein, in de overlegstructuren van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, en met de sociale partners, in het kader van de besprekingen over de sociale akkoorden.

Een volgende regering met de nodige beleidsruimte zal met de gemeenschappen en gewesten een nieuw protocol kunnen sluiten en met de sector kunnen onderhandelen over sociale akkoorden. De evaluatie van het gevoerde beleid, de resultaten van de lopende studies en het studieverlag van de

politiques entreprises ; les résultats des études en cours, tout comme le rapport d'étude de l'OCDE. constituent une base solide pour de ces nouveaux développements.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je reconnais que des efforts ont été consentis ces dernières années mais il faudrait établir des priorités politiques. Un masterplan sur le vieillissement en est assurément une. Ce plan devra se concentrer en premier lieu sur le secteur des soins de santé, dont les défis sont gigantesques, et qui peine aujourd'hui à recruter du personnel de qualité.*

Je comprends qu'un gouvernement en affaires courantes ne puisse pas agir de la manière la plus efficace et que la ministre se réfère à un gouvernement de plein exercice. Peut-être le parlement devrait-il, avec le gouvernement, déterminer quels seront les grands défis de demain. J'espère qu'ils n'oublieront pas d'y inclure la question du vieillissement.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires» (n° 5-961)

M. Louis Ide (N-VA). – *Durant la précédente législature, je vous ai posé diverses questions sur la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires. À l'époque, vous aviez décidé courageusement de reporter cette obligation d'un an. Cela m'avait réjoui parce que les études cliniques montraient qu'il n'y avait pas suffisamment de certitudes pour l'introduire de manière généralisée. Je me suis également basé sur les études réalisées par la Fondation HOVON et Sanquin qui montraient que l'on rencontrait pas mal de problèmes avec les plaquettes traitées avec un certain réducteur pathogène, à savoir INTERCEPT. À l'époque, la ministre a annoncé qu'il y avait eu quatre cas de décès inexplicables dans un certain hôpital. Un lien direct ne peut naturellement pas être prouvé, mais le contraire ne peut être prouvé non plus. Des experts estiment que l'on doit être très prudent lors de l'administration de ce type de produit. Le choix de la ministre de reporter d'un an cette obligation n'était pas évident étant donné que le Conseil supérieur de la santé avait rendu un avis positif.*

La ministre a néanmoins écouté les arguments scientifiques. Cela a même transpiré jusqu'aux Pays-Bas, via un grand article paru dans De Volkskrant. Les questions et réponses parlementaires ont également été utilisées dans un tribunal néerlandais pour une affaire dans laquelle Cerus, l'entreprise concernée, avait assigné les chercheurs en justice.

D'un point de vue économique, il était certainement justifié d'attendre qu'un des produits concurrents, le Mirasol, arrive sur le marché.

J'ai reçu, en tant que médecin, une lettre de la Rode Kruis-Vlaanderen signalant que l'utilisation de la PRCP est instaurée étant donné que l'arrêté royal du 28 juin 2009, modifié par l'arrêté royal du 13 juin 2010, oblige la Rode Kruis-Vlaanderen à l'implémenter à partir du 1^{er} juillet 2011. Le monde médical et scientifique se pose encore de nombreuses questions quant à la généralisation de

OESO vormen een stevige basis voor dergelijke nieuwe ontwikkelingen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik erken dat er de jongste jaren inspanningen geleverd zijn, maar het beleid zou prioriteiten moeten bepalen. Een masterplan rond de vergrijzing is er daarvan zeker één. Zo'n plan moet in eerste instantie focussen op het gebied van de zorgsector waar de uitdagingen gigantisch zijn en waar het vandaag niet vanzelfsprekend is om goed personeel te vinden.

Ik begrijp dat een regering in lopende zaken niet de meest krachtdadige regering is en dat de minister verwijst naar een regering met volheid van bevoegdheid. Misschien moet het parlement samen met de regering bepalen wat de grote uitdagingen van morgen zijn. Ik hoop dat het probleem van de vergrijzing daarbij niet vergeten wordt.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «pathogeenreductie in bloedplaatjesconcentraten» (nr. 5-961)

De heer Louis Ide (N-VA). – In de vorige regeerperiode heb ik u diverse vragen gesteld over de pathogeenreductie in bloedplaatjes. U hebt toen een moedige beslissing genomen door deze verplichting een jaar uit te stellen. Dat verheugde mij omdat de klinische studies aantoonde dat er onvoldoende evidentie was om dit veralgemeend in te voeren. Ik heb mij daarvoor ook gebaseerd op de studies van de HOVON-stichting en Sanquin die aantoonde dat er nogal wat problemen waren bij bloedplaatjes die behandeld werden met een bepaalde pathogeenreductor, namelijk INTERCEPT®. De minister meldde toen dat er in een bepaald ziekenhuis vier onverklaarbare sterfgevallen waren geweest. Een rechtstreeks verband kan uiteraard niet worden aangetoond, maar ook het tegendeel kan niet worden bewezen. Experts zijn het erover eens dat men zeer goed moet opletten met de toediening van een dergelijk product. De keuze van de minister om die verplichting een jaar uit te stellen was niet evident, aangezien de Hoge Gezondheidsraad een positief advies had uitgebracht.

De minister heeft echter geluisterd naar de wetenschappelijke argumenten. Dat is zelfs doorgesijpeld tot in Nederland, via een groot artikel in *De Volkskrant*. De parlementaire vragen en antwoorden werden ook gebruikt in een Nederlandse rechtbank in een zaak waarin Cerus, het betrokken bedrijf, de onderzoekers voor de rechtbank heeft gedaagd.

Ook uit economisch oogpunt was het zeker te verantwoorden te wachten tot een van de concurrerende producten, Mirasol®, op de markt zou komen.

Als arts kreeg ik een brief van het Rode Kruis Vlaanderen met de melding dat het gebruik van PRCP wordt ingevoerd aangezien het koninklijk besluit van 28 juni 2009, gewijzigd door het koninklijk besluit van 13 juni 2010, het Rode Kruis Vlaanderen verplicht tot implementatie op 1 juli 2011. In de medische en wetenschappelijke wereld is er nog steeds heel wat beroering rond het al dan niet veralgemeende gebruik van

l'utilisation du produit. Entre-temps, je sais qu'il a été introduit en Suisse. La littérature médicale s'interroge encore et il n'existe pas encore de bonnes études randomisées.

Quelle est la situation actuelle en ce qui concerne la PRCP et quelle est la position du Conseil supérieur de la santé à cet égard ?

Les avis sont-ils toujours les mêmes qu'il y a deux ans ?

Quelle est la composition du groupe qui a rédigé la recommandation au Conseil supérieur de la santé ? La ministre s'en tient-elle à l'obligation ou envisage-t-elle effectivement de lever l'obligation ? Dans ce dernier cas, je suis d'accord avec elle.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Le principe de la réduction pathogène obligatoire des concentrés plaquettaires est en effet prévu dans l'arrêté royal du 28 juin 2009. L'entrée en vigueur de cette obligation a été reportée au 1^{er} juillet 2011.*

J'ai demandé au Conseil supérieur de la santé d'examiner les informations récentes concernant cette réduction pathogène de concentrés plaquettaires et d'émettre un avis sur l'instauration de cette obligation à partir du 1^{er} juillet 2011 ou d'en reporter la date d'entrée en vigueur pour une durée à déterminer.

L'avis dont il est question a été soumis le 1^{er} juin 2011 et validé par le Collège du Conseil supérieur de la santé.

L'avis précise qu'il y a suffisamment de données pour rendre obligatoire dans notre pays l'implémentation des techniques de réduction pathogène. Toutefois, il signale également que peu d'études scientifiques comparatives ont été réalisées sur l'évaluation de la sécurité clinique, en particulier l'efficacité hémostatique des plaquettes sanguines ayant subi une réduction pathogène.

Je constate également qu'un des experts a adopté un point de vue minoritaire, à savoir que l'inactivation pathogène ne devrait pas être obligatoire et que le médecin prescripteur devrait pouvoir choisir entre les concentrés de plaquettes traités ou non traités. Mon représentant au Conseil s'est renseigné sur le contexte international et on lui a dit que seule la Suisse avait actuellement imposé une obligation.

L'inactivation pathogène n'est pas encore disponible pour le concentré des globules rouges.

L'avis du Conseil supérieur de la santé sera examiné par les experts de l'Agence fédérale et par mes collaborateurs. Je prendrai, dans les prochaines semaines, une décision quant à un éventuel report de l'implémentation obligatoire.

Un éventuel report de l'obligation permettra à nos établissements de transfusion sanguine et aux hôpitaux de réaliser un examen clinique, éventuellement à grande échelle, sur l'application et la sécurité de l'inactivation pathogène, spécifiquement dans le contexte belge.

Enfin, comme il est d'usage, la composition du groupe de travail sera précisée lors de la publication de l'avis.

het product. Ik weet dat men het intussen in Zwitserland wel toepast. De medische literatuur heeft nog vragen en er zijn geen goed gerandomiseerde studies.

Wat is momenteel de stand van zaken voor PRCP en hoe staat de Hoge Gezondheidsraad (HGR) vandaag tegenover PRCP?

Zijn de adviezen nog dezelfde als die van twee jaar geleden?

Hoe is de groep die in de HGR de aanbeveling opstelde, samengesteld en houdt de minister zich aan de verplichting of wil ze inderdaad overwegen de verplichting op te heffen?

In het laatste geval heeft ze in ieder geval een medestander in de vraagsteller.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het principe van de verplichte pathoogeenreductie van bloedplaatjesconcentraten is inderdaad opgenomen in het koninklijk besluit van 28 juni 2009. De inwerkingtreding van deze verplichting is uitgesteld tot 1 juli 2011.*

Ik heb de Hoge Gezondheidsraad gevraagd om de recente informatie in verband met de pathoogeenreductie van bloedplaatjesconcentraten te onderzoeken en een advies uit te brengen over de wenselijkheid om de verplichting vanaf 1 juli 2011 effectief toe te passen of om de inwerkingtreding uit te stellen voor een te bepalen duur.

Het advies waarvan sprake, werd op 1 juni 2011 voorgesteld en gevalideerd in het College van de Hoge Gezondheidsraad.

Het advies zegt enerzijds dat er voldoende gegevens voorhanden zijn om de implementatie van pathoogeenreductietechnieken voor bloedplaatjesconcentraten verplicht te maken in ons land. Anderzijds wordt er in de discussie echter ook ingegaan op de vaststelling dat er bijzonder weinig wetenschappelijke studies gedaan zijn die ingaan op een evaluatie van de klinische veiligheid, meer in het bijzonder de hemostatische efficiëntie van bloedplaatjes die pathoogeenreductie hebben ondergaan.

Ik stel ook vast dat één van de experts een minderheidsstandpunt heeft ingenomen. Daarin wordt gesteld dat pathoogeeninactivatie niet zou moeten worden verplicht en dat de voorschrijvende arts zou moeten kunnen kiezen tussen behandelde of niet behandelde plaatjesconcentraten.

Bij navraag door mijn vertegenwoordiger in de Raad naar de internationale context, werd meegedeeld dat op dit ogenblik alleen Zwitserland overgegaan is tot het opleggen van een verplichting.

Voor het rodebloedcellenconcentraat is pathoogeeninactivatie nog niet beschikbaar.

Ik laat het advies van de Hoge Gezondheidsraad bestuderen door de experts van het Federaal Agentschap en door mijn medewerkers en zal in de komende dagen een beslissing nemen over een eventueel uitstel van de verplichte implementatie.

Een eventueel uitstel van de verplichting biedt onze bloedinstellingen en ziekenhuizen de gelegenheid om eventueel grootschalig klinisch onderzoek te doen naar de toepasbaarheid en de veiligheid van pathoogeeninactivatie,

M. Louis Ide (N-VA). – *Je me réjouis d'entendre que la ministre s'interroge encore et qu'elle ne veut pas prendre immédiatement une décision. Selon le nouvel avis du Conseil supérieur de la santé – que je n'ai pas encore eu l'occasion de lire mais que je souhaiterais recevoir – les experts ne sont manifestement pas arrivés à un consensus. Je partage le point de vue de l'un des experts, à savoir qu'il n'y a pas suffisamment d'évidence scientifique. Je suis par conséquent d'accord avec la ministre pour dire qu'une étude correcte doit être réalisée, de préférence randomisée. J'estime que cela devrait prendre deux à trois ans. Un report de 24, voire de 36 mois serait donc nécessaire. Une étude validée sera également appréciée à l'étranger pour la clarté qu'elle apportera quant au bien-fondé d'une généralisation obligatoire de la réduction des pathogènes dans les concentrés plaquettaires.*

Les concentrés plaquettaires nécessitent un investissement de sept à huit millions d'euros. Je souhaiterais que l'on réfléchisse à une sorte d'analyse coût-efficacité. L'acquis en terme de santé de l'utilisation de Mirasol ou d'INTERCEPT doit être examiné par rapport à un investissement en termes d'hémovigilance. De nombreuses erreurs sont encore commises pendant le traitement ou lors du suivi des actes de transfusion. La ministre devrait réfléchir à la meilleure manière d'utiliser le budget disponible.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accès des médecins anesthésistes réanimateurs à une formation à la médecine d'urgence» (n° 5-963)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Cette question concerne les étudiants anesthésistes-réanimateurs, diplômés en 2007, candidats à une formation en médecine d'urgence moyennant une année de formation supplémentaire dans un service de stage reconnu, conformément à l'arrêté royal du 14 février 2005 (chapitre 2, article 3, paragraphe 2 chapitre 2). Presque deux ans après l'introduction officielle de leur plan de stage, certains n'ont pas encore reçu de réponse positive.

Le problème, c'est que la Commission d'agrément exige une attestation de sélection d'une université pour certains étudiants. Or, selon le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes, un anesthésiste diplômé n'a pas besoin d'une attestation d'une université pour avoir accès à la formation de médecine d'urgence. Le Conseil supérieur abonde d'ailleurs dans ce sens.

L'attestation de sélection d'une université est-elle indispensable pour présenter un plan de stage ?

Un candidat en médecine d'urgence peut-il effectuer son stage en deux ans au lieu d'un an pour des questions

spécifiquement en Belgique.

Ten slotte zal, zoals gebruikelijk, de samenstelling van de werkgroep bij de publicatie van het advies worden vermeld.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik ben blij te horen dat de minister nog twijfelt en dat ze nog niet onmiddellijk een beslissing wil nemen. Uit het nieuwe advies van de Hoge Gezondheidsraad – dat ik nog niet heb gelezen, maar graag zou ontvangen – zou immers een zekere verdeeldheid blijken. De experts zijn het blijkbaar niet met elkaar eens. Ik deel de visie van die ene expert dat er te weinig wetenschappelijke evidentie is. Ik ben het dan ook eens met de minister dat er een gefundeerde studie moet komen, liefst een gerandomiseerde. Ik schat dat dit twee tot drie jaar in beslag zal nemen. Er zal dus een uitstel van 24 of zelfs 36 maanden nodig zijn. Een gevalideerde studie zal ook in het buitenland geapprecieerd worden omdat zij duidelijkheid zal verschaffen over de zin en onzin van een verplichte gegeneraliseerde pathogeenreductie van bloedplaatjesconcentraten.

De investering voor bloedplaatjesconcentratie kost 7 tot 8 miljoen euro. Ik vraag dat zou worden nagedacht over een soort kosten-batenanalyse. De gezondheidswinst van het gebruik van Mirasol of INTERCEPT moet worden afgewogen tegenover een investering in hemovigilantie. Er worden immers nog vrij veel fouten gemaakt tijdens de behandeling – bijvoorbeeld een verkeerde bloedzak die wordt aangehangen – of bij de follow-up van transfusiereacties. De te boeken winst is daar veel groter. De minister zou moeten nadenken over de beste manier om de beschikbare middelen te besteden.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de toegang voor de anesthesisten-reanimisten tot een opleiding in de medische urgentiegeneeskunde» (nr. 5-963)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Mijn vraag betreft de studenten anesthesisten-reanimisten die in 2007 afgestudeerd zijn en kandidaat zijn voor een opleiding in de medische urgentiegeneeskunde via een bijkomend jaar in een erkende stagedienst, in overeenstemming met het koninklijk besluit van 14 februari 2005 (hoofdstuk 2, artikel 3, paragraaf 2 hoofdstuk 2). Sommige kandidaten hebben bijna twee jaar na de indiening van hun officieel stageplan nog geen positief antwoord gekregen.*

Het probleem is dat de Erkenningscommissie voor sommige studenten een selectieattest van een universiteit vereist. Volgens het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten heeft een gediplomeerde anesthesist geen attest van een universiteit nodig om toegang te krijgen tot de opleiding van urgentiearts. De Hogere Raad is het daar overigens roerend mee eens.

Is het selectieattest van een universiteit noodzakelijk om een stageplan voor te leggen?

Mag een kandidaat-specialist in de medische urgentiegeneeskunde zijn stage in twee jaar afleggen in plaats

d'organisation professionnelle ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Au cours des années 2008 à 2010, mon administration s'est mobilisée pour tenter de réaligner les procédures d'agrément des médecins, tant spécialistes que généralistes, avec les arrêtés et règlements applicables afin de rendre les pratiques administratives plus homogènes.

Conformément à l'article 10 de l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, le plan de stage doit être accompagné d'une attestation prouvant que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former.

Dans l'esprit de ce texte, cette attestation a notamment pour mission de collecter des informations pour la Commission de planification. Elle devait donc être recueillie pour tous les titres professionnels particuliers, qu'ils soient de base ou complémentaires. Cette demande n'a généralement pas posé de problème. Toutefois, un certain nombre de disciplines ne l'ont pas ou plus fournie.

À cet égard, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a rendu un avis motivé recommandant que l'attestation en question soit exigée pour la formation de base ou pour une réorientation, mais pas pour une formation complémentaire lorsqu'il s'agit de la même filière médicale et que la formation universitaire spécifique est identique.

Je peux me rallier à cet avis et, dès lors, tous les plans de stages qui étaient en attente, uniquement pour défaut d'attestation, ont été ou seront validés sous peu.

Mme Dominique Tilmans (MR). – C'est une bonne nouvelle. Le cas auquel je faisais allusion est celui d'une candidate qui a déposé son dossier le 9 juin 2009 et qui, pratiquement deux ans plus tard, n'a toujours pas reçu de nouvelles quant à la reconnaissance de son diplôme.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la présence d'un ECG dans chaque ambulance» (n° 5-965)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Une récente étude de l'Université de Californie (San Francisco) vient de démontrer l'intérêt de transporter, par ambulance, un patient victime d'une douleur thoracique, au lieu qu'il se rende à l'hôpital par ses propres moyens.

En effet, la durée du transfert en ambulance peut être mise à profit pour réaliser un électrocardiogramme et/ou recueillir un certain nombre d'informations, notamment les circonstances de la survenue des symptômes et le type de douleur. De cette manière, une bonne partie du travail préalable à la décision d'installer un cathéter est déjà faite au moment de l'admission tandis que, pour les patients arrivés par leurs propres moyens à l'hôpital, ces examens doivent encore être faits.

van in één jaar wegens beroepsredenen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *In de loop van de jaren 2008 tot 2010 heeft mijn administratie getracht de erkenningsprocedures voor de artsen, zowel voor de specialisten als voor de huisartsen, in overeenstemming te brengen met de toepasselijke besluiten en reglementen, om de administratieve praktijken meer samenhangend te maken.*

In overeenstemming met artikel 10 van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen van erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, moet het stageplan vergezeld zijn van een attest dat aantoonst dat de kandidaat aanvaard is door een faculteit geneeskunde voor de discipline waarin hij wil opgeleid worden.

In de geest van die tekst heeft dat attest als doel informatie in te zamelen voor de Planningscommissie. Het moet dus worden ingezameld voor alle bijzondere beroepstitels, zowel de basis titels als de bijkomende. Die vraag zorgde over het algemeen niet voor problemen. Toch hebben enkele disciplines geen attest geleverd.

In dat verband heeft de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en Huisartsen een gemotiveerd advies uitgebracht waarin wordt aanbevolen dat het betreffende attest wordt geëist voor de basisopleiding of voor een heroriëntering, maar niet voor een bijkomende opleiding in dezelfde medische tak en als de bijzondere universitaire opleiding identiek is.

Ik kan me aansluiten bij dat advies en bijgevolg zullen alle stageplannen die nog niet zijn goedgekeurd wegens het ontbreken van een attest, binnenkort worden bekrachtigd.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Dat is goed nieuws. Het geval waarnaar ik verwees, betreft een kandidate die haar dossier op 9 juni 2009 had ingediend en die na bijna twee jaar nog steeds geen bericht heeft ontvangen over de erkenning van haar diploma.*

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de beschikbaarheid van een ECG in elke ziekenwagen» (nr. 5-965)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Uit een recent onderzoek van de universiteit van Californië, in San Francisco, blijkt dat het belangrijk is dat patiënten met pijn in de borstkas per ziekenwagen naar het ziekenhuis worden gebracht in plaats van met eigen vervoer.*

De rit in de ziekenwagen kan benut worden om een elektrocardiogram te nemen of om inlichtingen in te winnen over de omstandigheden waarin de symptomen begonnen zijn en over de aard van de pijn. Op die manier is een groot deel van het onderzoek dat de beslissing tot het aanbrengen van een katheter voorafgaat, al gebeurd op het moment van de opname, terwijl voor patiënten die met eigen vervoer naar het ziekenhuis komen die onderzoeken nog moeten gebeuren.

Quelques chiffres sont éloquentes. En effet, le risque de décès fait plus que doubler lorsque le délai avant cathétérisme passe de 90 à 150 minutes et, pour chaque demi-heure supplémentaire, le risque de décès augmente de 7,5%.

Les ambulances en Belgique sont-elles toutes équipées d'un ECG ? Dans la négative, est-il prévu de munir toutes les ambulances de cet appareil ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La question de la présence d'ECG dans les ambulances ne se pose pas en Belgique. En effet, comme vous le savez, l'aide médicale urgente est organisée de manière telle que les appels au 100 ou au 112 soient régulés et que la réponse à un appel pour une douleur thoracique soit l'envoi d'une ambulance et, contrairement à ce qui se passe aux États-Unis, d'un SMUR.

L'équipe SMUR est composée au minimum d'un binôme médecin/infirmier, tous deux urgentistes. Ces derniers disposent du matériel utile à la prise en charge des urgences vitales, en ce compris un enregistreur ECG. La présence des urgentistes permet d'obtenir une anamnèse de qualité, d'examiner tant le patient que son ECG, de débiter le traitement puis d'orienter le patient, dans les plus brefs délais mais souvent après un contact avec le cardiologue en charge du cathétérisme, vers l'hôpital adéquat le plus proche.

Cette approche, qui consiste à déplacer les équipes hospitalières au chevet du patient et permet de réduire au strict minimum les délais avant cathétérisme, est certainement plus efficiente que les deux approches décrites dans l'étude de l'Université de Californie.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Il est vrai que les ambulances SMUR et PIT sont entièrement équipées. Mais une ambulance normale n'est pas nécessairement équipée d'un ECG.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – C'est en fonction de l'appel que l'on envoie une ambulance normale ou une ambulance SMUR.

Mme Dominique Tilmans (MR). – En zone rurale on aurait plus facilement le réflexe de prendre la voiture pour emmener rapidement le malade à l'hôpital, car on sait que tout doit aller très vite. Mais ce n'est peut-être pas le bon réflexe car le malade peut subir des analyses dès qu'il est dans l'ambulance.

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 dépistage du cancer du sein» (n° 5-981)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Alors qu'elle n'avait plus formulé d'avis depuis 2003 sur le cancer du sein, l'Académie royale de médecine de Belgique, l'ARMB, a publié récemment des nouvelles recommandations sur le

De cijfers zijn overtuigend. Het risico op overlijden is meer dan het dubbele als de tijd voor katheteriseren van 90 minuten verhoogt tot 150 minuten. Voor elk bijkomend half uur stijgt het risico op overlijden met 7,5%.

Zijn alle ziekenwagens in België uitgerust met een ECG-apparaat? Indien niet, plant de minister om alle ziekenwagens uit te rusten met dat toestel?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het probleem van de aanwezigheid van een ECG-apparaat in de ziekenwagens doet zich niet voor in België. Immers, zoals u weet is de dringende geneeskundige hulpverlening zo georganiseerd dat de oproepen naar de nummers 100 of 112 goed worden beheerd. Bij een oproep voor pijn in de borstkas wordt een ziekenwagen of een MUG gestuurd. Dat laatste gebeurt niet in de Verenigde Staten.*

Een MUG-team bestaat minstens uit een urgentiearts en een urgentieverpleegkundige. Ze beschikken over het nodige materiaal, waaronder een ECG-apparaat voor de behandeling van levensgevaarlijke spoedgevallen. Door de aanwezigheid van de urgentiearts- en verpleegkundige wordt een degelijke anamnese verkregen en kan de patiënt worden onderzocht. Zijn ECG wordt beoordeeld, zodat de behandeling kan worden gestart en de patiënt zo snel mogelijk, maar dikwijls na contact met de cardioloog die verantwoordelijk is voor het katheteriseren, naar het dichtstbijzijnde geschikte ziekenhuis kan worden gebracht.

De ziekenhuisuitrusting is aanwezig bij de patiënt, waardoor de tijdsspanne voor het katheteriseren tot het strikte minimum kan worden beperkt. Die werkwijze is zeker efficiënter dan de twee benaderingen die beschreven worden in de studie van de universiteit van Californië.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *De MUG- en de PIT-ziekenwagens zijn inderdaad volledig uitgerust, maar een gewone ziekenwagen is niet altijd uitgerust met een ECG-apparaat.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Afhankelijk van de oproep wordt een gewone ziekenwagen of een MUG gestuurd.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *In landelijke gebieden zijn de mensen misschien vlug geneigd om de wagen te nemen om de zieke zo vlug mogelijk naar het ziekenhuis te brengen. Dat is niet altijd de juiste reactie aangezien de zieke al onderzocht kan worden zodra hij in de ziekenwagen is.*

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «borstkankerscreening» (nr. 5-981)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België (KAGB) heeft onlangs nieuwe aanbevelingen over de opsporing van kanker gepubliceerd.*

dépistage du cancer du sein.

Celles-ci visent à offrir aux femmes susceptibles d'avoir un cancer du sein la possibilité de s'adresser à tout moment à un corps médical de leur choix sans aucun frein financier. Selon l'ARMB dont l'avis a été relayé dans un article récent de la Libre Belgique, « il est justifié de mener une politique de santé publique qui vise à accroître le taux de recrutement et de le porter au moins à 75% selon les recommandations internationales ».

Force est de constater qu'en Belgique, nous sommes encore loin des 75% de couverture des groupes cibles. J'ai aussi interrogé votre homologue de la santé en Communauté française, Mme Fadila Laanan, à ce sujet.

Les recommandations font par ailleurs référence aux risques qui permettent de déterminer le degré d'atteinte potentiel du cancer du sein. Il apparaît essentiel, selon l'Académie, de définir rapidement et de façon précise les critères de qualité requis en ce qui concerne la notion de risques, plus particulièrement pour le haut risque. En effet, selon le docteur Liebens de la clinique du sein au CHU de Saint-Pierre, déterminer le profil de risque permettrait de mieux cibler le type de prévention et de prise en charge à proposer et d'agir le plus précocement possible. Des recherches expérimentales seraient en cours pour modéliser et déterminer les différents profils de risque.

Ce sujet me tient particulièrement à cœur et j'ai déjà eu l'occasion de vous interroger sur cette matière.

À la suite de la publication de cet avis, mes questions sont les suivantes. Des études sont-elles menées au niveau fédéral pour objectiver l'estimation du risque et rendre opérationnelles les recherches en cours ? En fonction du niveau de risque, est-il envisageable d'avancer des protocoles de prise en charge particuliers et différenciés ?

Des démarches plus précises sont-elles entreprises par le gouvernement fédéral pour définir la notion de haut risque chez les femmes et déterminer les implications que cela engendre pour les patientes concernées, en termes de suivi personnalisé, d'information ciblée et également de formation des médecins ?

Pour lutter contre la problématique majeure que représente le cancer du sein, le vaste chantier de la prévention primaire se doit d'être intégré dans le programme de soins.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La réponse est oui aux deux questions.

Le KCE, Centre d'expertise fédéral, a publié en 2010 un rapport sur l'opportunité de dépister le cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 49 ans ne présentant pas de symptômes ou de risque familial élevé particulier. Il conclut que les inconvénients d'un tel dépistage dans cette tranche d'âge pourraient être supérieurs à ses avantages.

Cela étant, une étude du KCE sur les facteurs de risques de cancer du sein est actuellement en cours. Les résultats, attendus en décembre 2011, permettront de mieux décrire les groupes de femmes à risque.

Il est très important d'identifier les femmes ayant un risque accru de cancer du sein et de leur offrir des tests adéquats à

De aanbevelingen willen vrouwen die een grotere kans op borstkanker hebben, de mogelijkheid bieden zich op elk moment tot een medisch korps van hun keuze te wenden zonder enige financiële rem. Volgens de KAGB is het gerechtvaardigd een volksgezondheidsbeleid te voeren dat erop gericht is de opsporingsgraad te doen stijgen zodat minstens 75% van de doelgroep wordt bereikt, overeenkomstig de internationale aanbevelingen.

België staat nog ver af van de doelstelling van een bereik van 75% van de doelgroepen. Ik heb ook uw collega van Volksgezondheid van de Franse Gemeenschap, mevrouw Fadila Laanan, een vraag gesteld in dit verband.

Verder verwijzen de aanbevelingen naar de risicofactoren op basis waarvan de kans om kanker te krijgen kan worden bepaald. Volgens de Academie is het noodzakelijk snel en precies de vereiste kwaliteitscriteria op het vlak van het begrip risicofactoren, vooral voor het hoge risico, te definiëren. Volgens dokter Liebens van de borstkliniek bij het UMC Sint-Pieter, zou door de vaststelling van het risicoprofiel het soort preventie en zorg meer gericht kunnen zijn en zou vroeger kunnen worden opgetreden. Experimentele onderzoeken zouden aan de gang zijn om de verschillende risicoprofielen te bepalen en er een model van op te stellen.

Wordt op het federale niveau onderzocht hoe de schatting van het risico kan worden geobjectiveerd en hoe het lopende onderzoek operationeel kan worden gemaakt? Kan worden overwogen om, afhankelijk van het risiconiveau, bijzondere en gedifferentieerde zorgprotocollen naar voren te schuiven?

Neemt de federale regering meer specifieke initiatieven om het begrip hoog risico bij vrouwen te definiëren en te omschrijven wat dit voor de betrokken patiënten meebrengt op het vlak van gepersonaliseerde opvolging, gerichte informatie en opleiding van artsen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Het antwoord op beide vragen is bevestigend.

Het KCE, een federaal kenniscentrum, heeft in 2010 een rapport gepubliceerd over de mogelijkheid om borstkanker op te sporen bij vrouwen tussen 40 en 49 jaar die geen symptomen of bijzonder verhoogd familiaal risico vertonen. Het KCE besluit dat de ongemakken van zo een opsporing in die leeftijdsgroep de voordelen ervan kunnen overtreffen.

Een studie van het KCE over de risicofactoren voor kanker is momenteel aan de gang. Aan de hand van de resultaten, die verwacht worden in december 2011, zullen vrouwen die een verhoogd risico lopen, beter kunnen worden omschreven.

Het is belangrijk de vrouwen te identificeren die een

une fréquence adéquate. Des propositions d'adaptation de la nomenclature relative aux mammographies sont à l'étude dans le cadre du Plan cancer. Elles concernent notamment le dépistage du cancer du sein chez les femmes à haut risque, quel que soit leur âge.

Il importe également d'informer les femmes qui se présentent pour une mammographie, de façon appropriée et adéquate quant aux avantages et aux inconvénients du dépistage et aux facteurs de risque pour le cancer du sein, sur la base de l'évidence scientifique actuelle. Dans le rapport mentionné ci-dessus, le KCE recommande de prodiguer une information complète à ce sujet à toutes les femmes qui souhaitent une mammographie préventive.

En tenant compte des différents facteurs de risque de sa patiente, le médecin joue notamment un rôle important au niveau de la communication, en informant les femmes de la manière la plus complète et la plus compréhensible possibles pour leur permettre un choix éclairé.

Il y a des catégories de femmes qui ne vont pas naturellement vers le dépistage. Il faudra donc être prudent au niveau des informations à donner, notamment quant aux résultats des études du KCE, pour ne pas décourager ces femmes de se rendre à un dépistage alors qu'elles en ont souvent bien besoin.

Nous sommes donc en train de circonscrire la notion de femmes à risque. Il faudra informer sur les avantages et les désavantages du dépistage, mais il faudra faire attention à la forme du message et de la campagne à lancer à la suite des avis du KCE.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – En ce qui concerne la manière de délivrer un message, l'étude réalisée par le CHU de Saint-Pierre a démontré que les croyances auprès des jeunes femmes titulaires d'un diplôme universitaire restent très élevées quant aux risques liés au cancer du sein. Rares sont celles qui assimilent le risque au mode de vie.

Par ailleurs, concernant les seins « denses » qui présenteraient un risque plus élevé, il faut savoir que 70% des femmes ont des seins « clairs » et 30% des seins « denses » et que le risque de cancer passe de deux à quatre pour cette dernière catégorie. Il faut vraiment que chacune puisse identifier à quelle catégorie elle appartient.

Cela fait partie de la difficulté de savoir qui, entre le niveau fédéral et le niveau communautaire, dispense l'information et comment. Je plaide pour un maximum de coordination entre le niveau fédéral et les niveaux communautaires puisque, pour Bruxelles, la COCOF est en partie compétente pour cette matière.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Vous savez que dans le cadre de la conférence interministérielle « Santé publique », il y a chaque fois des rubriques suivies du Plan cancer. L'ensemble du Plan cancer, y compris pour les compétences exclusivement fédérales, est négocié avec les Régions et les Communautés. La collaboration est donc très intense entre tous les niveaux

verhoogd risico op borstkanker lopen en hen geschikte tests aan te bieden op geschikte tijdstippen. Er worden voorstellen voor de aanpassing van de nomenclatuur voor mammografieën onderzocht in het kader van het Kankerplan. Die voorstellen hebben betrekking op de opsporing van borstkanker bij vrouwen met een hoog risico, onafhankelijk van hun leeftijd.

Het is ook belangrijk vrouwen die zich aanbieden voor een mammografie op een gepaste wijze te informeren over de voordelen en ongemakken van de opsporing en over de risicofactoren voor borstkanker, op basis van actuele wetenschappelijke gegevens. In het hoger vermelde rapport beveelt het KCE aan volledige informatie te verschaffen aan alle vrouwen die een preventieve mammografie willen laten uitvoeren.

Rekening houdend met de verschillende risicofactoren van de patiënt, heeft de arts een belangrijke communicatiefunctie. Het is de taak van de arts de vrouw zo volledig en duidelijk mogelijk te informeren zodat ze een weloverwogen keuze kan maken.

Er zijn groepen vrouwen die zich niet uit eigen beweging laten onderzoeken. We moeten dus voorzichtig zijn op het vlak van de informatie die we geven, in het bijzonder met betrekking tot de resultaten van de studies van het KCE, zodat we die vrouwen niet ontraden om zich te laten onderzoeken hoewel het vaak wel nodig is.

We zijn dus bezig het begrip vrouwen met een hoog risico te omschrijven. Er moet informatie worden gegeven over de voor- en nadelen van opsporing, maar we moeten voorzichtig zijn met de vorm van de boodschap en met de te voeren campagne naar aanleiding van het advies van het KCE.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Wat betreft de manier om een boodschap over te brengen, heeft de studie van het UMC Sint-Pieter aangetoond dat er bij jonge vrouwen met een universitair diploma nog veel misvattingen heersen over de risicofactoren voor borstkanker. Zeer weinig jonge vrouwen leggen een verband tussen borstkanker en levensgewoonten.

Daarnaast, verhoogt borstweefsel met een hoge densiteit het risico op borstkanker. Zeventig procent van de vrouwen heeft borsten met een lage densiteit en 30% heeft borsten met een hoge densiteit. Het risico op kanker voor de eerste categorie neemt toe van twee tot vier. Elke vrouw moet kunnen nagaan tot welke categorie ze behoort.

Het is moeilijk vast te stellen of het federale niveau dan wel het communautaire niveau de informatie verspreidt en op welke manier dat gebeurt. Ik pleit voor een maximum aan coördinatie tussen het federale niveau en de communautaire niveaus aangezien voor Brussel de COCOF gedeeltelijk bevoegd is voor die materie.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – In het kader van de interministeriële conferentie 'Volksgezondheid' zijn er telkens rubrieken over het Kankerplan.

Over het Kankerplan wordt met de gewesten en de gemeenschappen overlegd, ook over de punten die uitsluitend tot de federale bevoegdheid horen. De samenwerking tussen

de pouvoir.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je me réjouis que la collaboration fonctionne particulièrement bien.

Cela étant dit, les taux de prévalence du cancer du sein dans notre pays sont particulièrement élevés par rapport aux autres pays européens. Cette problématique reste donc plus qu'interpellante.

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les médicaments antirhumatismaux» (n° 5-1016)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Au congrès de la Ligue européenne contre le rhumatisme, EULAR, à la fin mai 2011, a été présentée une nouvelle étude sur les médicaments qui ralentissent les affections rhumatismales. Des patients ont été traités pendant un semestre par de adalimumab en combinaison avec un médicament antirhumatismal classique le méthotrexate, et ensuite traités durant une année avec le seul méthotrexate. Ce groupe de patients n'a pas émis plus de plaintes que le groupe de contrôle qui a continué à recevoir les deux médicaments. La part de patients qui ont subi une poussée rhumatismale durant la période de l'essai est identique dans les deux groupes. Il ressort de cette étude que l'on peut peut-être suspendre pendant une période l'administration de médicaments antirhumatismaux très coûteux, sans pour autant craindre une flambée de la maladie.*

Sachant que selon les données de 2008, l'adalimumab se plaçait dans notre pays en quatrième position dans la liste des coûts du secteur ambulatoire, il s'agit d'une découverte pharmaco-économique importante.

Dans cette liste on trouve ensuite les traitements pour les femmes enceintes et les patients qui doivent subir une opération.

La législation actuelle prévoit un enregistrement des médicaments remboursés, grâce auquel la ministre peut avoir un aperçu clair des pratiques cliniques recourant à ces médicaments et de la fréquence de leur administration. Étant donné les découvertes rappelées ci-dessus et l'existence de la banque de données, j'aimerais obtenir une réponse aux questions suivantes.

Quelle est selon la base de données cliniques actuelle la fréquence d'administration de l'adalimumab aux patients souffrant de rhumatisme en Belgique ?

La ministre envisage-t-elle de faire à nouveau évaluer l'adalimumab par la Commission de remboursement des médicaments ?

Quel serait l'impact financier annuel d'un arrêt temporaire du traitement par ce médicament ?

Si le traitement par l'adalimumab se faisait effectivement par périodes, la ministre pourra-t-elle veiller à ce que le patient soit clairement informé et comprenne qu'il ne s'en trouvera pas lésé ?

alle bevoegdheidsniveaus is dus zeer intens.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Het stemt me tevreden dat de samenwerking uitzonderlijk goed werkt.*

Los daarvan ligt het aantal gevallen van borstkanker in ons land bijzonder hoog in vergelijking met de andere Europese landen. Die problematiek blijft ons dus beroeren.

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «reumaremmers» (nr. 5-1016)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *Op het EULAR-congres in Londen van eind mei 2011 werd een nieuwe studie voorgesteld over reumaremmers. Patiënten worden een half jaar lang behandeld met adalimumab in combinatie met het klassieke reumamedicijn methotrexaat, en vervolgens een jaar lang alleen met methotrexaat. Deze groep patiënten had niet meer klachten dan de controlegroep die beide medicijnen bleef doornemen. Het aandeel patiënten dat tijdens de proefperiode een reumaopstoot kreeg, was in elke groep gelijk. Uit deze studie blijkt dat wellicht een tijd kan gestopt worden met de toediening van de peperdure reumamedicijnen, zonder dat de ziekte meteen weer opflakkert.*

Wetende dat op basis van de cijfers van 2008, adalimumab in ons land op de vierde plaats staat van de kosten in de ambulante sector, is dit een zeer belangrijke farmaco-economische bevinding.

Voorts zijn er de ervaringen bij zwangere patiënten of patiënten die een operatie moeten ondergaan.

De huidige wetgeving voorziet in een registratie van de terugbetaalde geneesmiddelen, waardoor de minister een duidelijk overzicht heeft van de klinische praktijk met dit geneesmiddel en de frequentie van toediening.

Gelet op bovenstaande nieuwe bevindingen en het bestaan van een database, kreeg ik graag een antwoord op de volgende vragen.

Wat is, volgens de bestaande klinische database, de frequentie van toediening van adalimumab bij reumapatiënten in België?

Overweegt de minister om de terugbetaling van adalimumab opnieuw te laten evalueren door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen?

Wat zou de financiële impact zijn van een tijdelijke stopzetting van dit geneesmiddel op jaarbasis?

Indien de behandeling met adalimumab inderdaad met tussenpauzes zou gebeuren, zal de minister er dan op toezien dat de patiënt duidelijke informatie krijgt, zodat hij begrijpt dat dit hem geen nadeel berokkent?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *La Commission de remboursement des médicaments a pris récemment l'initiative de développer une banque de données en collaboration avec l'Association belge de rhumatologie. D'après les modalités de remboursement, la fréquence d'administration s'élève à une administration toutes les deux semaines d'une dose maximale de 40 mg. Si, après une première période de remboursement de 6 mois, le score DAS28, qui mesure la gravité de la poussée de l'arthrite rhumatoïde, a été réduit d'au moins 0,6, une prolongation du remboursement est autorisée pour une période de 12 mois.*

À l'heure actuelle je n'envisage pas de révision des modalités de remboursement de la spécialité pharmaceutique Humira. Cependant, si de nouvelles lignes directrices étaient formulées, je solliciterai bien entendu la Commission de remboursement des médicaments afin de confronter les modalités de remboursement actuelles à ces nouvelles lignes directrices.

Un arrêt temporaire du traitement par la spécialité pharmaceutique Humira entraînerait certainement une économie. J'apprécie de ce fait votre initiative de tenter de réaliser une économie pour l'assurance-maladie, mais tant que les modalités de remboursement ne reflètent pas d'éventuelles nouvelles lignes directrices, rien ne changera l'impact budgétaire actuel de cette spécialité.

Si une modification de la réglementation du chapitre IV devait éventuellement avoir lieu, je veillerais bien évidemment à ce qu'elle soit compréhensible pour le patient et toutes les parties concernées en seraient également informées.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Si je comprends bien, la ministre attendra de nouvelles lignes directrices de l'Association belge de rhumatologie. Je préconise tout de même de faire de nouvelles études ou d'envisager de toute manière d'adapter le protocole de traitement. Évidemment, la ministre peut encourager chacun à mettre en œuvre cette pratique.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le suivi des rapports d'activités du Collège de médecins pour le programme de soins 'Médecine de la reproduction'» (n° 5-1068)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Il ressort des rapports d'activités du Collège de médecins pour le programme de soins Médecine de la reproduction que le collège met toujours l'accent sur les mêmes objectifs prioritaires. D'une part, il veut diminuer le nombre de naissances multiples à la suite d'un traitement non-FIV, ce qui est absolument nécessaire. D'autre part, il s'engage à chaque fois à améliorer l'enregistrement des cycles non-FIV. Dans son rapport le plus récent, le collège précise qu'à l'instar de l'enregistrement des cycles FIV, chaque cycle stimulé par des gonadotrophines en vue de l'induction de l'ovulation et de l'insémination intra-utérine doit être mentionné sur le site web*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Onlangs werd het initiatief genomen om een databank te laten ontwikkelen door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen in samenwerking met de Belgische Vereniging voor Reumatologie. Volgens de vergoedingsvoorwaarden bedraagt de frequentie van toediening één toediening elke twee weken, met een maximale dosis van 40 mg. Indien na een eerste terugbetalingsperiode van zes maanden de DAS28, die de ernst van de opstoot van reumatoïde artritis meet, met ten minste 0,6 is verminderd, wordt een verlenging van de tegemoetkoming toegestaan voor een periode van twaalf maanden.*

Momenteel overweeg ik geen herziening van de vergoedingsvoorwaarden van de farmaceutische specialiteit Humira. Mochten echter nieuwe richtlijnen worden geformuleerd, zal ik alsnog de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen verzoeken de huidige vergoedingsregels aan deze nieuwe richtlijnen te toetsen.

De financiële impact van een tijdelijke stopzetting van een behandeling met de farmaceutische specialiteit Humira zou zeker een besparing teweegbrengen. Ik waardeer dan ook het initiatief om te proberen een besparing te realiseren, maar zolang de vergoedingsregels de eventuele nieuwe richtlijnen niet weerspiegelen, verandert er niets aan de huidige budgettaire impact voor deze specialiteit.

Mocht er een wijziging van de regelgeving van Hoofdstuk IV gebeuren, dan zal ik erop toezien dat ze voor de patiënt begrijpelijk is en dat alle betrokkenen erover worden ingelicht.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *Als ik het goed begrijp, zal de minister de nieuwe richtlijnen van de Belgische Vereniging voor Reumatologie afwachten. Ik raad toch aan nieuwe studies te doen of alleszins in overweging te nemen het behandelingsschema aan te passen. Allicht kan de minister iedereen aansporen dit in de praktijk te implementeren.*

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de opvolging van de activiteitenverslagen van het college 'reproductieve geneeskunde'» (nr. 5-1068)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *De activiteitenverslagen van het College reproductieve geneeskunde tonen aan dat het College steeds dezelfde prioritaire doelstellingen naar voren schuift. Aan de ene kant wil het het aantal meerlingen na een non-ivf-behandeling verminderen. Dat is absoluut noodzakelijk. Aan de andere kant engageert het zich telkens opnieuw om de registratie van non-ivf-cycli te verbeteren. 'Naar analogie van de registratie van ivf-cycli moet ook elke cyclus gestimuleerd met gonadotrofinen, voor ovulatie-inductie en voor intra-uterine inseminatie als doel, worden aangemeld op de registratiewebsite', schrijft het College in zijn meest recente activiteitenverslag. Sinds*

d'enregistrement. Depuis mars 2009, une nouvelles méthode d'enregistrement devrait être appliquée afin de permettre la réalisation d'un inventaire scientifique complet de l'ensemble des cycles FIV et non-FIV.

Comment se déroule le monitoring des cycles et naissances non-FIV depuis l'introduction du nouveau système d'enregistrement BELRAP ? Quand en verrons-nous les résultats ?

Quel est, pour l'année écoulée, le pourcentage de naissances multiples après un traitement non-FIV ? Existe-t-il des différences entre les patients selon qu'ils bénéficient ou non d'un remboursement par l'INAMI ?

Les médecins spécialistes qui traitent les troubles de la fertilité, à l'exception des techniques FIV, ont-ils actuellement l'obligation de conclure un accord d'affiliation avec un programme de soins agréé de médecine de la reproduction ? Dans l'affirmative, quel est le nombre d'accords conclus ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Le Collège des médecins des programmes de soins Médecine reproductive A et B a effectivement préparé un modèle d'enregistrement pour les cycles non-FIV. L'enregistrement est opérationnel depuis 2009 et les résultats feront l'objet d'un rapport en 2012. Cet enregistrement n'est toutefois pas exhaustif. Il est obligatoire uniquement pour les cycles de reproduction médicalement assistée, à l'exception de la fécondation in vitro, pour lesquels une prescription de gonadotrophines, qui stimulent le développement des follicules, est exigée. Les cycles FIV font l'objet d'un enregistrement obligatoire spécifique distinct repris chaque année dans un rapport.*

Sur un total d'environ 13 000 cycles d'insémination artificielle enregistrés dans la banque de données du collège en 2007, le pourcentage de naissances multiples s'élevait à 6,71% et celui de triplés à 0,32%. Les chiffres n'ont pas été scindés selon que les patients sont ou non remboursés par l'INAMI. Ces résultats sont disponibles sur le site du Collège www.belrap.be.

La signature d'un accord préalable entre le médecin spécialiste en gynécologie et le programme de soins agréé Médecine de la reproduction n'est nécessaire que pour l'accès aux traitements pour lesquels la prescription de gonadotrophines est exigée. Cet accord est décrit dans l'arrêté ministériel du 15 septembre 2006 fixant les modalités suivant lesquelles un gynécologue est soit attache, soit affilié à un hôpital. Depuis fin 2006, les gonadotrophines ne sont en effet plus délivrées que dans les officines d'hôpitaux et leur prescription est réservée aux médecins spécialistes en gynécologie attaches ou affiliés à un hôpital.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je remercie la ministre de sa réponse. J'attends avec impatience le rapport 2012.*

maart 2009 zou een vernieuwde registratiemethode in voege moeten zijn die het mogelijk maakt een volledige en wetenschappelijke verzameling van zowel ivf- als non-ivf-cycli te inventariseren.

Hoe verloopt de monitoring van non-ivf-cycli en -geboortes sinds de invoering van het vernieuwde BELRAP-registratiesysteem? Wanneer zullen we hiervan de resultaten zien?

Hoe hoog lag het percentage meerlingen na een non-ivf-behandeling het afgelopen jaar? Zijn er verschillen tussen patiënten met en zonder tegemoetkoming van het RIZIV?

Zijn geneesheren-specialisten die vruchtbaarheidsstoornissen behandelen, met uitzondering van de ivf-technieken, op het ogenblik verplicht een aansluitingsovereenkomst met een erkend zorgprogramma reproductieve geneeskunde te hebben? Zo ja, hoeveel van dergelijke overeenkomsten zijn er afgesloten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Het College van artsen voor de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde A en B heeft effectief een registratiemodel voor de non-ivf-cycli uitgewerkt. De registratie is operationeel sinds 2009 en over de resultaten zal in 2012 worden gerapporteerd. Deze registratie is echter niet exhaustief. Ze is slechts verplicht voor de medisch begeleide voortplantingscycli, behalve de in-vitrobevruchting, waarvoor het voorschrijven van gonadotrofines, geneesmiddelen die de ontwikkeling van follikels stimuleren, vereist zijn. Voor de ivf-cycli bestaat er een afzonderlijke, specifieke en verplichte registratie, waarover jaarlijks wordt gerapporteerd.

Op het totaal van de ongeveer 13 000 kunstmatige inseminatiecycli die in 2007 in de gegevensbank van het College werden geregistreerd, tellen we 6,71% meerlingen en 0,32% drielingen. Er is geen opsplitsing gemaakt tussen patiënten die door het RIZIV worden terugbetaald en degenen die niet worden terugbetaald. Deze resultaten zijn beschikbaar op de website van het College, www.belrap.be.

Enkel voor behandelingen waarbij gonadotrofines moeten worden voorgeschreven, moet de geneesheer-specialist in de gynaecologie vooraf een overeenkomst met het erkende zorgprogramma reproductieve geneeskunde ondertekenen. Deze overeenkomst staat beschreven in het ministerieel besluit van 15 september 2006 tot bepaling van de regels volgens welke een gynaecoloog is verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis. Sinds eind 2006 worden gonadotrofines immers enkel nog in ziekenhuisofficina's afgeleverd en is het voorschrijven van gonadotrofines voorbehouden aan geneesheren-specialisten in de gynaecologie verbonden aan of aangesloten bij een ziekenhuis.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik dank de minister voor haar antwoord en kijk uit naar de rapportage van 2012.

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le contrôle des allocations familiales allouées hors de l'Union européenne» (n° 5-1069)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – En réponse à ma demande d'explications 5-861, la ministre indiquait qu'en vertu de la législation belge, la fréquentation scolaire d'un enfant ne peut être contrôlée qu'à partir du mois de septembre de l'année au cours de laquelle l'enfant devient majeur. Simultanément, la ministre indiquait que les accords bilatéraux avec le Maroc, la Tunisie, la Turquie, l'Algérie, la Croatie, la Macédoine et les autres républiques de l'ex-Yougoslavie prévoient que pour que des allocations familiales puissent être versées, l'enfant qui ouvre le droit doit non seulement être âgé de plus de quatorze ans mais qu'il doit aussi suivre un enseignement.

Les statistiques de l'Unicef montrent toutefois qu'au Maroc, par exemple, seulement 36% des adolescentes et 39% des adolescents fréquentent effectivement l'enseignement secondaire. Cela montre la nécessité de contrôler la fréquentation scolaire avant que l'enfant n'ait atteint la majorité.

De quelle manière contrôle-t-on au Maroc, en Tunisie, en Turquie, en Algérie, en Croatie, en Macédoine et dans les autres républiques de l'ex-Yougoslavie que l'enfant pour lequel des allocations familiales sont versées y ouvre le droit ? Plus concrètement, comment contrôle-t-on le caractère effectif de la fréquentation scolaire de ces enfants de plus de quatorze ans ? Comment les pays partenaires sont-ils incités à exercer des contrôles ? La ministre a-t-elle déjà attiré l'attention des ambassadeurs de ces pays partenaires sur leur obligation d'effectuer ces contrôles ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Dans le cadre des conventions bilatérales avec le Maroc, la Tunisie, la Turquie, l'Algérie, la Croatie, la Macédoine et les autres républiques de l'ex-Yougoslavie, la Belgique verse des allocations familiales en faveur des enfants âgés de plus de quatorze ans – plus de dix-huit ans pour la Croatie et la Macédoine – qui suivent un enseignement dans leur pays d'origine.

Le contrôle de la fréquentation scolaire est effectué par le biais de formulaires à compléter par les établissements d'enseignement des enfants concernés. Pour les différents accords bilatéraux, ces formulaires sont établis et approuvés en concertation avec les autorités administratives compétentes des deux États. Les établissements scolaires se portent garants de l'exactitude des renseignements communiqués. Si une anomalie ou un indice d'abus est constaté, l'organisme de liaison de l'État d'origine en est informé et le droit aux allocations familiales belges est suspendu.

Les enfants âgés de plus de quatorze ans ne suivent pas tous les cours de l'enseignement secondaire, ce que montrent les statistiques de l'UNICEF concernant le Maroc. En

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de controle op de uitgekeerde kinderbijslag buiten de Europese Unie» (nr. 5-1069)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – In antwoord op mijn vraag om uitleg 5-861 deelde de minister mee dat de Belgische wetgeving het schoolbezoek van een kind controleert vanaf september van het kalenderjaar waarin het kind meerderjarig wordt. Tegelijkertijd deelde ze mee dat de bilaterale akkoorden met Marokko, Tunesië, Turkije, Algerije, Kroatië, Macedonië en de andere republieken van ex-Joegoslavië voorschrijven dat, opdat kinderbijslag kan worden uitgekeerd, het rechtgevend kind niet alleen ouder dan veertien jaar moet zijn, maar dat het ook onderwijs moet volgen.

Uit statistieken van UNICEF blijkt echter dat bijvoorbeeld in Marokko maar 36% van alle tienermeisjes en 39% van de tienerjongens effectief middelbare school loopt. Dit toont de noodzaak aan om het schoolbezoek te controleren voordat het kind de meerderjarigheid bereikt.

Hoe wordt in Marokko, Tunesië, Turkije, Algerije, Kroatië, Macedonië en de andere republieken van ex-Joegoslavië nagegaan dat het kind aan wie kinderbijslag wordt uitgekeerd, rechtgevend is? Meer concreet vraag ik me af hoe bij deze kinderen, ouder dan veertien jaar, wordt nagegaan of ze effectief school lopen? Hoe worden de partnerlanden aangezet om deze controles uit te oefenen? Heeft de minister de ambassadeurs van die partnerlanden reeds gewezen op hun plicht om deze controles uit te oefenen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – In het kader van de bilaterale overeenkomsten met Marokko, Tunesië, Turkije, Algerije, Kroatië, Macedonië en de andere republieken van ex-Joegoslavië betaalt België kinderbijslag voor kinderen ouder dan veertien jaar – ouder dan achttien jaar voor Kroatië en Macedonië – die in hun land van herkomst onderwijs volgen.

Het schoolbezoek wordt gecontroleerd aan de hand van formulieren die moeten worden ingevuld door de onderwijsinstellingen van de betrokken kinderen. Voor de verschillende bilaterale overeenkomsten zijn die formulieren opgesteld en goedgekeurd in onderling overleg met de bevoegde administratieve overheden van de twee staten. De onderwijsinstellingen garanderen de juistheid van de meegedeelde informatie. Als een onregelmatigheid of een aanwijzing van fraude wordt vastgesteld, dan wordt dat meegedeeld aan de verbindinginstelling van de staat van herkomst en wordt het recht op Belgische kinderbijslag opgeschort.

Niet alle kinderen ouder dan veertien jaar volgen secundair onderwijs. Dat bewijzen de UNICEF-statistieken voor

novembre 2010, la Belgique a octroyé des allocations familiales en faveur de 1 542 enfants, tous âges confondus, au Maroc ; pour 780 ayants droit, cela s'est fait dans le cadre de la convention bilatérale belgo-marocaine.

Aucune demande de contrôle de la fréquentation scolaire sur place n'est adressée aux États partenaires.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je remercie la ministre de sa réponse. Vu l'absence de contrôle, il est difficile de vérifier si toutes les données sont correctes. Nous devrions réfléchir à cet aspect des choses car il s'agit tout de même de moyens publics dont on sait qu'ils sont limités.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'encadrement de la chirurgie bariatrique» (n° 5-1070)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Il est apparu récemment que de plus en plus de personnes atteintes d'obésité morbide tentaient de maigrir en recourant à une intervention chirurgicale, à savoir le placement d'un anneau gastrique, ou au moyen d'une autre technique telle qu'un bypass gastrique. Pour pouvoir être remboursé par l'INAMI, le patient doit avoir suivi un traitement par régime pendant au moins un an et doit avoir un IMC supérieur à 40. De plus, une équipe pluridisciplinaire composée d'un chirurgien, d'un interniste et d'un psychiatre ou d'un psychologue clinique doit estimer qu'il est nécessaire de procéder à une intervention chirurgicale.*

La ministre est-elle disposée à préciser la notion de « traitement par régime », dont la définition actuelle est assez floue ?

Quelles autres initiatives envisage-t-elle pour encadrer ces interventions bariatriques ? Dans le cas d'une telle intervention, comment le trajet de soins sera-t-il élaboré, en concertation avec les communautés concernées ?

Quelle est, pour l'année dernière, la part des interventions bariatriques qui n'a pas été remboursée par l'INAMI ?

La ministre a-t-elle un aperçu du nombre d'interventions bariatriques selon la catégorie d'IMC des patients ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Selon la réglementation en vigueur, un patient doit suivre une année de régime avant l'intervention chirurgicale. Le médecin et le diététicien doivent, en concertation avec leur patient, appliquer ce traitement dans les règles de l'art. Ce régime doit toujours être documenté.*

Les trajets de soins constituent une méthode originale de prise en charge des malades chroniques qui a été expérimentée pour le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique. Avant toute extension de ce concept à d'autres pathologies, il devra faire l'objet d'une évaluation approfondie. Il n'existe donc actuellement aucune décision au sujet d'un trajet de soins pour les personnes obèses mais cette option peut certainement être envisagée.

Marokko. Op november 2010 kende België kinderbijslag toe voor 1 542 kinderen van alle leeftijden in Marokko; voor 780 rechthebbenden gebeurde dat in het kader van de bilaterale overeenkomst tussen België en dat land.

Aan de partnerstaten wordt niet gevraagd het schoolbezoek ter plaatse te controleren.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik dank de minister voor het antwoord. Aangezien er geen controle wordt uitgeoefend, is het moeilijk vast te stellen of alle gegevens correct zijn. We moeten hierover misschien eens nadenken, want het gaat toch over overheidsmiddelen, die al zo schaars zijn.

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de omkadering van bariatrische ingrepen» (nr. 5-1070)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Onlangs bleek dat steeds meer personen met een morbide obesitas proberen te vermageren met behulp van een chirurgische ingreep, namelijk het plaatsen van een maagring, of door middel van een andere techniek zoals een *gastric bypass*. Als de patiënt aanspraak wil maken op een terugbetaling door het RIZIV, wordt vereist dat de patiënt gedurende minstens een jaar een dieetbehandeling heeft gevolgd, dat de BMI van de patiënt hoger is dan 40 en dat een multidisciplinair team bestaande uit een chirurg, een internist en een psychiater of klinisch psycholoog oordeelt dat het nodig is om tot een chirurgische ingreep over te gaan.

Is de minister bereid het begrip 'dieetbehandeling', dat vandaag nogal ruim wordt ingevuld, strikter te definiëren?

Welke andere initiatieven overweegt ze om deze bariatrische ingrepen te omkaderen? Hoe zal het zorgtraject bij een dergelijke ingreep verder worden uitgewerkt, in overleg met de betrokken Gemeenschappen?

Welk aandeel van alle ingrepen met betrekking tot bariatrische heelkunde werd het afgelopen jaar door het RIZIV niet terugbetaald?

Heeft de minister een beeld van het aantal bariatrische ingrepen per BMI-categorie van de patiënten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Volgens de bestaande regelgeving moet een patiënt vóór de heelkundige ingreep gedurende een jaar een dieet volgen. De arts en de diëtist moeten in overleg met hun patiënt die behandeling volgens de regels van de kunst uitvoeren. Dat dieet moet steeds gedocumenteerd zijn.

De zorgtrajecten zijn een originele methode van tenlasteneming van chronisch zieken die is uitgetest bij diabetes type 2 en bij chronische nierinsufficiëntie. Alvorens dat concept naar andere aandoeningen uit te breiden, moet het grondig worden geëvalueerd. Er bestaat momenteel geen enkele beslissing over een zorgtraject voor obese mensen, maar het kan zeker worden overwogen.

Het RIZIV kan onmogelijk weten welke bariatrische ingrepen

Il est impossible pour l'INAMI de connaître les interventions de chirurgie bariatrique qui sont réalisées en dehors des critères imposés dans la nomenclature et qui ne sont par conséquent pas remboursées.

L'IMC des patients fait partie des données notifiées aux organismes assureurs avant les opérations de chirurgie bariatrique. Les données de ce type ne sont jamais transmises à l'INAMI. Une ventilation du nombre d'opérations en fonction de l'IMC ne peut être fournie que par les organismes assureurs eux-mêmes.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je me réjouis que la ministre envisage d'instaurer un trajet de soins compte tenu de la forte augmentation du nombre d'interventions de ce genre et du fait que nous devons éviter qu'il y en ait trop. L'obésité est incontestablement une affection très lourde qui doit vraiment être traitée mais nous devons peut-être inciter les personnes concernées à ne pas recourir trop rapidement à une opération chirurgicale qui présente toujours, malgré tout, un certain risque.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les banques de lait maternel» (n° 5-1071)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Le 23 mai, la ministre a tiré la sonnette d'alarme à propos de la distribution de lait maternel par le biais de sites web sociaux. Il semble en effet que les banques de lait maternel connaissent de nouveau un grand succès. Cette édition moderne du concept de nourrice datant du Moyen Âge a été populaire jusque dans les années 80, mais elle est tombée en désuétude à la suite de l'épidémie de sida de l'époque. La pratique comporte de sérieux risques, en particulier pour les nouveau-nés en raison du danger de contamination par des bactéries et des virus ou à cause d'une mauvaise conservation.*

À la suite des banques non officielles de lait maternel, des initiatives politiques sont prises en vue de créer des banques agréées. Afin de restreindre les risques de contamination du lait maternel, il conviendrait de procéder à un dépistage intensif des bactéries et des virus et à une pasteurisation.

La médaille a clairement son revers. Premièrement, le coût du lait maternel sera élevé. Aux États-Unis, où les soins de santé sont fortement commercialisés, nourrir un bébé de trois mois avec du lait maternel coûte 80 dollars par jour. Deuxièmement, la pasteurisation détruit les enzymes pour lesquels on donne précisément ce lait maternel. On peut donc s'interroger sur la rationalité des banques de lait maternel.

Voici quelques mois, la ministre a déclaré lors d'une audition au Sénat qu'elle veut réduire à un minimum la pratique des banques de lait maternel et les instaurer uniquement dans quelques hôpitaux. Peut-elle indiquer quels hôpitaux entreront en ligne de compte selon elle ?

Quelles initiatives compte-t-elle prendre dans un proche avenir concernant les banques de lait maternel officielles et non officielles, compte tenu de leur utilité marginale et de leur coût ? Les auditions à ce sujet ont clairement révélé que

buiten de in de nomenclatuur opgelegde criteria worden uitgevoerd en bijgevolg niet worden terugbetaald.

De BMI van de patiënten maakt deel uit van de gegevens die vóór de bariatrische ingrepen aan de verzekeringsinstellingen worden meegedeeld. Dergelijke gegevens worden nooit aan het RIZIV bezorgd. Alleen de verzekeringsinstellingen kunnen een uitsplitsing van het aantal ingrepen per BMI-categorie verstrekken.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik ben blij dat de minister wil overwegen een zorgtraject in te voeren, aangezien dergelijke ingrepen sterk in aantal toenemen en we toch moeten voorkomen dat er te veel ingrepen gebeuren. Obesitas is zonder twijfel een ernstige aandoening die echt moet worden behandeld, maar misschien moeten we de betrokken mensen ook sensibiliseren om niet te snel tot een heelkundige ingreep over te gaan. Er blijft immers toch altijd een zeker gevaar aan verbonden.

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de moedermelkbanken» (nr. 5-1071)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Op 23 mei trok de minister aan de alarmbel over de verdeling van moedermelk via sociale netwerksites. Het lijkt er inderdaad op dat de moedermelkbanken opnieuw in opmars zijn. Deze moderne uitgave van het middeleeuwse concept van minnemoeders was tot in de jaren tachtig populair, maar raakte door de toenmalige aidsepidemie in onbruik. De praktijk houdt ernstige risico's in, niet het minst voor de pasgeborenen wegens de kans op besmettingen door bacteriën en virussen of door een slechte bewaring.

Tegelijkertijd zien we politieke initiatieven opkomen om, in navolging van de informele moedermelkbanken, erkende moedermelkbanken op te richten. Teneinde het besmettingsgevaar door bacteriën en virussen in moedermelk terug te dringen, zouden die dan moeten overgaan tot een doorgedreven screening en pasteurisatie.

De medaille heeft een duidelijke keerzijde. Ten eerste zal de kostprijs van moedermelk hoog zijn. In de Verenigde Staten, een land met een hoge graad van commercialisering in de gezondheidszorg, kost het voeden van een drie maanden oude baby met moedermelk 80 dollar per dag. Ten tweede worden bij de pasteurisatie de enzymen vernietigd waarvoor we die moedermelk net geven.

Men kan dus vragen stellen bij de rationaliteit van de moedermelkbanken.

Enkele maanden geleden verklaarde de minister tijdens een hoorzitting in de Senaat dat ze de praktijk van moedermelkbanken tot een minimum wil terugdringen en slechts in enkele ziekenhuizen zal invoeren. Kan ze mij meedelen welke ziekenhuizen hiervoor volgens haar in aanmerking komen?

Welke initiatieven zal ze in de nabije toekomst nemen met

tout le monde n'est pas partisan de ces banques. Si elle compte poursuivre le projet de développement de banques de lait maternel dans un nombre limité d'hôpitaux, quel budget y consacrerait-elle ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *En Belgique, les mères qui veulent donner leur lait peuvent s'adresser aux quatre banques de lait officielles : l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola à Bruxelles, l'Hôpital Erasme à Bruxelles, le CHC Saint-Vincent à Rocourt, le CHR Citadelle à Liège. Ces banques collectent le lait pour les bébés prématurés de leur hôpital et garantissent la sécurité du lait par des contrôles microbiologiques, sérologiques et toxicologiques des donneurs et du lait maternel selon un protocole propre à chaque hôpital. Le lait maternel est toujours pasteurisé s'il provient d'une autre mère. Pour pouvoir bénéficier d'un don de lait maternel, une prescription médicale est exigée, et le bébé doit être prématuré. Les hôpitaux que j'ai mentionnés entrent en ligne de compte pour le don de lait maternel.*

Comme on le sait, le lait maternel favorise la santé, la croissance et le développement du nourrisson et est par excellence la nourriture des bébés. Les prématurés ont encore plus besoin de lait maternel. La nourriture artificielle pour nourrissons doit être considérée comme « l'option la moins mauvaise » pour les prématurés. Parler d'« utilité marginale » pour le lait maternel n'est pas fondé scientifiquement vu les inconvénients des préparations artificielles pour nourrissons.

En Belgique il n'existe pas de large réseau commercial de mères qui vendent leur lait, comme aux États-Unis. Il existe cependant des sites de réseaux sociaux non officiels permettant à des mères « d'échanger » leur lait. Cela n'a rien à voir avec l'initiative d'offre de lait maternel pour les prématurés au niveau des hôpitaux. Le SPF Santé publique ne peut pas empêcher ces dons informels de lait maternel par le biais de réseaux sociaux ou directement entre mères. Il a cependant mis en garde, à ma demande, contre les risques de contamination par des bactéries ou des virus ou d'un mauvais traitement et d'une mauvaise conservation des prélèvements. Le SPF Santé publique ne peut s'immiscer davantage dans la vie privée des personnes.

En ce qui concerne les banques officielles de lait maternel, il est utile de mettre sur pied dans les hôpitaux, avec les professionnels de la santé concernés, un groupe de travail pour élaborer un guide de bonnes pratiques basé sur la littérature scientifique. La disponibilité actuelle et les besoins éventuels en appareils spécifiques peuvent être abordés au sein de ce groupe de travail. Mais aucun budget spécifique n'est actuellement prévu. On pourra revoir les choses sur la base des conclusions du groupe de travail.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je ne partage pas l'avis selon lequel le lait maternel est essentiel pour les prématurés. Pour les grands prématurés, les médecins ne savent pas encore très bien quelle quantité de nourriture doit être donnée, et il y a*

betrekking tot formele en informele moedermelkbanken, rekening houdend met hun marginaal nut en hun kostprijs? Uit de hoorzittingen hierover bleek ook duidelijk dat niet iedereen daar voorstander van is. Indien ze effectief zou doorgaan met het project om moedermelkbanken in een beperkt aantal ziekenhuizen uit te werken, welk budget zal ze daar dan voor uittrekken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Moeders die hun moedermelk willen doneren, kunnen in België terecht bij vier officiële melkbanken: het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola in Brussel, het Erasmus Ziekenhuis in Brussel, de CHC-site St-Vincent in Rocourt, de CHR-site Citadelle in Luik. Die banken verzamelen melk voor de te vroeg geboren baby's in hun ziekenhuis en garanderen de veiligheid van de melk door microbiologische, serologische en toxicologische controles bij de donor en op de moedermelk, volgens een protocol dat eigen is aan elk ziekenhuis. De moedermelk wordt altijd gepasteuriseerd als ze van een andere moeder komt. Om van moedermelkdonatie te kunnen genieten, is een doktersvoorschrift vereist en moet de baby prematuur geboren zijn. De ziekenhuizen die ik net heb vermeld, komen in aanmerking voor moedermelkdonatie.*

Het is bekend dat moedermelk de gezondheid, de groei en de ontwikkeling van de zuigeling bevordert en bij uitstek de voeding voor baby's is. Premature baby's hebben zelfs nog meer nood aan moedermelk. Artificiële zuigelingenvoeding moet eerder beschouwd worden als de 'minst slechte optie' voor premature baby's. De bewering dat moedermelk slecht 'een marginaal nut' heeft, is niet wetenschappelijk gefundeerd, gelet op de nadelen van artificiële zuigelingenvoeding.

In België bestaat er geen uitgebreid commercieel netwerk van moeders die hun moedermelk verkopen zoals in de Verenigde Staten. Er bestaan wel informele sociale netwerksites waarbij moeders hun melk 'uitwisselen'. Dat staat helemaal los van het initiatief waarbij op het niveau van de ziekenhuizen wordt voorzien in moedermelk voor prematuren. De FOD Volksgezondheid kan die informele moedermelkdonaties via sociale netwerken of rechtstreeks van moeder tot moeder niet verhinderen, maar heeft op mijn verzoek wel gereageerd door ervoor te waarschuwen dat die donaties risico's inhouden wegens mogelijke bacteriële en virale besmettingen en een mogelijk slechte behandeling en bewaring van de stalen. Voorts kan de FOD Volksgezondheid zich niet inmengen in de persoonlijke levenssfeer.

Met betrekking tot de officiële moedermelkbanken in de ziekenhuizen is het nuttig om in de ziekenhuizen met de betrokken gezondheidsmensen een werkgroep op te richten teneinde een op wetenschappelijke literatuur gebaseerde gids met goede praktijken uit te werken. In die werkgroep kunnen de huidige beschikbaarheid en eventuele behoefte aan specifieke apparatuur aan bod komen. Er is op dit ogenblik echter niet voorzien in een specifiek budget. Dat kan worden herzien op basis van de conclusies van de werkgroep.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *Ik ben het er niet helemaal mee eens dat moedermelk essentieel is voor premature baby's. Bij zeer kleine premature baby's weten de artsen nog niet goed hoeveel voeding er moet worden toegediend en*

une discussion entre les néonatalogues sur l'utilité d'une banque de lait maternel.

Par ailleurs, c'est une bonne chose que la ministre mette en garde contre les risques liés à la distribution de lait maternel entre mères. Je suis curieuse de connaître les conclusions du groupe de travail.

Demande d'explications de M. Dimitri Fourny à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'évolution du numéro unique de garde médicale 1733» (n° 5-1035)

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances, chargée de la Politique de migration et d'asile sur «l'expérience-pilote 1733 en province de Luxembourg et dans l'arrondissement de Dinant et la gestion des appels par un robot» (n° 5-1055)

Demande d'explications de Mme Cécile Thibaut à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'intégration du projet pilote '1733' dans le dispositif 112» (n° 5-1063)

M. le président. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

Mme Cécile Thibaut (Ecolo). – Le projet pilote « 1733 » a pour but la mise en œuvre au niveau des centres 100 d'un dispatching centralisé des appels à la garde de médecine générale. Outre la facilité qu'offre un numéro d'appel national à la garde médicale, ce projet permettra, à travers une véritable régulation des appels, de réduire les délais de prise en charge de pathologies sévères telles que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral. Le déplacement du patient sera en outre facilité, ce qui réduira la lourdeur de la garde médicale et rendra plus attractive la profession dans les zones où la pénurie en médecins généralistes est réelle.

Trois provinces participent actuellement au projet : le Hainaut (Cercles de Charleroi, La Louvière et Mons) ; la Flandre Occidentale (Brugge) et le Luxembourg (tous les cercles).

Le projet 1733 est perçu comme partie intégrante de la solution à la garde de médecine générale : facilitation de la création de postes de garde de médecine générale et de fusion de zones lors de la mise en œuvre du projet ; soulagement du déplacement du généraliste par l'envoi des patients mobiles vers le poste de garde de médecine générale ; déplacement de la responsabilité du généraliste vers le préposé 100.

tussen de neonatalogen onderling bestaat discussie over het nut van een moedermelkbank.

Ik vind het anderzijds wel goed dat de minister ervoor waarschuwt dat het verdelen van moedermelk door moeders onder elkaar risico's inhoudt. Ik ben benieuwd naar de resultaten van de werkgroep.

Vraag om uitleg van de heer Dimitri Fourny aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ontwikkelingen inzake het unieke oproepnummer 1733 voor de medische wachtdienst» (nr. 5-1035)

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Werk en Gelijke Kansen, belast met het Migratie- en asielbeleid over «het proefproject 1733 in de provincie Luxemburg en in het arrondissement Dinant, en het beheer van de oproepen door een robot» (nr. 5-1055)

Vraag om uitleg van mevrouw Cécile Thibaut aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de integratie van het proefproject '1733' in het 112-systeem» (nr. 5-1063)

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

Mevrouw Cécile Thibaut (Ecolo). – *Het proefproject '1733' heeft tot doel op het niveau van de 100-centrales een gecentraliseerde dispatching in te voeren van de oproepen naar de algemene medische wachtdienst. Naast het gemak van een nationaal oproepnummer voor de medische wachtdienst maakt dit project het, via een echte regulering van de oproepen, mogelijk de termijnen te verkorten voor de behandeling van ernstige pathologieën, zoals hartinfarct of herseninfarct. De verplaatsing van de patiënt zal worden vergemakkelijkt, wat de wachtdienst zal verlichten en het beroep in zones waar het tekort aan huisartsen reëel is, aantrekkelijker zal maken.*

Momenteel werken drie provincies aan het project; Henegouwen (de kringen Charleroi, La Louvière en Bergen), West-Vlaanderen (Brugge) en Luxemburg (alle kringen).

Het 1733-project wordt beschouwd als een integraal onderdeel van de oplossing voor de medische wachtdienst: vergemakkelijken van de oprichting van medische wachtdiensten en van fusies van zones tijdens de invoering van het project, minder verplaatsingen voor de huisarts doordat mobiele patiënten naar de medische wachtpost worden gestuurd, verplaatsing van de verantwoordelijkheid

Ce projet devrait être étendu à l'ensemble de la population couverte par les centrales 100 de Mons, Brugge et Arlon et ainsi répondre à la demande des cercles de médecine générale concernés.

Vous êtes responsable, madame la ministre, avec votre collègue de l'Intérieur, des futurs centres 112 et de l'agence 112. Je me permets dès lors de vous poser les questions suivantes.

Pensez-vous pouvoir intégrer d'un point de vue technique le dispositif 1733 dans le fonctionnement des centres 112 ?

Le patient aura-t-il un contact direct avec un préposé ou devra-t-il passer par un robot ?

Travaillez-vous de concert avec la ministre de l'Intérieur ?

Quel est l'état d'avancement de ce dossier ? Le cas échéant, quels sont les freins auxquels vous êtes confrontée aujourd'hui ?

Même si ce problème se pose aussi dans d'autres provinces, ce dossier est essentiel pour les Luxembourgeois. C'est la raison pour laquelle les trois sénateurs originaires de la province de Luxembourg vous interrogent aujourd'hui.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Mes collègues sénateurs luxembourgeois et moi-même avons décidé de vous interpellier conjointement afin de relayer les préoccupations des médecins généralistes des cercles de la province de Luxembourg et de l'UOAD concernant la mise en œuvre du système de régulation « 1733 ».

On le sait, l'objectif du « 1733 » est double : d'une part, répondre à l'attente des citoyens par un service de garde optimal ; d'autre part, faciliter l'organisation et la gestion du rôle de garde pour les médecins généralistes. Ajoutons-y l'association de ce tri des appels par le 1733 et la création en cours de sept postes médicaux de garde sur l'ensemble du territoire sud namurois et la province de Luxembourg ; leur mise en route simultanée est un plus pour la population concernée.

La mesure a évidemment un impact très important dans les zones rurales qui connaissent déjà une pénurie de médecins généralistes. Celle-ci se fait d'ailleurs aussi sentir dans les zones urbaines.

Ce projet tend à soulager la pénibilité et la récurrence des gardes de week-end et de soirée pour les médecins généralistes.

Début janvier 2010, l'administration de la Santé publique a sollicité les cercles de médecine générale de la province de Luxembourg et l'UOAD pour initier un projet pilote « 1733 » sur le Luxembourg et la région de Dinant avec le tri des appels suivant des protocoles spécifiques d'aide à la décision par les préposés.

Après plusieurs réunions, les médecins généralistes, en collaboration avec le SPF Santé, les services régionaux d'incendie et l'inspecteur d'hygiène de la province de Namur et de Luxembourg, ont élaboré ces fameux protocoles de décision et leur modalité d'application. C'est un beau travail de pionniers, jusqu'alors inexistant, qui avait pour objectif d'être proposé à l'ensemble des centres de régulation des appels « 1733 », les protocoles pouvant différer en fonction

van de huisarts naar de beambte van de 100.

Dit project zou moeten worden uitgebreid naar de hele bevolking die onder de 100-centrales van Bergen, Brugge en Aarlen valt en aldus beantwoorden aan de vraag van de betrokken medische wachtdiensten.

Mevrouw de minister, u bent, samen met uw collega van Binnenlandse Zaken, verantwoordelijk voor de toekomstige 112-centrales en het 112-agentschap. Ik heb voor u dan ook volgende vragen.

Denkt u, technisch gezien, het 1733-project in de werking van de 112-centrales te kunnen integreren?

Zal de patiënt rechtstreeks contact hebben met de beambte of hoort hij eerst een robot?

Werkt u in overleg met de minister van Binnenlandse Zaken?

Wat is de stand van het dossier? Met welke tegenkantingen wordt u eventueel geconfronteerd?

Hoewel het probleem ook in andere provincies rijst, is dit dossier voor de inwoners van Luxemburg van essentieel belang. Daarom ondervragen de drie senatoren van de provincie Luxemburg u daarover vandaag.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Mijn collega's senatoren uit Luxemburg en ikzelf hebben beslist u gezamenlijk te ondervragen teneinde de bezorgdheid over te brengen van de huisartsen van de kringen van de provincie Luxemburg en de UOAD over de invoering van het reguleringssysteem '1733'.

We weten dat het doel van '1733' tweevoudig is. Enerzijds moet het beantwoorden aan de verwachtingen van de burgers door voor een optimale wachtdienst te zorgen. Anderzijds moet het de organisatie en het beheer van de wachtdienst van de huisartsen vergemakkelijken. Daarbij komen nog de sortering van de oproepen via het nummer 1733 en de oprichting van zeven medische wachtposten in het zuiden van Namen en in de provincie Luxemburg. De gelijktijdige start daarvan is een pluspunt voor de betrokken bevolking.

De maatregel heeft uiteraard een erg belangrijke impact in de landelijke zones waar een tekort aan huisartsen heerst. Dat tekort doet zich overigens ook in stedelijke gebieden gevoelen.

Dit project zal de druk en de terugkerende weekend- en avondwachtdiensten voor de huisartsen verlichten.

Begin januari 2010 heeft de administratie Volksgezondheid de huisartsenkringen van de provincie Luxemburg en de UOAD gevraagd een proefproject '1733' op te starten voor Luxemburg en de regio Dinant, met sortering van de oproepen door de beambten volgens specifieke beslissingsprotocollen.

Na verschillende vergaderingen hebben de huisartsen, in samenwerking met de FOD Volksgezondheid, de regionale brandweerdiensten en de inspecteur hygiëne van de provincies Namen en Luxemburg, die fameuze beslissingsprotocollen en hun toepassingsmodaliteiten opgesteld. Dat was mooi pionierswerk. Het was de bedoeling dat aan alle reguleringscentra voor de oproepen '1733' voor te stellen. De protocollen kunnen verschillen naargelang van de lokale situatie: stad of landelijke gemeente.

de la situation locale : ville ou commune rurale.

Tout semblait parfait mais, contrairement à ce qui avait été convenu initialement, l'appel au service de garde ne sera traité qu'après le filtre de l'encodage du code postal par le patient ou par un proche, par l'intermédiaire d'un robot.

En d'autres termes, un robot récolte l'information localisant la commune et renvoie ensuite vers le dispatching, ce qui pose évidemment beaucoup de problèmes, notamment pour les victimes d'incident ou d'accident qui ne connaissent pas le code postal de la commune dans laquelle ils se trouvent, pour les vacanciers ou, tout simplement, pour les personnes âgées.

Il est donc essentiel que ces appels puissent être dirigés par la suite vers le centre 100 adéquat sans la composition du code postal par l'utilisateur.

Pourquoi ne pas respecter le projet pilote, tel qu'envisagé en janvier dernier avec le SPF Santé, qui prévoyait la gestion des appels par un préposé du service 100/1733 ?

Une fois l'appel localisé par l'encodage du code postal, qui répondra à l'appel, un préposé du service 100/1733 ou un médecin généraliste d'un poste de garde ?

Dans le cadre des expériences pilotes faites à Charleroi, La Louvière, Mons et Brugge, le premier filtre est-il effectué par un préposé ou par un robot ?

Quant à la question de savoir quand les cercles de médecine générale de la province de Luxembourg et l'UOAD pourront obtenir les subsides prévus, je viens d'apprendre qu'ils avaient déjà reçu une bonne avance mais pas encore la totalité.

M. Dimitri Fourny (cdH). – La présente demande d'explications est le résultat d'une concertation avec les médecins généralistes luxembourgeois visant à mettre en place le numéro unique d'appel pour les gardes médicales, le 1733.

Durant la première phase du projet, les appels du 1733 sont pris en charge par les dispatchings des médecins généralistes qui réalisent un monitoring et orientent les appels. À cette fin, les médecins généralistes ont rédigé des protocoles spécifiques d'aide à la décision permettant d'orienter les patients vers une prise en charge la plus efficace possible.

Au moment où ce projet a été élaboré, il avait été prévu que ces appels puissent être traités directement par les préposés au 1733 et non, comme évoqué semble-t-il à ce jour, après l'encodage du code postal par un robot.

On peut s'interroger sur la capacité des gens à introduire le numéro de code postal au niveau du dispatching concerné. Quelle est l'évaluation de ce projet, et où en est sa mise en place dans la province de Luxembourg ?

Qu'en est-il exactement de la géolocalisation de l'appel ? Est-il exact que l'appelant devra encoder lui-même son code postal avant de pouvoir parler à un préposé ? Ne pensez-vous pas qu'une géolocalisation automatique permettant à l'appelant d'avoir un accès direct au préposé serait plus efficace ? Cela devrait se faire avec la collaboration du ministre Van Quickenborne qui a les télécommunications dans ses compétences, et cela nécessiterait une modification de la législation. Où en est la réflexion menée à ce sujet ?

Alles leek perfect maar, in tegenstelling tot wat oorspronkelijk was overeengekomen, zal de oproep tot de wachtdienst enkel worden behandeld na filtering van de codering van de postcode, ingebracht door de patiënt of een naaste, via een robot.

Met andere woorden, een robot verzamelt de informatie die de gemeente lokaliseert en stuurt die vervolgens door naar de dispatching. Dat doet veel problemen rijzen, met name voor slachtoffers van incidenten of ongevallen die de postcode van de gemeente waar ze zich bevinden niet kennen, voor mensen op vakantie of gewoon voor bejaarden.

Het is dus essentieel dat die oproepen kunnen worden verzonden naar de juiste 100-centrale zonder dat de gebruiker de postcode moet invoeren.

Waarom wordt het proefproject, zoals opgesteld in januari met de FOD Volksgezondheid, dat het beheer van de oproepen toevertrouwde aan een beambte van de dienst 100/1733, niet gevolgd?

Wie zal de oproep beantwoorden, eens de oproep werd gelokaliseerd door de codering van de postcode: een beambte van de dienst 100/1733 of een huisarts van een wachtdienst?

Wordt de eerste filtering in de proefprojecten in Charleroi, La Louvière, Bergen en Brugge gedaan door een beambte of door een robot?

Wat de vraag betreft wanneer de huisartsenzones van de provincie Luxemburg en de UOAD de geplande subsidies kunnen ontvangen, heb ik vernomen dat ze al een ruim voorschot kregen, maar nog niet alles.

De heer Dimitri Fourny (cdH). – Deze vraag om uitleg is het resultaat van een overleg met de Luxemburgse huisartsen over het invoeren van een uniek oproepnummer voor de medische wachtdiensten, het nummer 1733.

In de eerste fase van het project worden de oproepen voor 1733 behandeld door de dispatchings van de huisartsen die een monitoring uitvoeren en de oproepen oriënteren. Met dat doel hebben de huisartsen specifieke beslissingsprotocollen opgesteld die het mogelijk maken patiënten te oriënteren naar een zo doeltreffend mogelijke behandeling.

Op het moment dat dit project werd uitgewerkt, werd erin voorzien dat die oproepen rechtstreeks door de beambten van de 1733 konden worden behandeld en niet, zoals blijkbaar vandaag wordt gezegd, door een robot na codering van de postcode.

Men kan zich afvragen of mensen in staat zijn om de postcode in te voeren op het niveau van de betrokken dispatching. Hoe wordt het project geëvalueerd en hoe staat het met de invoering ervan in de provincie Luxemburg?

Wat met de geografische lokalisering van een oproep? Is het juist dat de oproeper zelf de postcode moet invoeren alvorens met een beambte te kunnen spreken? Meent u niet dat een automatische geografische lokalisering, waarbij de oproeper rechtstreeks contact kan opnemen met een beambte, doeltreffender zou zijn? Dat kan geregeld worden in samenwerking met minister Van Quickenborne die bevoegd is voor telecommunicatie. Het vereist wel een aanpassing van de wetgeving. Hoe ver staat het met de reflectie daarover?

En ce qui concerne la loi sur les télécommunications, des modifications sont-elles prévues afin de mettre en place ce système sur lequel les médecins généralistes de la province de Luxembourg ont travaillé avec beaucoup d'ardeur et de compétence ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je remercie pour leurs questions les trois sénateurs de la belle province de Luxembourg.

Le projet 1733 a été lancé sous la dernière législature. C'est un dossier d'avenir qui pourra notamment soulager les médecins généralistes dans leurs gardes. C'est un moyen de soutenir ces derniers.

Le projet 1733 se présente sous de très bons auspices malgré un ralentissement des initiatives dû aux affaires courantes.

Il faut distinguer trois états possibles.

L'état 1 : le numéro 1733 est activé et renvoie vers le numéro du système de garde en place sur la commune concernée, que ce soit un numéro unique, un poste de garde, un médecin individuel, etc.

L'état 2 : le numéro 1733 aboutit au centre 100. Le préposé 100 utilise les protocoles établis et conseille au patient la meilleure suite à donner à son appel : se déplacer vers le poste de garde, recevoir traditionnellement la visite d'un médecin de garde, envoi de l'aide médicale urgente ou attendre les heures normales de consultation. En l'absence de modification de la législation, le patient n'est pas tenu de suivre ces conseils.

L'état 3 : il est semblable à l'état 2 mais la réponse du préposé a force de décision du système de garde pour le patient.

Nous sommes en ce moment à l'état 2.

Le passage à l'état 3 nécessite un gouvernement ayant la plénitude des pouvoirs.

Récemment, mon administration a organisé un comité de pilotage national qui a réuni tous les projets pilotes en cours. Il est apparu que la volonté est que le projet luxembourgeois atteigne rapidement l'état 3, mais ses membres sont déjà satisfaits d'arriver en état 2 en comptant sur la discipline de la majorité des patients.

Le 1733 est déjà intégré dans le fonctionnement des centres 100. Il est également prévu que ce soit le cas dans les futurs centres 112.

Le projet Bruges est en état 2 partiellement, c'est-à-dire lorsque le poste de garde est fermé, et seulement sur un nombre réduit de secteurs de garde (Bruges-ville). Le contrat pour le recrutement des préposés complémentaires sera prochainement à l'ordre du jour du conseil des ministres et les préposés pourront ensuite, je l'espère, être recrutés. Dès lors, le cercle du HABO pourra passer en état 2 pour tout son territoire à l'exception de deux zones de gardes qui sont attentistes. Le projet de Bruges demande encore une informatisation de la capture des informations de l'appel pour le dossier du patient.

Le projet Hainaut est en état 2 pour Mons, sous peu pour La Louvière et très bientôt pour Charleroi. Le seul détail technique à finaliser est le transfert d'informations automatisé

Zijn er plannen om de wetgeving op de telecommunicatie aan te passen zodat dit systeem, waarop de huisartsen van de provincie Luxemburg hard en met veel kennis van zaken hebben gewerkt, kan worden ingevoerd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik dank de drie senatoren uit de mooie provincie Luxemburg voor hun vragen.

Het project 1733 werd tijdens de vorige legislatuur gelanceerd. Het kan de taak van de huisartsen tijdens de wachtdiensten verlichten. Het is een middel ter ondersteuning.

Het project 1733 evolueert positief, niettegenstaande een vertraging wegens een regering in lopende zaken.

Er zijn drie mogelijke fasen:

Fase 1: het nummer 1733 wordt doorgestuurd naar een wachtsysteem in de betrokken gemeente. Dat kan een uniek oproepnummer, een wachtdienst, of een dokter van wacht zijn.

Fase 2: het nummer 1733 komt terecht bij een 100 centrale. De aangestelde volgt de procedure en raadt de patiënt aan wat hij denkt het beste te zijn: een beroep te doen op de wachtdienst, een arts van wacht te consulteren, naar de spoeddienst te gaan of afwachten en een arts te consulteren tijdens de normale consultatieuren. Aangezien de wetgeving niet werd gewijzigd, is de patiënt niet verplicht die raad te volgen.

Fase 3 is vergelijkbaar met fase 2, maar de aangestelde zal de patiënt naar een wachtdienst doorverwijzen.

We bevinden ons momenteel in fase 2.

De overgang naar fase 3 vereist een regering met volle bevoegdheid.

Onlangs stelde mijn administratie een nationale stuurgroep samen die alle lopende proefprojecten samenbrengt. Met het project in de provincie Luxemburg wil men snel overschakelen naar fase 3, maar de leden van de stuurgroep zijn al tevreden met fase 2 en rekenen op de discipline van de meeste patiënten.

Het 1733 nummer is al opgenomen in de werking van de 100 centrales. In de toekomst moet dit ook het geval zijn voor de toekomstige 112 centrales.

Het project Brugge bevindt zich gedeeltelijk in fase 2 als de wachtdienst gesloten is en alleen voor een beperkt aantal wachtdiensten (Brugge-stad). Het contract voor de aanwerving van bijkomende aangestelden wordt binnenkort op de ministerraad besproken. Ik hoop dat de aanvervingen dan kunnen gebeuren. Nu kan het hele grondgebied van de HABO-kring overgaan naar fase 2, met uitzondering van twee wachtzones. Het project Brugge moet nog worden geïnformatiseerd voor het vergaren van inlichtingen voor het patiëntendossier.

In Henegouwen bevindt Bergen zich in fase 2. Dat zal binnenkort ook het geval zijn voor La Louvière en Charleroi. Alleen de automatische informatieoverdracht naar de

vers les cercles.

Un nouveau projet Ardennes Hennuyères a été démarré pour le cercle AGRF. Ce projet est à présent en état 1. Il étudiera ses modalités de dispatching jusqu'à la fin de l'année.

En ce qui concerne le fonctionnement du projet pilote 1733 en province du Luxembourg, les cercles du Luxembourg ont fourni un gros travail conceptuel, ce dont je les félicite. Les projets du Luxembourg incluant l'UOAD (Dinant) et la région de Gouvy seront, je l'espère, en état 2 d'ici à la fin de l'année. Un retard est connu pour le recrutement de préposés complémentaires à un prix adéquat au centre 100/112 d'Arlon.

En ce qui concerne la collaboration entre les différentes zones de garde, le mode de fonctionnement du 1733 sera adapté, dans la mesure des possibilités techniques, aux demandes des cercles. Dans le cadre du projet pilote, les appels vers un cercle luxembourgeois dont la zone de garde est située sur deux provinces seront dirigés vers le centre 100 d'Arlon. Le Comité de pilotage fédéral 112 a avalisé cette approche.

Les arrêtés royaux octroyant les subsides des cercles de médecine générale du Luxembourg et de Dinant pour les années 2010 et 2011 – attendus depuis plus d'un an – ont été publiés respectivement les 26 janvier et 19 décembre 2010. Il suffit donc que les cercles présentent leur facture au SPF Santé pour que les subsides leur soient versés.

Je tiens d'ailleurs à préciser que les adaptations techniques ont été faites en collaboration avec le SPF Intérieur. En outre, ce projet est régulièrement présenté dans les instances du projet 112 qui réunit mon cabinet, le cabinet de Mme Turtelboom et les représentants du SPF Intérieur, de la Police fédérale et du SPF Santé. Une présentation globale du planning révisé est d'ailleurs prévue dans ce forum pour juillet.

Concernant la géolocalisation de l'appel, un robot assurera toujours le transfert adéquat de l'appel vers le 100/112 compétent. La question est de savoir si ce robot demandera une information à l'appelant pour l'aider dans son choix de transfert. Actuellement, la réponse est oui.

Si une automatisation est possible pour la majorité des lignes fixes Belgacom, il faut savoir que 50% des appels sont maintenant passés par GSM. La géolocalisation des appels GSM n'est pas encore possible pour tous les opérateurs pour le service 100/112 alors que, dans ce cas, c'est légalement obligatoire. Nous ne disposons donc pas encore de cette fonctionnalité pour le 1733. Il est prévu que le 1733 soit remplacé à terme par le numéro européen d'appel que j'ai fait réserver à cette fin en Belgique. J'ai adressé récemment au ministre pour l'Entreprise et la Simplification un courrier demandant que l'on débâte de ce numéro en termes de gratuité et de service de localisation. Vous savez cependant qu'il n'est pas possible de légiférer sur cette nouvelle initiative en affaires courantes. Elle relèvera donc du prochain gouvernement.

J'en arrive enfin au traitement de l'appel localisé par l'encodage du code postal.

Dans l'état 1, l'appel est renvoyé vers le numéro du système de garde en place sur la commune concernée, qu'il s'agisse d'un numéro unique, d'un poste de garde, d'un médecin

huisartsenkringen moet nog worden gerealiseerd.

Er werd een nieuw project Ardennes Hennuyères opgestart voor de kring AGRF. Dit project bevindt zich momenteel in fase 1. De maatregelen voor de dispatching worden tot eind dit jaar gevolgd.

De huisartsenkringen van de provincie Luxemburg hebben een concept ontwikkeld voor het proefproject 1733, waarvoor ik hen feliciteer. Ik hoop dat de projecten van Luxemburg en van de huisartsenvereniging van Dinant en de streek van Gouvy, tegen eind dit jaar overgaan naar fase 2. Er is vertraging in de aanwerving van extra beampten tegen een aangepaste vergoeding bij de centrale 100/112 van Arlen.

Voor een goede samenwerking tussen de verschillende wachtdienstzones, zal de werking van het 1733 nummer, voor zo ver het technisch mogelijk is, aangepast worden aan de behoeften van de kringen. In de fase van het proefproject zullen de oproepen naar een kring in Luxemburg waarvan de wachtdienst in twee provincies gelegen is, naar de 100 centrale van Arlen worden omgeleid. De federale stuurgroep 112 steunt deze werkwijze.

De koninklijke besluiten voor de toelagen aan de huisartsenkringen van Luxemburg en Dinant voor de jaren 2010 en 2011, waar men al meer dan een jaar op wacht, werden gepubliceerd respectievelijk op 26 januari en op 19 december 2010. Als de kringen hun facturen aan de FOD Volksgezondheid bezorgen, worden de subsidies gestort.

De technische aanpassingen zijn aangebracht in samenwerking met de FOD Binnenlandse Zaken. Het project wordt trouwens regelmatig besproken door de afdeling project 112, samengesteld uit vertegenwoordigers van mijn kabinet, het kabinet van mevrouw Turtelboom en vertegenwoordigers van de FOD Binnenlandse Zaken, de federale politie en de FOD Volksgezondheid. Er is overigens een algemene voorstelling van de aangepaste planning voorzien in juli.

Wat de lokalisering betreft, wordt de oproep via een robot automatisch doorgeschakeld naar de bevoegde 100/112 centrale. Momenteel wordt de persoon die hulp inroept automatisch via een robot informatie gevraagd om hem te helpen bij de keuze voor de doorschakeling.

Een automatische doorschakeling is mogelijk voor de meeste Belgacomlijnen, maar 50% van de oproepen gebeuren per gsm. De tracering van de plaats van de oproep via gsm is voor de 100/112 dienst nog niet mogelijk voor alle operatoren, hoewel het wettelijk verplicht is. We beschikken dus nog niet over deze functionaliteit voor de dienst 1733. Dit nummer zal overigens op termijn vervangen worden door het Europese oproepnummer dat ik voor België heb gereserveerd. Ik wens met de minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen van gedachten te wisselen over de kostenloosheid en de lokalisering van dit nummer. Zoals u weet is het niet mogelijk dit initiatief in een wet om te zetten met een regering in lopende zaken. Het zal dus afhangen van de volgende regering.

Tot slot is er de lokalisering van een oproep via de postcode.

In fase 1 wordt de oproep doorgeschakeld naar het nummer van de plaatselijke wachtdienst van de betrokken gemeente, een eenheidsnummer, een wachtdienst, een individuele arts,

individuel, etc. La personne qui répond est proposée par le cercle organisant la garde.

Dans les états 2 et 3, le numéro 1733 aboutit au centre 100 où l'appel est pris en charge par un préposé 100/1733.

Le premier filtre est toujours assuré, dans le cadre de l'expérience pilote, par un robot.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Vous dites que, dans les états 2 et 3, c'est un robot qui répond. On doit donc toujours encoder le code postal ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Non, sauf si le robot le demande.

Mme Dominique Tilmans (MR). – C'est un peu compliqué.

J'ai un accident au bord de la route de Gouvy. J'appelle le 1733 avec un GSM. Je suis donc pratiquement dans l'état 2.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je vous ai dit que la géolocalisation des appels GSM n'est pas encore possible pour tous les opérateurs.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Quand vous êtes en voiture, vous ne vous promenez pas nécessairement avec tous les codes postaux du pays. C'est là qu'est la difficulté. Il faudrait que l'on ne doive pas donner un code postal au 1733. Comment voulez-vous que je connaisse le code postal de Gouvy ? Tout le monde l'ignore, sauf les habitants de Gouvy.

J'insiste donc pour que vous soyez très vigilante. Le préposé doit demander à l'appelant où il se situe.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La géolocalisation facilitera grandement les choses.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Mais en attendant ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Lorsque la géolocalisation n'est pas possible par GSM, on encode le code postal. Le problème que vous évoquez demeure : que faire lorsqu'on ignore l'endroit où l'on se trouve ?

Mme Dominique Tilmans (MR). – Le système me paraît impraticable. Par ailleurs, le numéro d'appel réservé est-il le 116 ou le 117 ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – C'est le 116 117. Il s'agit du numéro d'appel européen. Je suis tout à fait d'accord avec vous sur le fait que ce numéro est long.

Mme Cécile Thibaut (Ecolo). – Ce très beau projet me réjouit vraiment, car il est très créatif et solidaire. Il garantira demain une médecine rurale en divers endroits, et toute la Belgique devra être ainsi couverte.

Il est vrai que les procédures de capture des numéros de

enzovoort. De persoon die de oproep beantwoordt is aangesteld door de kring die de wachtdienst organiseert.

In de fasen 2 en 3 komt het nummer 1733 terecht bij een 100 centrale, waar de oproep wordt behandeld door een aangestelde van de dienst 100/1733.

In het proefproject is de eerste filter altijd automatisch.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *U zegt dat in fase 2 en 3 een robot antwoordt. Moet men dan steeds de postcode ingeven?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Nee. Men moet alleen de postcode ingeven als de robot het vraagt.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Dat is toch wat ingewikkeld.*

Als ik een ongeval heb op de weg naar Gouvy en ik bel 1733 met mijn gsm ben ik dus in fase 2?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik heb gezegd dat de lokalisatie van de gsm-oproepen nog niet mogelijk is voor alle operatoren.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Als je met de wagen bent, heb je niet noodzakelijk alle postcodes van het land bij de hand. Dát is het probleem! Men zou geen postcode moeten geven als men 1733 belt. Hoe wilt u dat ik de postcode van Gouvy ken? Met uitzondering van de inwoners van Gouvy zal niemand die kennen.*

Ik dring er op aan bijzonder waakzaam te zijn. Het is de beambte die de oproeper moet vragen waar hij zich bevindt!

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Als de geografische lokalisatie operationeel is, zal het heel wat eenvoudiger zijn.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Maar, in afwachting?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Als lokalisatie via gsm niet mogelijk is, zal men de postcode moeten ingeven. Het blijft een probleem. Wat als men niet weet waar men zich bevindt?*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Het systeem lijkt me niet bruikbaar. Is het Europees nummer 116 of 117?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het Europees oproepnummer is 116 117. Ik ben het volkomen met u eens, dat het een lang nummer is.*

Mevrouw Cécile Thibaut (Ecolo). – *Ik ben zeer blij met dit prachtige project. Het is creatief en solidair. Het garandeert in de toekomst een plattelandsgeneeskunde op verschillende plaatsen. Het moet zich over het hele grondgebied verspreiden.*

téléphone et les codes postaux posent encore problème aujourd'hui. Cependant, je ne doute pas que le SPF Santé publique continuera à travailler sur ce thème, en collaboration avec le SPF Intérieur.

Il est prévu qu'une province travaille avec une autre, ce qui nous rassure tout à fait. Cela montre un esprit d'ouverture assez appréciable. Ainsi, l'arrondissement de Dinant ne sera pas du tout handicapé par le fait que les appels de cet arrondissement arriveront au 100 d'Arlon.

Il conviendrait que vous nous informiez régulièrement de la situation. La prochaine échéance est fixée en juillet ; ce serait donc une bonne chose que nous nous revoyons en septembre afin de refaire le point sur cette problématique.

M. Dimitri Fourny (cdH). – Je remercie la ministre de sa réponse très complète. Je me réjouis aussi de son soutien au projet luxembourgeois et de l'état d'avancement de ce dernier. Je note qu'à l'avenir, la ministre continuera à soutenir le projet en vue d'atteindre le niveau 3, lequel permettra de compléter les besoins en province de Luxembourg, en particulier dans les zones rurales.

Je rejoins Mme Tilmans concernant l'utilisation du robot, et plus particulièrement l'encodage du code postal des communes. Ce système est extrêmement compliqué et peu praticable dans les faits car il est impossible de connaître tous les codes postaux ; il faut aussi tenir compte des urgences.

Je souhaite que nous avançons rapidement en ce qui concerne la géolocalisation. J'insiste pour que les soins d'urgence, matière essentielle dans des régions telles que les nôtres, constituent une priorité du prochain gouvernement. Je rappelle que cette problématique très particulière touche aussi à la protection de la vie privée.

Nous vous remercions, madame la ministre, pour l'attention que vous accordez à ce dossier. Nous aurons certainement l'occasion d'y revenir dans quelques mois.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Pensez-vous que la géolocalisation de l'appel puisse présenter des problèmes en matière de protection de la vie privée ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Non.

Mme Cécile Thibaut (Ecolo). – J'aimerais savoir quelles sont les limites d'un gouvernement en affaires courantes. Ce gouvernement assume une situation de guerre à l'étranger ; le travail sur le terrain doit aussi être récompensé.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je suis entièrement d'accord avec vous. Nous mettons tout en œuvre pour que le stade 2 soit opérationnel partout. Lorsque ce stade sera atteint et que la géolocalisation sera possible, le système sera déjà très efficace.

L'étape 3 implique une modification de la loi qui n'est pas mince puisque la décision du préposé devra être respectée. C'est une décision politique très importante. À mes yeux, la priorité est d'atteindre partout l'étape 2 ; or cette dernière n'est pas incompatible avec les affaires courantes.

De procedure voor de captatie van telefoonnummers en postcodes is momenteel een enorm probleem. Ik twijfel er niet aan dat de FOD Volksgezondheid, in samenwerking met de FOD Binnenlandse Zaken, dit aspect verder zal uitdiepen.

Dat de provincies onderling zullen moeten samenwerken, is zeer geruststellend. Dit duidt op een open geest. Het arrondissement Dinant zal helemaal niet gehinderd worden door het feit dat de oproepen van dit arrondissement toekomen bij de 100 centrale van Aarlen.

We zouden het op prijs stellen als u ons regelmatig een stand van zaken geeft. De volgende vervaldag is vastgelegd in juli. Het zou goed zijn als we elkaar in september terugzien om deze problematiek verder te bespreken.

De heer Dimitri Fourny (cdH). – *Ik dank de minister voor haar antwoord. Ik ben blij dat ze het project in de provincie Luxemburg en de vooruitgang ervan steunt. Ik noteer dat ze in de toekomst het project verder zal steunen om het naar fase 3 te brengen, waardoor de noden in de provincie Luxemburg en vooral in de landelijke gebieden kunnen worden gelenigd.*

Ik sluit ook aan bij de opmerkingen van mevrouw Tilmans bij het inschakelen van een robot, vooral bij het coderen van de postnummers. Men moet immers ook rekening houden met urgenties.

Ik hoop dat er snel vooruitgang wordt geboekt op het vlak van de geografische lokalisering. Ik dring erop aan dat de dringende medische zorg, die essentieel is in gebieden als de onze, een prioriteit is voor de volgende regering. Deze problematiek raakt ook de bescherming van het privé-leven.

We danken de minister voor de aandacht die ze heeft voor dit dossier. We zullen over enkele maanden zeker nog de gelegenheid hebben om daar verder op in te gaan.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Is de minister van oordeel dat de geografische lokalisering problemen oproept inzake de bescherming van het privé-leven?*

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

Mevrouw Cécile Thibaut (Ecolo). – *Ik wou graag weten wat de beperkingen zijn van een regering in lopende zaken. Deze regering voelt zich betrokken bij een oorlog in het buitenland; maar het werk op het terrein moet ook gebeuren.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik ben het volkomen met u eens. We zullen alles in het werk stellen om fase 2 overal operationeel te maken. Als dat bereikt is en de geografische lokalisering mogelijk is, zal het systeem zeer efficiënt zijn.*

Fase 3 impliceert een niet onbelangrijke wetswijziging, want de beslissing van de aanstelling is bindend. Het is een politiek belangrijke beslissing. Voor mij is overal fase 2 bereiken prioritair en dat is niet onverenigbaar met lopende zaken.

Demande d'explications de M. Dimitri Fourny à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la reconnaissance des services d'urgence hélicoptés» (n° 5-991)

M. Dimitri Fourny (cdH). – Le Centre médical hélicopté – CMH – de Bra-sur-Lienne a été fondé en 1986. Il doit son existence au partenariat conclu entre les provinces de Luxembourg et de Liège, au soutien actif des trente-deux communes situées autour du centre implanté dans la zone rouge démographique la plus importante de Belgique et à la rigueur de la gestion des administrateurs bénévoles de l'asbl.

Le CMH joue un rôle de pionnier en ce qui concerne l'utilisation d'un hélicoptère pour des missions de secours urgent. Il est disponible toute l'année et à toute heure du jour et de la nuit et offre aux patients des régions rurales éloignées des plateaux techniques hospitaliers de pointe, les mêmes chances que les patients des zones urbaines.

Depuis quelques années, le CMH travaille en étroite collaboration avec le SPF Santé publique et avec votre cellule stratégique afin d'établir un cadre réglementaire pour le secours hélicopté en Belgique. Ce cadre permettra une reconnaissance définitive du vecteur hélicopté dans les dispositifs de l'aide médicale urgente.

En outre, le CMH participe à la rédaction d'un projet d'arrêté royal relatif au SMUR hélicopté. Ce dossier, soumis fin 2009 à l'approbation du Conseil national des secours médicaux d'urgence, a permis d'aboutir à la reconnaissance de l'utilité d'un hélicoptère médicalisé en Belgique pour les interventions de secours urgent. La fonction SMUR étant une compétence hospitalière, le projet d'arrêté royal est actuellement soumis au Conseil national des établissements hospitaliers.

Où en est la procédure relative à l'établissement d'un cadre réglementaire pour le secours hélicopté en Belgique ? Le Conseil national des établissements hospitaliers a-t-il rendu son avis concernant le projet d'arrêté royal relatif au SMUR hélicopté qui lui a été soumis ? Comment comptez-vous faire évoluer ce dossier primordial pour les nombreuses populations vivant en zones rurales ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Depuis quelques années, l'hélicoptère de Bra-sur-Lienne opère dans l'Est de la province de Liège et dans le Luxembourg dans le cadre d'une expérience pilote organisée par le SPF Santé. Depuis un an, il est intégré comme intervenant dans les départs primaires SMUR du Luxembourg.

Au terme de cette expérience, à condition que les conclusions de l'expérience soient positives et que la situation budgétaire le permette, un SMUR hélicopté – SMUH – pourrait être pleinement reconnu comme moyen de l'Aide médicale urgente et financé comme un SMUR terrestre.

L'implantation de ce SMUH doit suivre une planification disposant de bases scientifiques. Elle ne peut être envisagée

Vraag om uitleg van de heer Dimitri Fourny aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de erkenning van de medische spoeddiensten per helikopter» (nr. 5-991)

De heer Dimitri Fourny (cdH). – *De medische spoeddienst per helikopter (CMH) van Bra-sur-Lienne werd opgericht in 1986. Dit was mogelijk dankzij een partnership tussen de provincies Luxemburg en Luik, de actieve steun van tweeëndertig gemeenten rond de vestiging in dit demografisch gevoelige gebied van België en de hulp van vrijwilligers van de vzw bij noodgevallen.*

Het CMH speelt een pioniersrol op het vlak van het gebruik van een helikopter voor dringende hulpverlening. Die is het hele jaar dag en nacht beschikbaar en biedt de patiënten uit plattelandsgedebieden die ver verwijderd zijn van een gespecialiseerd medisch centrum dezelfde mogelijkheden als patiënten in stedelijke gebieden.

Sinds enkele jaren werkt het CMH nauw samen met de FOD Volksgezondheid en met de strategische cel voor de uitwerking van een reglementair kader voor de medische spoeddiensten per helikopter in België. Hiermee kan een overbrenging per helikopter definitief als dringende medische hulp worden erkend.

Het CMH werkt mee aan een koninklijk besluit voor de MUG-helikopterdienst. Dit dossier dat eind 2009 ter goedkeuring werd voorgelegd aan de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening, leidde tot een erkenning van het gebruik van een medisch uitgeruste helikopter voor dringende medische hulp. Aangezien de MUG-dienst een ziekenhuisbevoegdheid is, wordt het ontwerp van koninklijk besluit momenteel voorgelegd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Hoever staat het met de procedure voor de uitwerking van een reglementair kader voor de helikopterhulpdiensten in België? Heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen al advies uitgebracht over het ontwerp van koninklijk besluit betreffende de MUG-helikopterdiensten? Hoe denkt u het dossier, dat van uiterst groot belang is voor de vele inwoners van landelijke gebieden, te doen evolueren?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *In het kader van een proefproject van de FOD Volksgezondheid opereert de helikopter van Bra-sur-Lienne al enkele jaren in het oosten van de provincie Luik en in de provincie Luxemburg. Sinds een jaar is hij geïntegreerd in de MUG-dienst van Luxemburg.*

Na afloop van het project, en op voorwaarde dat de conclusies positief zijn en de budgettaire toestand het toelaat, kan een MUG-helikopter erkend worden als middel voor dringende medische hulp en gefinancierd worden als een gewone MUG.

De vestiging van een MUG-helikopterdienst moet gebaseerd zijn op een wetenschappelijk werkplan. Dat kan pas na de

avant la publication de l'arrêté royal de planification et de normes du SMUH ni avant que l'on ait défini des critères de facturation des missions ne pénalisant pas le patient.

Le groupe de travail du CNEH m'a rendu le mois dernier un avis partagé présentant deux positions divergentes.

La première position donne au SMUH, dans le cadre de l'aide médicale urgente, un statut sui generis, autrement dit la fonction SMUH peut-être une fonction hospitalière dont la gestion est confiée à une entité neutre, comme une asbl ; le SMUH a une mission propre et ne peut être comparé à un SMUR terrestre ; le SMUH nécessite une programmation spécifique et un financement propre, supérieur à celui d'un SMUR terrestre, par le biais de l'INAMI et, enfin, le personnel médical doit suivre une formation complémentaire spécifiquement axée sur l'hélicoptère.

La seconde position considère le SMUH, dans le cadre de l'aide médicale urgente, comme les autres fonctions SMUR, à savoir la fonction SMUH doit être considérée comme une fonction hospitalière, avec une base juridique correcte ; les SMUH doivent répondre aux normes, adaptées, des SMUR existants ; les normes à adapter sont celles de la programmation, de l'agrément et du financement des SMUR dans le budget des moyens financiers des hôpitaux ; l'intégration des SMUH doit être similaire à celle des SMUR terrestres par l'intervention du fédéral et des régions et, enfin, l'équipe soignante doit être intégrée dans l'équipe d'un hôpital disposant d'une fonction « Soins urgents spécialisés ».

Je soumettrai ces avis divergents à mon administration, à ses experts et à ses juristes en espérant obtenir une proposition de normes unique, traduite dans un arrêt royal qui sera adressé, pour avis, au Conseil d'État.

Il faudra ensuite attendre d'avoir un gouvernement de plein exercice qui pourra prendre de nouvelles initiatives. Dans l'attente, il ne m'est légalement pas possible d'agréer le moindre SMUH, quelle que soit la qualité du service fourni.

M. Dimitri Fourny (cdH). – Je remercie la ministre de sa réponse. Je prends acte des avis divergents qui posent déjà problème. Nous attendrons des éclaircissements d'ordre juridique. J'espère qu'à terme, nous pourrions régler la situation du cas particulier de Bra-sur-Lienne.

(La séance est levée à 16 h 55.)

publicatie van het koninklijk besluit tot vaststelling van de erkenningsnormen voor de medische spoeddiensten per helikopter en nadat de criteria voor de facturatie van de opdrachten, die niet in het nadeel mogen zijn van de patiënt, zijn vastgelegd.

De werkgroep van de NRZV bracht vorige maand een verdeeld advies uit.

Het eerste standpunt verleent de MUG-helikopter in het kader van de medische urgentie een sui generis-statuuut. Anders gezegd, de MUG-helikopterdienst kan een ziekenhuisfunctie zijn waarvan het beheer wordt toevertrouwd aan een neutrale entiteit, zoals een vzw, de MUG-helikopter heeft een eigen opdracht en kan niet worden vergeleken met een gewone MUG. De MUG-helikopterdienst vereist een specifieke planning en een eigen financiering, die meer kost dan een gewone MUG. Het medisch personeel moet een bijkomende opleiding volgen, specifiek gericht op een helikopterdienst.

De tweede stelling beschouwt de MUG-helikopter, in het kader van de dringende medische hulp, als de andere MUG-diensten. De MUG-helikopter moet beschouwd worden als een ziekenhuisfunctie, met een correcte juridische basis. De MUG-helikopters moeten beantwoorden aan de normen, weliswaar aangepast, van de bestaande MUG's. De aan te passen normen betreffen de planning, de erkenning en de financiering van de MUG's met het budget van de ziekenhuizen. De MUG-helikopters moeten op dezelfde manier geïntegreerd zijn als de gewone MUG's, via tussenkomst van de federale overheid en de gewesten. Tot slot moet het verzorgingsteam deel uitmaken van het team van een ziekenhuis dat over een dienst gespecialiseerde spoedgevallenzorg beschikt.

Ik zal deze uiteenlopende standpunten overmaken aan mijn administratie, aan de deskundigen en aan de juristen en hoop tot een eenvormig voorstel over de normen te komen, dat zal worden verwerkt in een koninklijk besluit dat voor advies aan de Raad van State zal worden overgemaakt.

We moeten wachten op een regering met volle bevoegdheid, die nieuwe initiatieven kan nemen. In afwachting kan ik geen enkele MUG-helikopter erkennen.

De heer Dimitri Fourny (cdH). – *Ik dank de minister voor het antwoord. Ik neem akte van de verschillende standpunten, die al een probleem vormen. We wachten de juridische verduidelijking af, maar ik hoop dat het specifieke geval van Bra-sur-Lienne uiteindelijk kan worden geregeld.*

(De vergadering wordt gesloten om 16.55 uur.)