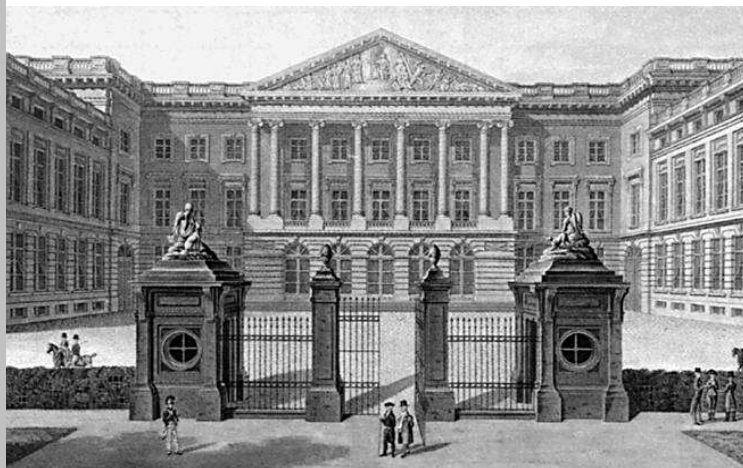


Sénat de Belgique

Session ordinaire 2010-2011



5-64COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 3 mai 2011

Séance de l'après-midi

Annales

Belgische Senaat
Gewone zitting 2010-2011

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 3 mei 2011

Namiddagvergadering

5-64COM

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 «le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et les dangers liés à l'abus de médicaments» (n° 5-473).....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 «la connaissance des langues des médecins urgentistes dans les hôpitaux bruxellois» (n° 5-478)8</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 faux médicaments» (n° 5-558)11</p> <p>Demande d'explications de M. Peter Van Rompuy à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les dépenses pour les soins de santé» (n° 5-559).....13</p> <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les abus sexuels commis par du personnel soignant» (n° 5-575).....14</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 «le droit des enfants d'avoir des parents» (n° 5-624).....17</p> <p>Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement des mammographies» (n° 5-688).....18</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 composition du comité d'hygiène hospitalière» (n° 5-708)21</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 «l'activité du Conseil supérieur des volontaires» (n° 5-722).....22</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 vaccinations obligatoires» (n° 5-728).....23</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 «le refus de vaccination et les conséquences de l'acquiescement et de la dispense de vaccination contre la poliomyélite, prononcés par le tribunal correctionnel de Tournai» (n° 5-734).....23</p> <p>Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la fraude à la carte SIS» (n° 5-767)27</p>	<p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «ADHD en het overdadig en gevaarlijk medicatiegebruik» (nr. 5-473)..... 5</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de talenkennis van spoedartsen in Brusselse ziekenhuizen» (nr. 5-478) 8</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «valse geneesmiddelen» (nr. 5-558)..... 11</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Peter Van Rompuy aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de uitgaven voor de gezondheidszorg» (nr. 5-559) 13</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «seksueel misbruik door hulpverleners» (nr. 5-575) 14</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het recht van kinderen op ouders» (nr. 5-624)..... 17</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van mammografieën» (nr. 5-688)..... 18</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de samenstelling van het comité voor ziekenhuishygiëne» (nr. 5-708) 21</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de activiteiten van de Hoge Raad voor Vrijwilligers» (nr. 5-722) 22</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verplichte vaccinaties» (nr. 5-728) 23</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de weigering van vaccinatie en de gevolgen van de vrijspraak en vrijstelling van poliovaccinatie door de correctionele rechtbank van Doornik» (nr. 5-734)..... 23</p> <p>Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de fraude met de SIS-kaart» (nr. 5-767) 27</p>
---	--

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «Impulseo II et l'avis de l'auditeur du Conseil d'État» (n° 5-772)29	Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «Impulseo II en het advies van de auditeur van de Raad van State» (nr. 5-772)29
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la valorisation des médecins généralistes» (n° 5-795).....30	Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de waardering van huisartsen» (nr. 5-795)30

Présidence de M. Rik Torfs*(La séance est ouverte à 15 h.)***Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et les dangers liés à l'abus de médicaments» (n° 5-473)**

M. Bert Anciaux (sp.a). – Une étude scientifique récente effectuée par le Centre néerlandais ADHD Research montre qu'un régime hypoallergénique strict apporte une amélioration sensible aux enfants atteints du TDAH. L'étude prouve que ces enfants sont hypersensibles à des aliments tout simples comme le lait, la viande bovine et les tomates. Ces aliments tout à fait normaux peuvent occasionner un comportement de TDAH. Il serait donc préférable de traiter les problèmes de comportement des enfants atteints de TDAH avec un régime strict plutôt qu'avec des médicaments. L'étude jette un autre éclairage sur le problème du TDAH et conteste l'usage excessif de médicaments pour lutter contre les symptômes du TDAH. Le traitement médicamenteux du TDAH repose sur le fait que l'on induit un comportement psychotique compulsif en administrant de manière chronique des doses élevées de psychotropes puissants. Les médecins prescrivent des médicaments pour le traitement du TDAH en vue du confort pédagogique de l'entourage du patient.

Les antidépresseurs peuvent mener à la violence, à l'agressivité, au suicide, à des psychoses et à des obsessions. On estime que l'utilisation d'antidépresseurs dans le monde a déjà entraîné 63 000 suicides. Le public est à peine au courant de ce type d'effet secondaire des antidépresseurs. Les patients qui deviennent agressifs ou se suicident dans les établissements psychiatriques sont cependant une réalité attristante mais quotidienne. En outre, on perçoit de plus en plus que les industries pharmaceutique et médicale cachent délibérément les conséquences tragiques de certains médicaments, qui peuvent à juste titre être décrits comme des drogues dures.

La ministre connaît-elle cette étude néerlandaise ? Estime-t-elle tout comme moi que l'on utilise trop de médicaments dans le traitement du TDAH ? Dispose-t-elle de chiffres sur l'utilisation de médicaments comme la Rilatine et d'autres psychostimulants qui sont prescrits depuis un demi-siècle aux enfants atteints du TDAH ? La ministre estime-t-elle tout comme moi que ces médicaments sont en fait des amphétamines qui peuvent entraîner une dépendance ? La conclusion sur l'influence de simples aliments sur le TDAH ne doit-elle pas inciter la ministre et le monde médical à une plus grande réserve dans l'utilisation de ces moyens créant une dépendance ? La pression de l'industrie pharmaceutique n'est-elle pas beaucoup trop forte ? La vente de médicaments ayant un effet extrêmement douteux n'est-elle pas une grave menace pour la santé publique ? La ministre estime-t-elle aussi que les médicaments peuvent entraîner une aggravation des tics, comme cligner des yeux ou se racler la gorge, ou une augmentation de l'instabilité émotionnelle, de l'irritabilité ou de la mélancolie et une diminution de la

Voorzitter: de heer Rik Torfs*(De vergadering wordt geopend om 15 uur.)***Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «ADHD en het overdadig en gevaarlijk medicatiegebruik» (nr. 5-473)**

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Recent wetenschappelijk onderzoek door het Nederlandse ADHD Research Centrum toont aan dat een strikt hypoallergeen dieet aanzienlijke verbetering brengt bij kinderen met ADHD. Het onderzoek bewijst dat ADHD-kinderen overgevoelig zijn voor doodgewone voedingsmiddelen zoals melk, rundvlees en tomaten. Die zeer normale voedingsmiddelen kunnen ADHD-gedrag veroorzaken. Kinderen met ADHD zouden voor hun gedragsproblemen dus beter worden behandeld met een strikt dieet dan met medicatie. Het onderzoek werpt een ander licht op de problematiek van ADHD en betwist het overdadig gebruik van medicatie bij de bestrijding van ADHD-symptomen. De medicamenteuze behandeling van ADHD steunt op het dwangmatig psychotisch maken door chronisch hoge doses sterke psychotica toe te dienen. Artsen schrijven ADHD-medicatie voor met het oog op het pedagogisch comfort van de omgeving van de patiënt.

Antidepressiva kunnen geweld, agressie, zelfmoord, psychoses en manie veroorzaken. Men schat dat het gebruik van antidepressiva wereldwijd al tot 63 000 zelfdodingen leidde. Het publiek blijkt nauwelijks op de hoogte van dat soort bijwerkingen van antidepressiva. Toch blijven patiënten die agressief worden of zelfmoord plegen in psychiatrische inrichtingen, een trieste maar dagelijkse realiteit. Daarbij wordt de perceptie steeds sterker dat de farmaceutische en medische industrieën de noodlottige gevolgen van bedoelde medicatie, die terecht als harddrug kan worden beschreven, bewust verborgen houden.

Kent de minister de Nederlandse studie? Is de minister het met me eens dat er te veel medicatie wordt gebruikt in de aanpak van ADHD? Heeft de minister cijfers over het gebruik van geneesmiddelen zoals Rilatine en andere psychostimulantia die al een halve eeuw worden voorgeschreven bij kinderen met ADHD? Deelt de minister mijn mening dat die medicamenten eigenlijk amfetamines zijn en tot verslaving kunnen leiden? Moet de conclusie over de invloed van gewone voedingsstoffen op ADHD de minister en de medische wereld niet aanzetten tot meer terughoudendheid in het gebruik van die verslavende middelen? Is de druk van de farmaceutische industrie niet veel te zwaar? Is de verkoop van medicamenten met een uiterst betwifelbaar effect geen acute bedreiging voor de volksgezondheid? Beamt de minister dat de medicatie kan leiden tot het verergeren van tics zoals knipperen met de ogen of de keel schrapen, of tot een toename van emotionele labiliteit, prikkelbaarheid of somberheid en een verminderde spontaniteit en robotachtig gedrag? Gaat de minister akkoord met de dringende noodzaak aan bijkomend onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar een juiste behandeling van

spontanéité ainsi qu'un comportement robotisé ? La ministre approuve-t-elle la nécessité d'effectuer d'urgence une étude scientifique indépendante supplémentaire sur un traitement adéquat du TDAH, établissant clairement les avantages et les inconvénients des médicaments ?

La ministre estime-t-elle aussi qu'une étude analogue à celle des Pays-Bas doit être réalisée dans notre pays par un centre de recherche indépendant, sans liens avec la puissante industrie pharmaceutique ?

La ministre estime-t-elle tout comme moi que les antidépresseurs peuvent entraîner la violence, l'agressivité, le suicide, des psychoses et des obsessions ? La ministre sait-elle que ces quatre dernières années le nombre d'enfants atteints du TDAH rendus psychotiques a sextuplé en psychiatrie et que ce nombre ne cesse d'augmenter ?

La ministre dispose-t-elle de chiffres sur la mortalité due aux maladies cardiaques soi-disant congénitales et aux suicides, mais qui peuvent clairement être liés au traitement psychiatrique de ces enfants et à l'utilisation d'antidépresseurs ? La ministre connaît-elle les avertissements de la FDA – Food and Drug Administration des États-Unis – selon lesquels les médicaments destinés à traiter le TDAH peuvent précipiter les enfants vers la psychiatrie et la mort ? La ministre estime-t-elle tout comme moi que ces médicaments relèvent de la législation sur les drogues et que les médecins doivent pouvoir se justifier quand ils prescrivent des drogues dures à des enfants sans véritable indication thérapeutique ? A-t-on déjà mené des études sur ce comportement prescripteur inquiétant des médecins ? Les services de la Justice ont-ils déjà réalisé des enquêtes sur la prescription de ces drogues dures ? La ministre pense-t-elle aussi que, malgré toutes ces sujets d'inquiétude, nos enfants sont encore toujours drogués à l'école et à domicile pour pouvoir mieux réussir et pour le confort pédagogique des parents et des enseignants ?

La ministre pense-t-elle aussi que l'on qualifie habilement les effets de l'utilisation chronique de ces psychotropes de symptômes de la « maladie » ? Par conséquent, le dosage augmente jusqu'à ce qu'on doive même administrer des antipsychotiques ou des neuroleptiques. Il s'avère que les médecins traitants ne sont pas capables de faire la distinction entre les symptômes d'une maladie découverte et les effets secondaires néfastes du dopage chronique. La ministre dispose-t-elle d'un enregistrement des neuroleptiques les plus utilisés chez les enfants ? Estime-t-elle aussi qu'il est possible d'expliquer les effets secondaires des médicaments vendus comme de simples symptômes de la maladie ? Est-elle d'accord de dire que nous sommes ici témoins d'un mouvement perpétuel médical, d'un cercle fermé, avec un effet durable et lucratif exceptionnel pour l'industrie pharmaceutique et médicale ? Je suis toutefois persuadé que la ministre place en toutes circonstances l'intérêt des enfants au-dessus des intérêts de l'industrie pharmaceutique.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je vous propose de vous donner la courte réponse oralement et de vous communiquer la réponse détaillée par écrit. Êtes-vous d'accord ?

M. Bert Anciaux (sp.a). – Bien sûr.

ADHD, waarbij de pro's en contra's van medicatie duidelijk in beeld komen?

Beaamt de minister dat het Nederlands onderzoek in ons land navolging moet krijgen en uitgevoerd moet worden door een onafhankelijk onderzoekscentrum, zonder bindingen met de machtige farmaceutische industrie?

Is de minister het met me eens dat antidepressiva geweld, agressie, zelfmoord, psychoses en manie kunnen veroorzaken? Weet de minister dat de jongste vier jaar het aantal psychotisch gemaakte ADHD-kinderen in de psychiatrie verzesvoudigde en dat dit aantal nog stijgt?

Beschikt de minister over cijfers van het aantal sterfgevallen toegeschreven aan zogezegde aangeboren hartziekten en aan zelfmoorden, maar die duidelijk gelinkt kunnen worden aan het behandelen van die kinderen in de psychiatrie en het gebruik van de antidepressiva? Kent de minister de waarschuwingen van de FDA – Food and Drug Administration in de VS – volgens welke ADHD-medicatie kinderen de psychiatrie en de dood kan injagen? Is de minister het met me eens dat de ADHD-medicatie onder de drugswetgeving valt en dat dokters zich moeten kunnen verantwoorden als ze zonder een echte therapeutische indicatie die harddrugs aan kinderen voorschrijven? Werden rond dat bedenkelijke voorschrijfgedrag van artsen al onderzoeken uitgevoerd? Hebben de diensten van justitie al onderzoeken opgezet rond het voorschrijven van die harddrugs? Is de minister het met me eens dat niettegenstaande al die bekommernissen onze kinderen op school en thuis nog steeds worden gedrogeerd om beter te kunnen presteren en ter wille van het pedagogische comfort van ouders en leerkrachten?

Is de minister het eens met de stelling dat de effecten van het chronisch gebruik van die psychotica handig worden aangegrepen om ze als symptomen van de 'ziekte' te verklaren. Daardoor neemt de dosering steeds toe, tot het niveau dat men zelfs antipsychotica of neuroleptica moet toedienen. Behandelende artsen blijken niet in staat de symptomen van een uitgevonden ziekte te onderscheiden van de schadelijke nevenwerkingen van chronisch dopinggebruik. Beschikt de minister over een registratie van de meest gebruikte neuroleptica bij kinderen? Beaamt ze dat het mogelijk is nevenwerkingen van de verkochte medicatie gewoon als symptomen van de ziekte uit te leggen? Is ze het met me eens dat we hier getuige zijn van een medisch perpetuum mobile, een gesloten cirkel, met een uitzonderlijk duurzaam en lucratief effect voor de farmaceutische en medische industrie? Ik ben er evenwel van overtuigd dat de minister het belang van kinderen in alle omstandigheden boven de belangen van de farmaceutische industrie stelt.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik stel voor dat ik mondeling het korte antwoord geef en het gedetailleerde antwoord schriftelijk overhandig. Bent u het daarmee eens?

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Natuurlijk.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *L'étude du centre de recherche néerlandais sur l'influence de la nourriture sur le TDAH n'est pas la première à tenter d'établir un lien entre ces deux éléments. D'autres études suggèrent que certains additifs alimentaires pourraient mener à une hyperactivité, mais que l'effet est minime. Actuellement, les preuves scientifiques me semblent donc insuffisantes.*

Je ne manquerai cependant pas d'en informer le Conseil supérieur de la santé à qui j'ai demandé de donner un avis sur l'usage des stimulants chez les enfants.

Cet avis viendra s'ajouter aux conclusions de la table ronde sur les psychotropes que j'ai lancée en mars 2010. Celle-ci a fait des propositions visant à mieux encadrer la prescription pour les patients souffrant du TDAH, principalement en matière de formation et d'information. La reconnaissance de la profession de psychologue clinicien et, à plus longue échéance, de psychothérapeute a également été pointée comme solution dans le cas de formes modérées et comme complément à un traitement médicamenteux.

Les chiffres dont je dispose confirment en effet que le nombre de patients traités est en constante augmentation. Le nombre de patients sous Rilatine, seule spécialité remboursée, a pratiquement doublé de 2005 à 2009. La même tendance s'observe pour les autres psychostimulants non remboursés. Ces chiffres globaux sont cependant à interpréter avec prudence étant donné qu'ils ne sont pas spécifiques pour les enfants.

Il est exact qu'un mésusage chronique de ces médicaments psychostimulants peut induire une dépendance psychique. Ces médicaments ont cependant, comme tout médicament enregistré par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, fait l'objet d'une analyse approfondie et ont démontré leur efficacité et leur rapport bénéfice/risque favorable.

En outre, plusieurs initiatives ont été prises afin d'informer les prescripteurs sur la prise en charge du TDAH.

Ainsi, en 2009, l'Agence européenne des médicaments a demandé l'harmonisation de la notice à travers l'Union européenne de tous les médicaments contenant le méthylphénidate, avec une obligation de contenir des informations de sécurité. Il est donc demandé aux médecins, avant de démarrer un traitement, de faire un dépistage des problèmes de tension artérielle et cardiaques ainsi que des troubles psychiatriques et de faire un contrôle régulier durant le traitement. Il leur est également demandé d'interrompre le traitement au moins une fois par an et de suivre la taille et le poids des patients.

De plus, le méthylphénidate fait l'objet d'un suivi étroit par le biais d'un Plan de gestion des risques harmonisé au niveau européen.

Par ailleurs, au niveau belge, une fiche de transparence a été publiée en décembre 2010 par le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) et a été transmise à tous les médecins et pharmaciens.

Enfin, tout médecin qui a prescrit du méthylphénidate doit, le cas échéant, justifier de son emploi devant la Commission

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het onderzoek van het Nederlandse onderzoekscentrum naar de invloed van voeding op ADHD is niet het eerste dat die twee elementen met elkaar in verband probeert te brengen. Andere studies suggereren dat bepaalde additieven voor levensmiddelen hyperactiviteit kunnen veroorzaken, maar dat het effect ervan miniem is. Momenteel lijkt er mij dus onvoldoende wetenschappelijk bewijs te bestaan.*

Ik zal zeker de Hoge Gezondheidsraad, die ik overigens om advies heb gevraagd over het gebruik van stimulantia bij kinderen, op de hoogte brengen van de problematiek.

Dat advies zal de conclusies vervolledigen van de rondetafel over psychostimulerende middelen die ik in maart 2010 heb gelanceerd. Daar werden voorstellen gedaan om het voorschrijven voor ADHD-patiënten beter te begeleiden, in het bijzonder inzake opleiding en informatie. Het erkennen van het beroep van klinisch psycholoog en – op langere termijn – van psychotherapeut werd ook als een oplossing aangereikt in het geval van matige vormen en als aanvulling op een behandeling met geneesmiddelen.

De cijfers waarover ik beschik, bevestigen inderdaad dat het aantal patiënten dat wordt behandeld, continu stijgt. Tussen 2005 en 2009 is het aantal patiënten met Rilatine, de enige terugbetaalde specialiteit, bijna verdubbeld. Dezelfde tendens wordt overigens waargenomen voor de andere niet-terugbetaalde psychostimulantia. Deze meer algemene cijfers moeten echter omzichtig worden geïnterpreteerd aangezien het geen specifieke gegevens voor kinderen zijn.

Chronisch misbruik van psychostimulerende middelen kan inderdaad tot psychische afhankelijkheid leiden. Zoals elk bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten geregistreerde geneesmiddel werden deze geneesmiddelen echter grondig onderzocht en hun doeltreffendheid en gunstige verhouding voordeel/risico aangetoond.

Er werden bovendien verschillende initiatieven genomen om voorschrijvers te informeren over de behandeling van ADHD.

Zo vroeg het Europees Geneesmiddelenagentschap in 2009 voor de hele Europese Unie een harmonisatie van de bijsluiters van alle geneesmiddelen op basis van methylfenidaat, met een verplichting om veiligheidsinformatie te bevatten. Bijgevolg vraagt men aan de dokters om vóór het starten van een behandeling te onderzoeken of er zich problemen met de bloeddruk of de hartslag hebben voorgedaan en of er psychiatrische stoornissen waren, en om tijdens de behandeling regelmatig een controle uit te voeren. Men vraagt hun ook om de behandeling minstens één keer per jaar te onderbreken en de lengte en het gewicht van de patiënten te volgen.

Daarnaast wordt methylfenidaat via een Europees geharmoniseerd risicobeheerplan strikt gevolgd.

Op Belgisch niveau publiceerde het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie in december 2010 trouwens een transparantiefiche, die naar alle artsen en apothekers werd gezonden.

Tot slot moet elke arts die methylfenidaat voorschrijft in

médicale provinciale compétente. En 2009, quatre médecins wallons et sept médecins flamands ont été convoqués par cette commission.

Je ne dispose pas de données sur les décès qui pourraient être liés de manière indirecte aux médicaments psychotropes en Belgique. De tels chiffres exigent une récolte de données très pointue qui n'existe pas. Les études internationales sont par contre bien connues et pertinentes également pour la Belgique.

Même si je ne veux pas minimiser l'influence du marketing des firmes pharmaceutiques, je rappellerai quand même qu'en matière de publicité l'industrie pharmaceutique doit se conformer à une réglementation stricte.

Cela dit, après avoir constaté, lors de formations continuées d'enseignants, la présence de publications soutenues par des firmes pharmaceutiques et proposant, entre autres, la prise de Rilatine en cas de troubles de comportement chez l'enfant, j'ai écrit aux Communautés pour insister sur les effets pervers de ce médicament, par exemple concernant la croissance, et sur le danger de ce type de publications.

J'en ai ainsi terminé avec ma réponse orale. Vous trouverez l'ensemble des chiffres dans ma réponse écrite.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je remercie la ministre des initiatives déjà prises. La ministre est critique, mais je me pose la question de savoir si, sur le plan politique, nous ne devons pas être encore plus critiques.*

Ma crainte que la progression des médicaments destinés au traitement du TDAH soit due au travail de lobby du secteur pharmaceutique à l'égard du secteur médical n'est pas dissipée par la réponse. Je suis particulièrement préoccupé par cette influence. J'essaierai de collecter encore des informations complémentaires et je reviendrai ultérieurement sur la question.

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale.* – *Un problème ne se pose pas uniquement pour les médicaments destinés au traitement du TDAH mais également pour les psychotropes.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la connaissance des langues des médecins urgentistes dans les hôpitaux bruxellois» (n° 5-478)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Durant le week-end des 5 et 6 février, une maman a dû emmener son enfant, brûlant de fièvre (plus de 40°), à l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, à Bruxelles. Après avoir attendu trois heures qu'un médecin soit disponible, il s'est immédiatement avéré que ce dernier parlait à peine le français et encore moins le néerlandais. Ce médecin a renvoyé la dame chez elle en lui conseillant de consulter son pédiatre après le week-end. Heureusement, elle s'est rendue dans un autre hôpital, où le diagnostic immédiat d'une otite doublée d'une angine donna lieu à un traitement adapté. Le porte-parole de l'Hôpital*

voorkomend geval het gebruik ervan voor de bevoegde Provinciale Geneeskundige Commissie rechtvaardigen. Deze commissie heeft in 2009 vier Waalse en zeven Vlaamse artsen opgeroepen.

Ik beschik niet over gegevens met betrekking tot overlijdens die onrechtstreeks met psychostimulerende geneesmiddelen in België zouden kunnen in verband worden gebracht. Dergelijke cijfers vereisen een zeer gerichte verzameling van gegevens, en die is er niet. De internationale onderzoeken zijn echter welbekend en zijn ook voor België relevant.

Ik wil de invloed van de marketing door de farmaceutische bedrijven niet minimaliseren, maar wat reclame betreft is de farmaceutische industrie aan strikte regels gebonden.

We hebben vastgesteld dat tijdens de bijscholing van leerkrachten publicaties van de farmaceutische sector worden rondgedeeld waarin onder meer het gebruik van Rilatine wordt aangeraden voor kinderen met gedragsproblemen. Ik heb de gemeenschappen dan ook schriftelijk gewezen op de perverse effecten van het geneesmiddel, onder meer op de groei, en op het gevaar van dergelijke publicaties.

Tot zover mijn mondelinge antwoord. Alle cijfergegevens staan in het schriftelijke antwoord.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik dank de minister voor de reeds genomen initiatieven. De minister is kritisch, maar ik stel me de vraag of we vanuit het beleid niet nog kritischer moeten zijn.

Mijn vrees dat de opmars van de ADHD-medicatie mee veroorzaakt wordt door het lobbywerk van de farmaceutische sector ten aanzien van de medische sector, is door het antwoord niet weggenomen. Ik maak me bijzonder veel zorgen over die invloed. Ik zal daarover nog bijkomende informatie proberen te verzamelen en dan kom ik daar later nog op terug.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie.* – Er is niet alleen een probleem voor de ADHD-medicatie maar ook voor de psychotrope stoffen.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de talenkennis van spoedartsen in Brusselse ziekenhuizen» (nr. 5-478)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – In het weekend van 5 en 6 februari diende een moeder zich met haar zieke kind aan bij het Brussels universitair kinderziekenhuis Koningin Fabiola. Het kind had meer dan 40° koorts. Toch moest de moeder nog drie uur wachten alvorens een arts beschikbaar was. Meteen bleek dat de arts nauwelijks Frans, laat staan Nederlands, sprak. De arts stuurde de moeder terug naar huis met het advies na het weekend haar gewone kinderarts op te zoeken. De moeder begaf zich gelukkig naar een ander ziekenhuis, waar meteen de diagnose van een zware oor- en keelontsteking werd gesteld en een aangepaste verzorging

Reine Fabiola a reconnu que certains problèmes linguistiques n'étaient pas exclus.

Comment la ministre réagit-elle à ce récit pour le moins choquant ? Comment explique-t-elle le délai d'attente de trois heures et cette incapacité du médecin concerné à communiquer ? Peut-elle encore justifier que les soins de santé soient dispensés d'une telle façon à Bruxelles ? La ministre n'est, certes, pas le pouvoir organisateur, mais je voudrais savoir de quels instruments elle dispose pour éviter pareilles situations.

A-t-elle convoqué les responsables de cet hôpital ? Comment juge-t-elle la réaction du porte-parole de celui-ci ? Un tel hôpital répond-il aux exigences minimales de qualité, nécessaires pour continuer à obtenir des subsides ? La ministre peut-elle assurer aux Bruxellois que de telles situations ne se reproduiront plus ? Dans l'affirmative, sur quels arguments et sur quelles assurances sa réponse est-elle fondée ? Dans la négative, comment explique-t-elle son impuissance à l'égard des parents et des enfants susceptibles de devoir se rendre dans cet hôpital durant le week-end ?

M. Louis Ide (N-VA). – *J'ai déjà exprimé mon inquiétude à ce sujet au sein de cette commission. Je continue à plaider en faveur de tests de connaissances linguistiques pour les médecins. En effet, la relation entre le médecin et son patient est basée sur la langue. Une compréhension mutuelle est indispensable à la formulation d'un diagnostic correct. Il s'agit ici d'un cas spectaculaire, mais les subtilités de langage ont également leur importance lors d'une simple consultation.*

Le député Ben Weyts a pris plusieurs initiatives à cet égard en ce qui concerne Bruxelles. Je compte moi-même m'atteler plus largement à la problématique de l'emploi des langues entre les dispensateurs de soins et leurs patients.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Cette question m'a déjà été posée. Dans un souci de cohérence, je donnerai dès lors la même réponse.*

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Ma question concerne les faits qui se sont déroulés les 5 et 6 février. J'ai déposé ma demande d'explications le 7 février.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Je ne vous reproche certainement pas de m'interroger à ce sujet, mais je signale simplement que M. Ide a posé la même question, à laquelle j'ai répondu lors de la dernière séance de commission.*

Les faits évoqués se sont déroulés à l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola dans la nuit du 29 au 30 janvier. Je ne dispose pas d'autres informations que celles relayées par la presse et j'ai donc pris connaissance des éléments avancés ainsi que de la réaction officielle de la direction de l'hôpital.

Selon la direction, il est en tout cas faux de prétendre que le médecin incriminé ne parlait aucune des deux langues nationales. Dans ce même communiqué, le directeur général

verd opgestart. De woordvoerder van het Koninklijk Fabiolaziekenhuis gaf toe dat taalproblemen niet uitgesloten zijn.

Hoe beoordeelt de minister dit schokkende verhaal? Hoe verklaart zij zowel de lange wachttijd van drie uur als het communicatieve onvermogen van de betrokken arts? Kan zij nog verantwoorden dat de gezondheidszorg in Brussel op dergelijke wijze wordt toegepast? Ik besef dat de minister niet de inrichtende macht is van het ziekenhuis, maar ik wens toch te vernemen over welke instrumenten zij beschikt om dergelijke situaties te voorkomen. Heeft zij de verantwoordelijken van dit ziekenhuis geconvoceerd? Hoe evalueert de minister de reactie van het ziekenhuis, waaruit blijkt dat taalproblemen zeker niet uitzonderlijk zijn? Voldoet een ziekenhuis dat een dergelijke stelling verkondigt, nog aan de minimale kwaliteitseisen, noodzakelijk om subsidies te blijven ontvangen? Kan de minister de Brusselaars garanderen dat dergelijke situaties niet meer zullen voorkomen? Zo ja, op welke argumenten en zekerheden berust haar antwoord? Zo niet, hoe verklaart zij haar onmacht tegenover de ouders en kinderen die zich elk weekend opnieuw in dat ziekenhuis kunnen aanbieden?

De heer Louis Ide (N-VA). – *Ik heb mijn bezorgdheid daaromtrent enige tijd geleden ook al in deze commissie geuit. Ik blijf ervoor pleiten dat de taalkennis bij artsen wordt getest. De arts-patiëntrelatie is immers gebaseerd op taal, wat van groot belang is om in de anamnese exact te weten wat er aan de hand is. Wat de heer Anciaux aanhaalt, is een zeer spectaculair geval. Maar ook tijdens een gewone consultatie spelen subtiliteiten in het taalgebruik tussen arts en patiënt een belangrijke rol. Boodschapper en ontvanger moeten exact weten waarover het gaat.*

Kamerlid Ben Weyts heeft hierover in verband met de Brusselse problematiek een aantal initiatieven gelanceerd. Zelf zal ik een ruimer initiatief nemen rond de problematiek van het taalgebruik tussen patiënt en zorgverstreker.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het is niet de eerste keer dat men mij die vraag stelt. Om redenen van coherentie zal ik hetzelfde antwoord geven als de vorige keer.*

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Mijn vraag gaat over de feiten van 5 en 6 februari. Ik heb mijn vraag op 7 februari ingediend.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik verwijt u niet dat u mij hierover een vraag stelt. Ik merk alleen op dat de heer Ide dezelfde vraag heeft gesteld en dat ik die tijdens de jongste vergadering van de commissie al heb beantwoord.*

De feiten speelden zich in de nacht van 29 op 30 januari af in het Universitair Kinderziekenhuis Koninklijk Fabiola. Ik heb geen andere informatie dan die uit de pers en heb dus kennis genomen van de elementen die de heer Anciaux aanhaalt en ook van de officiële reactie van de directie van het betrokken ziekenhuis.

De directie zei dat het in elk geval niet klopt dat de beschuldigde arts geen enkele van de twee landstalen spreekt.

médical conteste également la température citée et signale qu'aucune plainte n'a été reçue à ce jour. Tous les éléments du dossier ne semblent donc pas encore connus. De toute façon, il ne m'appartient pas d'intervenir plus avant dans cet éventuel litige. En vertu de la loi sur les hôpitaux, la responsabilité générale et finale incombe en effet au gestionnaire, tant pour l'organisation et le fonctionnement que sur le plan financier. Du reste, la responsabilité d'un prestataire de soins est déterminée au cas par cas et relève de la compétence exclusive du pouvoir judiciaire.

Les hôpitaux publics bruxellois sont soumis à la tutelle d'IRIS, réseau interhospitalier lui-même soumis à la tutelle de la Commission communautaire commune.

Ces institutions hospitalières obéissent aux lois sur l'emploi des langues en matière administrative. Les plaintes relatives au non-respect de cette législation peuvent toujours être adressées à la Commission permanente de contrôle linguistique.

De manière plus générale, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précise que la communication avec le patient doit se dérouler dans une langue claire. Ainsi, le prestataire de soins doit pouvoir se faire comprendre par le patient. Les plaintes relatives au non-respect, par des prestataires de santé, des droits consacrés par cette loi peuvent être adressées au service de médiation, obligatoire pour chaque hôpital.

En tant que ministre de la Santé publique, j'accorde évidemment un intérêt particulier au respect des droits des patients. Je trouve évidemment tout à fait légitime qu'un patient s'attende à être traité dans sa langue, quelles que soient la nationalité et l'origine du dispensateur de soins, et la langue du diplôme.

Il existe un cadre européen pour les professionnels de la santé migrants. La directive n° 2005/36 concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles, transposée par la loi du 12 février 2008 et l'arrêté royal n° 78, impose aux bénéficiaires de la reconnaissance de ces qualifications professionnelles d'avoir les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de leur profession, c'est-à-dire, pour la Belgique, de connaître le néerlandais, le français ou l'allemand. En cette matière, ni la directive ni la loi n'imposent ou n'évoquent des tests linguistiques, voire un processus d'évaluation spécifique. L'obligation ne s'inscrit en outre pas dans le cadre des chapitres consacrés à la reconnaissance même des qualifications professionnelles.

À cet égard, la preuve de la connaissance linguistique doit, selon les instances européennes, pouvoir être apportée par tout moyen, sans restriction. Le principe de proportionnalité doit également être respecté. Donc, si les tests de langue ne sont pas exclus, ils ne pourront être utilisés de manière systématique ni standardisée et sont subordonnés à tout autre moyen de preuve.

Mon administration étudie actuellement le moyen d'intégrer ces tests aux autres tests et vérifications pouvant ou devant être réalisés dans le cadre de l'application de la directive. Comme celle-ci prévoit que chaque dossier doit faire l'objet d'un examen sur mesure et que certains doivent en outre bénéficier d'une reconnaissance automatique, la question n'est pas simple. Cette question s'intègre dans une réflexion

De medische algemeen directeur betwist in hetzelfde persbericht ook dat de patiënt hoge koorts had en hij meldt dat tot op die dag geen enkele klacht werd ontvangen. Het lijkt er dus op dat nog niet alle elementen van de zaak bekend zijn. Ik mag in elk geval in dit eventuele geschil niet verder tussenbeide komen. Wat de aansprakelijkheid betreft, draagt volgens de ziekenhuiswet de beheerder op het vlak van organisatie, werking en finances immers de algemene en uiteindelijke aansprakelijkheid voor de ziekenhuisactiviteiten. Voor het overige moet de aansprakelijkheid van een zorgverlener geval per geval worden onderzocht. Dat valt onder de uitsluitende bevoegdheid van de rechterlijke macht.

De Brusselse openbare ziekenhuizen vallen onder de voogdij van het IRIS-interziekenhuisnetwerk, dat op zijn beurt onder het administratief toezicht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie valt.

De ziekenhuisinstellingen vallen onder de wetten op het taalgebruik in bestuurszaken. Klachten over de niet-naleving van de taalwetgeving kunnen altijd aan de Vaste Commissie voor Taaltoezicht worden gericht.

Meer algemeen stipuleert de wet van 22 augustus 2002 betreffende de patiëntenrechten dat de communicatie met de patiënt in een duidelijke taal moet verlopen. De zorgverlener moet er dus voor zorgen dat de patiënt hem begrijpt. Klachten over de niet-naleving door zorgverleners van de door de wet beschermde rechten kunnen tot de in elk ziekenhuis verplichte ombudsdienst worden gericht.

Als minister van Volksgezondheid heb ik natuurlijk een bijzondere aandacht voor de eerbiediging van de patiëntenrechten. Het is uiteraard absoluut gewettigd dat een patiënt verwacht dat hij in een taal behandeld wordt die hij begrijpt, ongeacht de nationaliteit, de afkomst of de taal van het diploma van de zorgverlener.

Er bestaat een Europees kader voor de migrant-gezondheidsbeoefenaar. De richtlijn 2005/36 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, omgezet door de wet van 12 februari 2008 en het koninklijk besluit nr. 78, verplicht de begunstigden van de erkenning van de beroepskwalificaties om de voor de beroepsuitoefening vereiste talenkennis te hebben. Dat houdt in België de kennis van het Nederlands, het Frans of het Duits in. Noch de richtlijn, noch de wet verplicht of vermeldt ter zake taaltesten of zelfs een specifieke evaluatieprocedure. De verplichting valt bovendien buiten de hoofdstukken over de eigenlijke erkenning van de beroepsbekwaamheden.

In dat verband moet volgens de Europese instellingen de talenkennis op elke manier en zonder beperking kunnen worden aangetoond. Men moet ook het evenredigheidsbeginsel naleven. Zijn taalproeven dus niet uitgesloten, dan kunnen ze niet systematisch of standaard worden gebruikt en zijn ze ondergeschikt aan elk ander bewijsmiddel.

Mijn administratie onderzoekt momenteel hoe men deze proeven kan integreren in de andere proeven en controles die in het kader van de toepassing van deze richtlijn kunnen of moeten worden uitgevoerd. Het is geen eenvoudige zaak, aangezien deze richtlijn bepaalt dat elk dossier het voorwerp moet uitmaken van een onderzoek op maat en dat sommige dossiers ook een automatische erkenning moeten krijgen.

plus large, actuellement en cours, sur la transposition de la directive. La Commission européenne vient en effet d'adresser une mise en demeure à la Belgique, estimant que celle-ci impose un régime trop strict de reconnaissance des prestataires de soins originaires d'États membres de l'Union européenne.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je prendrai une initiative en la matière. Je conseille à la ministre une lecture approfondie de ce texte, qui offrira une solution.*

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Dans ce cas, je soutiendrai volontiers cette initiative.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les faux médicaments» (n° 5-558)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Selon diverses sources, la diffusion de faux médicaments, entre autres sur l'internet, évolue rapidement et prend une ampleur alarmante. Des données de l'Union européenne montrent un quadruplement du nombre de saisies de médicaments falsifiés. Les sommes consacrées au commerce de produit contrefaits croissent de manière exponentielle. Cette question dépasse en grande mesure ce qu'ironiquement, j'appelle la contrefaçon de simples médicaments. De plus en plus les contrefacteurs se tournent vers des médicaments essentiels. Dans les circuits légaux de distribution au sein de l'Union européenne, le pourcentage de contrefaçon est assez limité. Il y aurait toutefois entre un et trois pour cent de médicaments falsifiés dans les pharmacies. Mais sur l'internet, c'est déjà la moitié des médicaments proposés qui seraient des contrefaçons. On constate dans le même temps une croissance du commerce des médicaments sur l'internet.*

La Commission européenne veut commencer la lutte contre le commerce de médicaments contrefaits, entre autres en instaurant de nouveaux labels de sécurité. Elle vise ainsi à imposer un enregistrement et une traçabilité des médicaments depuis la production jusqu'à la vente et du producteur jusqu'au malade. Il y aura aussi un logo européen pour les sites internet agréés qui proposent des médicaments sûrs. Notre pays est-il impliqué dans ces initiatives de la Commission européenne dans la lutte contre la contrefaçon de médicaments ? Les services publics et les autres acteurs concernés sont-ils au courant de ces actions ? Quel est coût total de la nouvelle lutte contre les médicaments illégaux ? Cette approche conduit-elle également à une amélioration de la qualité des produits ou s'agit-il seulement d'une mesure de protection de l'industrie pharmaceutique ? Comment peut-on empêcher que cette stratégie ne débouche sur une augmentation du prix des médicaments ?

À combien estime-t-on les pertes dues à la contrefaçon pour l'industrie pharmaceutique ? Je le demande parce j'ai entendu que les coûts de la surveillance de la qualité seraient répercutés sur l'industrie pharmaceutique, qui a son tour les imputerait aux utilisateurs, les personnes qui ont besoin de médicaments. La ministre possède-t-elle des garanties que les prix des médicaments n'augmenteront pas ? Ne pouvons-nous pas, puisque le contrôle et la surveillance intensifiés sont

Deze kwestie maakt deel uit van een ruimer beraad dat momenteel over de omzetting van de richtlijn wordt gevoerd, aangezien de Europese Commissie België onlangs in gebreke heeft gesteld. België zou immers, volgens de Commissie, de zorgverleners uit lidstaten van de Europese Unie aan een te strikt erkenningsstelsel onderwerpen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik zal ter zake een initiatief nemen. Ik raad de minister aan het grondig te lezen, aangezien het een uitweg uit de problemen zal bieden.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – In dat geval zal ik het initiatief graag steunen.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «valse geneesmiddelen» (nr. 5-558)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – De verspreiding van valse geneesmiddelen, onder meer via het internet, evolueert snel en neemt volgens vele bronnen een alarmerende omvang aan. Cijfers van de Europese Commissie wijzen op een verviervoudiging sinds 2005 van het aantal inbeslagnames van vervalste medicijnen. Het bedrag aan verhandelde illegale producten stijgt exponentieel. Deze problematiek overtreft in ruime mate de wat ik ironisch banale vervalsingen van eenvoudige medicijnen noem. Meer en meer storten de vervalsers zich op levensreddende medicijnen. Binnen de legale distributiekanaalen blijft het percentage van vervalsingen in de Europese Unie eerder beperkt. Ook in de apotheken zou maar 1 tot 3% van de medicijnen vervalst zijn. Op het internet gaat het echter al over de helft van de aangeboden medicijnen. Tegelijkertijd stelt men een stijgende verkoop van medicijnen via internet vast.

De Europese Commissie wil de strijd aanbinden met de handel in valse medicijnen, onder meer door het invoeren van nieuwe veiligheidskenmerken. Daarmee beoogt ze een volledige registratie en opspoorbaarheid van medicamenten, van productie tot verkoop en van producent tot patiënt. Er komt ook een Europees logo voor erkende internetsites die veilige geneesmiddelen aanbieden.

Is ons land betrokken bij deze initiatieven van de Europese Commissie in de strijd tegen valse medicamenten? In hoeverre werd dit actieplan besproken binnen de Raad van Europese ministers van Volksgezondheid? Zijn de betrokken overheidsdiensten en andere actoren op de hoogte van de acties? Wat is de totale kostprijs van de hernieuwde strijd tegen illegale medicijnen? Leidt deze aanpak ook tot een kwaliteitsverbetering van de producten of gaat het louter om een bescherming van de farmaceutische industrie? Hoe kan men voorkomen dat deze strategie meteen ook prijsverhogingen van de medicamenten veroorzaakt?

Hoe groot raamt men momenteel het verlies door namaak voor de farmaceutische industrie? Ik vraag dit omdat ik heb gehoord dat de kosten voor de kwaliteitsbewaking zouden worden verhaald op de farmaceutische industrie, die ze op haar beurt zou doorrekenen aan de gebruikers, de mensen die de medicatie nodig hebben. Beschikt de minister dus over waarborgen dat de prijzen van de geneesmiddelen hierdoor niet zullen stijgen? Mogen we door deze verhoogde controle

exercés par les autorités publiques, demander à bon droit plutôt que les prix des médicaments baissent, puisque la consommation de médicaments légaux augmentera et que la perte due à la contrefaçon diminuera ? Comment ce contrôle justifié et – espérons-le – effectif dans l'Union européenne s'exercera-t-il sur la vente éventuelle de médicaments à partir d'autres continents ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Dans le cadre de la présidence belge de l'Union européenne, notre pays a été étroitement associé à l'élaboration d'un amendement au code communautaire sur les médicaments, la directive 2001/83. L'objectif de cet amendement est de mieux protéger le marché et le patient contre la contrefaçon des médicaments. On a obtenu, sous la présidence belge, un accord politique sur le texte qui a été adopté récemment par le parlement européen. Le conseil des ministres européens se prononcera début juin. La publication officielle de cet amendement à la directive 2001/83 devrait alors suivre rapidement.*

Les discussions, sur le plan européen, ont été coordonnées par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, en collaboration avec notre représentation permanente. Les différents services publics et autres acteurs ont toujours été tenus au courant des résultats des discussions.

La Commission européenne a réalisé une étude d'impact du projet et de son coût. Ce document, SEC(2008) 2674, est consultable sur internet. Outre une estimation du coût, il donne une description des différents contacts et consultations qui ont eu lieu. Pour l'industrie pharmaceutique, le coût, calculé sur une période de 10 ans et à l'échelle européenne, se situe entre 6,8 et 11 milliards d'euros. D'autres acteurs de la chaîne de distribution sont impliqués, il y aura ainsi pour les pharmaciens un coût supplémentaire d'environ 157 millions d'euros, pour les distributeurs un coût supplémentaire de 683 millions d'euros et pour les producteurs des matières premières pharmaceutiques, 320 millions d'euros, l'essentiel de ce dernier coût est cependant à charge de fabricants hors Union. Tous ces montants valent pour une période de dix ans. Il faut souligner que cette étude d'impact chiffre les mesures telles qu'elles ont été proposées par la Commission européenne. La proposition de la Commission européenne a depuis été adaptée par le Conseil et le parlement, en accord avec la Commission européenne.

Les répercussions pour le patient restent limitées du fait que l'étiquetage de sécurité ne s'applique que sur les médicaments sujets à prescription, ou les médicaments qui risquent d'être contrefaits. Les médicaments sous prescription médicale qui ont peu de risque d'être contrefaits peuvent être dispensés de l'étiquetage de sécurité. Ces aspects sont aussi largement détaillés dans le rapport de l'étude d'impact. On y trouve également un examen approfondi des coûts directs et indirects que les médicaments contrefaits entraîneraient si l'on ne réagissait pas.

Ils sont estimés entre 9,5 milliards et 116 milliards d'euros. Tous ces chiffres sont, bien entendu, des évaluations ; le coût réel dépendra de l'implémentation technique qui sera déterminée par la Commission européenne, via des actes délégués, et des possibilités technologiques qui évoluent sans

en kwaliteitsbewaking door de overheid niet met recht en reden vragen de prijzen van de geneesmiddelen eerder te verlagen, aangezien de consumptie van legale geneesmiddelen zal toenemen en het verlies wegens vervalsing zal verminderen? Hoe sluit deze terechte en hopelijk effectieve controle in de Europese Unie aan op de mogelijke verkoop vanuit andere continenten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ons land is in het kader van het Belgisch voorzitterschap van de Europese Unie nauw betrokken geweest bij de uitwerking van de aanpassing van het communautair wetboek inzake geneesmiddelen, de richtlijn 2001/83. Met deze aanpassing wil men de markt en de patiënt beter beschermen tegen nagemaakte geneesmiddelen. Over de tekst van de richtlijn, die onlangs in het Europees Parlement is goedgekeurd, werd onder het Belgisch voorzitterschap een politiek akkoord bereikt. De Raad van ministers zal zich begin juni uitspreken. De officiële bekendmaking van de aanpassing van de richtlijn wordt dan snel verwacht.*

De besprekingen op Europees vlak werden, in samenwerking met de permanente vertegenwoordiging, gecoördineerd vanuit het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten. De betrokken overheidsdiensten en andere actoren werden steeds op de hoogte gehouden van de resultaten van de besprekingen.

Voor de kostprijs van het project heeft de Europese Commissie een impact assessment gemaakt. Dat document geeft behalve een schatting van de kosten ook een overzicht van de verschillende contacten en consultaties die er zijn geweest. Voor de farmaceutische industrie zouden de kosten, op Europese schaal en voor een periode van tien jaar, tussen 6,8 en 11 miljard euro liggen. Ook andere actoren in de distributieketen zijn betrokken. Zo zullen de meerkosten voor de apotheken circa 157 miljoen euro bedragen, voor de distributeurs 683 miljoen euro en voor producenten van farmaceutische grondstoffen 320 miljoen euro. Het gros van deze kosten valt echter ten laste van fabrikanten buiten de Europese Unie. Al deze bedragen gelden voor een periode van tien jaar. Wel mogen we niet vergeten dat het impact assessment zich baseert op de maatregelen zoals ze door de Europese Commissie werden voorgesteld, maar het voorstel van de Europese Commissie werd nog aangepast door Raad en Parlement in akkoord met de Europese Commissie.

De repercussies voor de patiënt worden beperkt gehouden door de veiligheidskenmerken enkel toe te passen op voorschriftplichtige geneesmiddelen of geneesmiddelen waarvoor het risico op vervalsing bestaat. Bovendien kunnen voorschriftplichtige geneesmiddelen waarvoor het risico op namaak niet groot is, vrijgesteld worden van de veiligheidskenmerken. Al deze aspecten worden ook verder uitgelegd in het impact assessment. Daarnaast wordt er nader ingegaan op de directe en indirecte kosten die namaakgeneesmiddelen kunnen meebrengen indien er niet tegen wordt opgetreden.

Deze schatting bedraagt tussen 9,5 miljard en 116 miljard euro. Uiteraard zijn deze cijfers een schatting en zullen de werkelijke kosten afhangen van de technische implementatie die door de Europese Commissie via gedelegeerde

cesse. Le texte d'amendement à la directive 2001/83 prévoit qu'il faut évaluer le coût de chaque mesure d'exécution en fonction de son efficacité. L'augmentation éventuelle du prix des médicaments sera prise en compte dans l'examen de chaque mesure d'exécution.

Le but de cet amendement à la directive 2001/83 est la protection de la santé publique. L'objectif principal est d'éviter que le patient ne se voie proposer des médicaments contrefaits qui pourraient nuire à sa santé. L'amélioration de la qualité des produits, médicaments mais aussi substances actives, en constitue une partie essentielle.

L'amendement à la directive 2001/83 vise à donner au patient les moyens de contrôler si une pharmacie en ligne est légitime, dans le but de mieux lutter contre le commerce illégal sur l'internet.

Il y a aussi la Convention contre la contrefaçon des médicaments du Conseil de l'Europe et plusieurs autres initiatives de coopération internationale.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Ces mesures de sécurité coûteront-elles vraiment 9,5 à 116 milliards d'euros ?*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Il s'agit des coûts directs et indirects engendrés par ces faux médicaments.*

M. Bert Anciaux (sp.a). – *S'il s'agit de l'ampleur du problème, je le comprends.*

Demande d'explications de M. Peter Van Rompuy à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les dépenses pour les soins de santé» (n° 5-559)

M. Peter Van Rompuy (CD&V). – *Le rapport annuel de la Banque nationale de Belgique indique que les dépenses de la sécurité sociale ont légèrement diminué en 2010. Les prestations INAMI sont cependant en nette augmentation.*

Le rapport contient également quelques phrases sibyllines propres à la Banque nationale. D'abord, il est dit que cette augmentation n'est due qu'en faible partie aux mesures liées à l'appauvrissement des gens. Viennent ensuite d'autres catégories qui indiquent une croissance naturelle. Il s'agit de travailleurs âgés mais pas de certaines options politiques qui sont prises.

La ministre pourrait-elle donner davantage de détails concernant la remarque générale de la Banque nationale de Belgique à savoir qu'il y a une nette augmentation ? Dans quelles catégories constate-t-on une forte augmentation et pourquoi ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Je partage totalement le point de vue de la Banque Nationale quant à la forte augmentation des*

handelingen vastgesteld zal worden, enerzijds, en de steeds evoluerende technologische mogelijkheden, anderzijds. De tekst tot aanpassing van de richtlijn bepaalt dat iedere uitvoerende maatregel op zijn kosteneffectiviteit moet worden beoordeeld. De mogelijke prijsstijging van geneesmiddelen zal dus bij iedere mogelijke uitvoeringsmaatregel in rekening genomen worden.

De bedoeling van de aanpassing is de bescherming van de volksgezondheid. Het hoofddoel bestaat erin te vermijden dat de patiënt in aanraking komt met nagemaakte geneesmiddelen die zijn of haar gezondheid kunnen schaden. Het verbeteren van de kwaliteit van de producten, geneesmiddelen en actieve substanties vormt daar een essentieel onderdeel van.

De aanpassing van de richtlijn beoogt ook de illegale handel via internet beter te bestrijden door de patiënt meer mogelijkheden te geven om te controleren of een onlineapotheek wel degelijk legitiem is.

Verder is er nog de conventie tegen namaakgeneesmiddelen van de Raad van Europa en worden ter zake ook diverse andere initiatieven tot internationale samenwerking genomen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Zullen die veiligheidsmaatregelen 9,5 tot 116 miljard euro kosten?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het gaat om de rechtstreekse en onrechtstreekse kosten die de valse geneesmiddelen met zich meebrengen.*

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Als het gaat over de omvang van het probleem, dan begrijp ik het.*

Vraag om uitleg van de heer Peter Van Rompuy aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de uitgaven voor de gezondheidszorg» (nr. 5-559)

De heer Peter Van Rompuy (CD&V). – *In het jaarverslag van de Nationale Bank van België staat dat de uitgaven van de sociale zekerheid in 2010 enigszins verminderd zijn. De RIZIV-uitkeringen vertonen evenwel een forse groei.*

In het verslag staan ook enkele sibyllijnse zinnen, eigen aan de Nationale Bank. Eerst wordt gesteld dat de forse groei slechts voor een klein deel te wijten is aan maatregelen die te maken hebben met de verarming van mensen. Nadien volgen een aantal andere categorieën die wijzen op een natuurlijke groei, oudere werknemers, maar niet op bepaalde beleidsopties die zijn genomen.

Kan de minister meer details geven over de algemene opmerking van de Nationale Bank van België, namelijk dat er een forse groei is? Bij welke categorieën is er een sterke stijging en waarom?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik kan de verklaring van de Nationale Bank van België voor de forse groei van de door*

indemnités versées par l'INAMI.

Une étude réalisée par l'INAMI montre effectivement que les principales causes de l'augmentation des dépenses se situent à trois niveaux : le relèvement de l'âge de la retraite des femmes, l'évolution du marché de l'emploi et le vieillissement de la population. Vous pouvez consulter l'étude dans son intégralité sur le site web de l'INAMI.

Les coûts budgétaires des diverses catégories d'indemnités repris dans le budget 2010 de l'INAMI sont les suivants : 1 299 810 000 euros pour l'incapacité primaire, 3 123 529 000 euros pour l'invalidité et 586 921 000 euros pour les allocations de maternité.

Je vous communique volontiers un tableau reprenant l'évolution du nombre de jours indemnisés, des dépenses et de l'indemnité moyenne de ces cinq dernières années. Ce tableau mentionne également l'évolution du nombre d'invalides. L'indexation des indemnités ainsi que les diverses mesures de revalorisation prises ces dernières années dans le cadre de la loi relative au Pacte de solidarité entre les générations ont entraîné une nette augmentation de l'indemnité moyenne. Cela entraîne évidemment aussi une augmentation des dépenses. Durant la période 2006-2008, le nombre de jours indemnisés dans la période primaire a fortement augmenté, de même que les absences pour cause de maladie. Cette tendance semble s'atténuer en 2009. L'augmentation du nombre de jours indemnisés varie annuellement entre 2,5 et 4%, mais ce pourcentage est passé à 5,04% en 2009.

Le secteur des indemnités est financé par la gestion globale de la sécurité sociale, en fonction des besoins financiers. Les cotisations sociales sont centralisées par l'ONSS et réparties ensuite entre les différents secteurs de la sécurité sociale en fonction de leurs dépenses, de manière à garder le secteur toujours en équilibre.

M. Peter Van Rompuy (CD&V). – J'ai compris que les absences pour maladie ont fortement augmenté, et ce de manière inattendue. La question est de savoir pourquoi, dans quelles catégories et si cette augmentation est ou non liée à la conjoncture.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les abus sexuels commis par du personnel soignant» (n° 5-575)

M. Bert Anciaux (sp.a). – Les médias étrangers signalent régulièrement des abus sexuels commis par du personnel soignant dans le secteur de la santé. Récemment encore, un infirmier d'un hôpital de Berlin aurait abusé de trois petits garçons qui se trouvaient aux soins intensifs. Il a commis ces actes alors que les gamins étaient sous anesthésie.

Les personnes coupables d'abus sexuels et de comportements dépassant les limites acceptables occupent souvent une position de force par rapport à leurs victimes. Dans les cas que nous connaissons, il s'agit le plus souvent du père, d'un enseignant, d'un ami de la famille ou d'un animateur pastoral. Le personnel soignant occupe également une position de force et le caractère spécifique de

het RIZIV verstrekte uitkeringen helemaal onderschrijven.

Uit een studie van het RIZIV blijkt inderdaad dat de voornaamste oorzaken van de toegenomen uitgaven zich situeren op drie vlakken: de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen, de evolutie op de arbeidsmarkt en de veroudering van de bevolking. U kunt de studie in haar geheel raadplegen op de website van het RIZIV.

De budgettaire kosten voor de diverse categorieën van uitkeringen zoals opgenomen in het budget van het RIZIV voor 2010 bedragen: 1 299 810 000 euro voor primaire arbeidsongeschiktheid, 3 123 529 000 euro voor invaliditeit en 586 921 000 euro voor zwangerschapsuitkeringen.

Ik geef u graag een overzichtstabel met de evolutie van het aantal uitgekeerde dagen, van de uitgaven en de gemiddelde uitkering van de afgelopen vijf jaar. Voor invaliditeit is daarin ook de evolutie van het aantal invaliden opgenomen. De indexering van de uitkeringen en de diverse herwaarderingsmaatregelen die de afgelopen jaren in het kader van de wet op het generatiepact werden genomen, hebben geleid tot een aanzienlijke stijging van de gemiddelde uitkering. Uiteraard leidt dit ook tot een toename van de uitgaven. In de periode 2006-2008 is het aantal uitgekeerde dagen in de primaire periode vrij sterk gestegen, mede door een toename van het ziekteverzuim. Deze tendens lijkt in 2009 af te zwakken. De toename van het aantal uitgekeerde dagen invaliditeit schommelt elk jaar tussen 2,5 en 4%, maar is in 2009 toegenomen met 5,04%.

De sector uitkeringen wordt gefinancierd vanuit het globaal beheer van de sociale zekerheid, op basis van de financiële behoeften. De sociale bijdragen worden centraal geïnd door de RSZ en over de diverse sectoren van de sociale zekerheid verdeeld in verhouding tot hun uitgaven, waardoor de sector altijd in evenwicht blijft.

De heer Peter Van Rompuy (CD&V). – Ik begrijp dat het ziekteverzuim onverwacht sterk is toegenomen. De vraag is wat de oorzaak daarvan is, in welke categorieën het ziekteverzuim is toegenomen en of dit al dan niet een conjunctuurgebonden stijging is.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «seksueel misbruik door hulpverleners» (nr. 5-575)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – In buitenlandse media duiken geregeld berichten op over seksueel misbruik door hulpverleners in de gezondheidssector. Onlangs nog zou een verpleger van het Heliosziekenhuis in Berlin-Buch drie jongetjes hebben misbruikt op de afdeling intensive care. Hij deed dit terwijl de jongens onder narcose waren.

Mensen die zich schuldig maken aan seksueel misbruik en grensoverschrijdend gedrag, bevinden zich in de verhouding tot hun slachtoffers vaak in een machtspositie. In de bij ons bekende gevallen gaat het meestal over de vader, een leraar, een huisvriend of pastoraal werker. Ook hulpverleners werken vanuit een grote machtspositie en een typische zorgomgeving biedt uitzonderlijk veel kansen tot misbruik. Het kan, helaas,

l'environnement de soins comporte de nombreux risques d'abus. On ne peut donc malheureusement éviter des abus de pouvoir dans ces secteurs.

La ministre est-elle informée de tels problèmes dans le secteur de la santé, ainsi que de leur ampleur, de leur nature et d'autres caractéristiques ? Dispose-t-elle d'études récentes en la matière et a-t-elle pris des initiatives ? De quelles données la ministre dispose-t-elle ? Peut-elle les mettre à ma disposition ?

La ministre est-elle au courant d'abus de ce type commis pendant que les patients sont sous anesthésie ? Quelles sont les mesures en vigueur visant à prévenir autant que possible de tels abus ?

Existe-t-il des points de contact relatifs aux cas d'abus et de comportements dépassant les limites acceptables de la part du personnel soignant ? Dans l'affirmative, peut-elle me communiquer le nombre de plaintes déposées ces cinq dernières années ? Comment ces abus sont-ils traités et quelles suites a-t-on réservées à ces plaintes ? Dans la négative, prendra-t-elle des mesures concrètes en la matière ? Quels sont les arguments justifiant l'absence de mesures ?

Existe-t-il des initiatives visant à sensibiliser ce personnel soignant et ces patients au problème, à les informer et à accroître leur capacité de défense ? Si oui, sont-elles suffisamment prises en compte dans la formation du personnel soignant et les mesures d'information des patients ? Quelles autres mesures préventives a-t-on déjà prises dans ce domaine ? Les patients sont-ils suffisamment informés de leurs droits et des démarches à suivre pour agir contre des abus éventuels ? Dans la négative, quelles mesures la ministre envisage-t-elle de prendre : pour et par qui, quand, à quel prix, par quel type d'approche et par quelles stratégies en matière de communication ?

Étant donné la position vulnérable qu'ils occupent par rapport aux auteurs de ce type d'abus, existe-t-il des mécanismes de protection particuliers pour les patients psychiatriques et les patients handicapés mentaux ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Vos questions vont au-delà de mes compétences en tant que ministre de la Santé publique. Je ne dispose donc pas de toutes les données pour répondre à l'ensemble de vos questions étant donné que nombre d'entre elles relèvent des compétences de la Justice ou des communautés et régions.

Ainsi, en réponse à votre première question, je ne dispose pas de données concrètes pour le secteur des soins de santé. Le service de médiation fédéral « Droits du patient » ne dispose d'aucune donnée pertinente sur ces pratiques dans le cadre de la relation patient-personnel soignant.

Pour ce qui concerne le nombre de plaintes officielles déposées en justice et les suites qui y ont été réservées, vous devez vous adresser au ministre de la Justice qui est compétent pour ces questions.

Par ailleurs, la ministre de l'Emploi pourra très probablement vous fournir des données chiffrées quant au nombre de plaintes relatives aux comportements abusifs et

dus niet anders dan dat ook in deze sectoren vormen van machtsmisbruik voorkomen.

Is de minister op de hoogte van deze problematiek in de gezondheidssector en van de omvang, de aard en andere kenmerken ervan? Beschikt zij over recent onderzoek hiernaar en nam zij initiatieven? Over welke gegevens beschikt ze? Wil ze mij die ter beschikking te stellen?

Is de minister op de hoogte van dit soort misbruiken die plaatsvonden onder narcose? Welke maatregelen zijn van kracht om misbruiken zoveel mogelijk te voorkomen?

Bestaan er meldpunten met betrekking tot gevallen van misbruik en grensoverschrijdend gedrag door hulpverleners? Zo ja, kan ze mij het aantal klachten voor de afgelopen vijf jaar bezorgen? Hoe worden deze misbruiken aangepakt en welke gevolgen werden aan die klachten gegeven? Zo neen, zal zij hieromtrent concrete maatregelen nemen? Met welk argumenten verklaart zij de afwezigheid daarvan?

Bestaan er initiatieven die hulpverleners en patiënten over dat probleem sensibiliseren, informeren en weerbaar maken? Zo ja, worden ze voldoende opgenomen in de opleiding van de hulpverleners en de informatiemaatregelen voor patiënten? Welke andere preventieve beleidsmaatregelen worden aangewend inzake deze problematiek? Zijn de patiënten voldoende op de hoogte van hun rechten en van de kanalen om op te treden tegen eventuele misbruiken? Zo neen, welke concrete maatregelen plant de minister: voor en door wie, wanneer, tegen welke kostprijs, met welke aanpak en welke communicatiestrategieën?

Bestaan er, gelet op hun zwakke positie tegenover de plegers van dit soort misdrijven, bijzondere beschermingsmechanismen voor patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg en voor patiënten met mentale beperkingen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Uw vragen reiken verder dan mijn bevoegdheden als minister van Volksgezondheid. Ik beschik niet over alle gegevens om op al uw vragen te kunnen antwoorden, aangezien verschillende vragen onder de bevoegdheid van Justitie of van de gemeenschappen en gewesten vallen.

Zo heb ik, in antwoord op uw eerste vraag, geen concrete gegevens voor de gezondheidszorgsector. De federale ombudsman 'Patiëntenrechten' beschikt niet over relevante gegevens met betrekking tot deze praktijken in het kader van de relatie patiënt-hulpverlener.

Voor het aantal officiële klachten dat bij het gerecht werd ingediend en het gevolg dat eraan gegeven is, moet u zich richten tot de minister van Justitie, die voor deze vragen bevoegd is.

Anderzijds kan de minister van Werk u zeer waarschijnlijk cijfers geven over het aantal klachten met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik op de

abus sexuels sur le lieu de travail.

En outre, les communautés sont compétentes pour ce qui concerne la politique familiale et l'aide aux personnes dans le cadre des matières personnalisables, deux domaines dans lesquels il peut exister des initiatives en rapport avec les comportements abusifs et les abus sexuels.

En ce qui concerne les points de contact, les centres de confiance pour enfants maltraités existant au niveau fédéral (Justice) recherchent des solutions en cas de suspicion de maltraitance. Pour plus de renseignements à ce sujet, je vous renvoie à mon collègue, le ministre De Clerck.

Je précise également que l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens ont la faculté de prendre des mesures sur le plan déontologique à l'égard des médecins et des pharmaciens, bien que ces procédures interviennent a posteriori et prennent un certain temps avant d'aboutir eu égard à la procédure à suivre.

Enfin, pour ce qui concerne les professionnels de la santé visés dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé qui ne peuvent exercer leur profession qu'après avoir fait viser leur diplôme ou titre par la commission médicale provinciale compétente ou par le service compétent du Service public fédéral Santé publique, je puis vous informer que, suite à une loi adoptée le 19 décembre 2008 à mon initiative, les commissions médicales ont la faculté de retirer ce visa ou d'en subordonner le maintien à certaines conditions lorsque le praticien concerné a été condamné pour des faits pertinents pour l'exercice de la profession, par exemple en cas de condamnation pour des faits de mœurs.

Cela dit, je viens de recevoir par fax quelques éléments statistiques des réponses de huit commissions médicales provinciales sur dix. Il en ressort que deux cas seulement ont été signalés et qu'ils sont antérieurs à l'entrée en vigueur de la modification légale dont je viens de parler.

Pour les deux commissions médicales qui n'ont pas répondu, à savoir le Brabant wallon-Bruxelles francophone et Anvers, j'insiste pour recevoir des données mais on peut déjà supposer, en fonction des chiffres que j'ai cités, que les hypothèses de retrait de visa d'un prestataire de soins pour faits de mœurs sont en réalité assez rares.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *J'espère que je me trompe, mais je crains que des abus sexuels ne soient également commis dans le secteur des soins de santé. Je demanderai davantage d'informations aux ministres de la Justice et de l'Emploi.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *J'apprends à l'instant que l'on vient de recevoir des précisions concernant les deux dernières commissions médicales provinciales. Au total, deux dossiers sont actuellement en cours et deux autres ont été traités par le passé. Dans l'un, des conditions ont été imposées au prestataire de soins et, dans l'autre, aucune condition particulière n'a finalement été imposée.*

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je remercie la ministre de sa réponse. Je m'adresserai également aux autres ministres compétents. Tout indique cependant que beaucoup de choses*

werkvloer.

Daarenboven zijn de gemeenschappen in het kader van de persoonsgebonden materies bevoegd voor het gezinsbeleid en de bijstand aan personen, twee domeinen waar er initiatieven in verband met grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik kunnen bestaan.

Inzake meldpunten zijn er op het federale niveau de vertrouwenscentra kindermishandeling van Justitie. Ze willen een oplossing zoeken in situaties waar er vermoedens zijn van kindermishandeling of waar er kindermishandeling is, via hulpverlening. Voor meer inlichtingen hierover verwijs ik u naar mijn collega, minister De Clerck.

Ook de Orde van geneesheren en de Orde der apothekers hebben de mogelijkheid om op deontologisch vlak maatregelen te treffen tegen geneesheren en apothekers, hoewel die procedures maar a posteriori gebeuren en het wegens de te volgen procedures een zekere tijd vergt voor ze afgerond zijn.

Tot slot, met betrekking tot de gezondheidszorgwerkers, zoals bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die hun beroep maar kunnen uitoefenen nadat de bevoegde provinciale geneeskundige commissie of de bevoegde dienst van de federale overheidsdienst Volksgezondheid hun diploma of titel geïssueerd heeft, hebben de geneeskundige commissies, ingevolge een op mijn initiatief op 19 december 2008 goedgekeurde wet, de mogelijkheid om dat visum in te trekken of aan bepaalde voorwaarden te onderwerpen indien de betrokken beoefenaar veroordeeld werd voor feiten die relevant zijn voor de uitoefening van het beroep, bijvoorbeeld een veroordeling wegens zedenfeiten.

Ik heb per fax antwoorden ontvangen van acht van de tien provinciale medische commissies. Daaruit blijkt dat er slechts twee meldingen zijn, die bovendien dateren van vóór de inwerkingtreding van de wetwijziging waarover ik het had.

Ik heb er bij de twee medische commissies die niet hebben geantwoord, Waals-Brabant/Franstalig Brussel en Antwerpen, op aangedrongen dat ze me de gegevens bezorgen. Op basis van de gegevens die al wel binnen zijn, kan echter worden verondersteld dat het aantal gevallen waarin het visum van een zorgverstrekker wordt ingetrokken, beperkt is.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Ik hoop dat ik me vergis, maar ik vrees dat seksueel misbruik ook in de sector van de gezondheidszorg voorkomt. Ik zal meer informatie opvragen bij de ministers van Justitie en Werk.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik verneem zojuist dat we de ontbrekende gegevens van de twee provinciale medische commissies hebben ontvangen. In totaal zijn momenteel twee dossiers in behandeling en in het verleden zijn er twee afgehandeld. In het ene geval werden voorwaarden opgelegd aan de zorgverstrekker; in het andere geval werd uiteindelijk geen enkele bijzondere voorwaarde opgelegd.*

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Ik dank de minister voor haar antwoord. Ik zal mij ook richten tot de andere bevoegde ministers. Alles wijst er echter op dat ook in de*

sont passées sous silence dans le secteur de la santé. Je me demande s'il ne faudrait pas un point de contact, à l'instar de la commission Adriaenssens, où les cas d'abus commis dans le passé pourraient être signalés pour permettre de prévenir de nouveaux cas d'abus à l'avenir.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je partage l'inquiétude de mon collègue Anciaux. Je connais même le cas d'un dentiste qui a été condamné par le tribunal et qui ne peut plus exercer sa profession. Il n'existe par ailleurs pas d'Ordre des dentistes. Le ministre de la Justice pourra probablement fournir les données objectives nécessaires. On ne peut en effet pas travailler de manière subjective dans ce domaine.*

Nous devons sans doute faire une distinction entre l'aide sociale et la santé publique. Dans le même temps, nous devons nous garder de créer des commissions pour chaque domaine spécifique : pour les abus dans le sport, dans le secteur de la santé, dans l'Église, etc. La Chambre y a déjà sérieusement réfléchi et a ouvert le débat.

Peut-être devons-nous également réfléchir à la manière de permettre aux gens de s'exprimer davantage et d'oser signaler les abus commis par des personnes occupant une position de force. C'est la raison pour laquelle nous avons besoin de données objectives, une approche subjective étant insuffisante.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Sur la base des données que je réclamerai au ministre de la Justice, j'examinerai l'opportunité de prendre des initiatives sans pour autant faire du spectacle.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le droit des enfants d'avoir des parents» (n° 5-624)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Avec les mères porteuses et les personnes donnant anonymement du sperme ou des ovocytes, on crée des enfants sans père ni mère qui ne connaîtront jamais leurs racines. Le droit d'avoir des enfants est au centre de tous les débats de société. Je le comprends très bien, mais j'aimerais aussi connaître l'opinion de la ministre concernant le droit des enfants à avoir des parents. Je sais que des initiatives ont été prises – par mon parti également – en matière de grossesse de substitution et de dons anonymes. Je le comprends très bien, mais je me demande quelles en seront les conséquences pour des enfants ignorants de leurs origines. Je me suis longtemps occupé d'adoption. À l'époque, c'est-à-dire voici environ quinze ans, elle posait de gros problèmes, notamment en matière d'abus. J'ai été confronté à la piètre image de soi et aux graves problèmes psychologiques des enfants ignorants de leurs origines et dès lors privés de contacts avec leur père ou mère naturels. Existe-t-il une étude scientifique à ce sujet ?*

Je ne tente pas ici d'entraver les initiatives concernant les accouchements sous X et les dons anonymes d'ovocytes et de sperme. Je voudrais seulement en connaître les conséquences pour les enfants.

gezondheidssector vele dingen verzwegen worden. Zonder enige zucht naar sensatie stel ik daarom de vraag of er geen meldpunt moet komen, naar het voorbeeld van de commissie-Adriaenssens, waar gevallen van misbruik uit het verleden kunnen worden gemeld om nieuwe gevallen van misbruik in de toekomst te helpen voorkomen.

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik deel de bezorgdheid van collega Anciaux. Ik ken zelf het geval van een tandarts die door de rechtbank werd veroordeeld en zijn beroep niet meer uitoefent. Er bestaat trouwens geen deontologische orde voor tandartsen. De minister van Justitie zal waarschijnlijk voor de nodige, objectieve gegevens kunnen zorgen. Men mag hier immers niet subjectief te werk gaan.

Mogelijk zullen we een onderscheid moeten maken tussen welzijnswerk en gezondheidszorg. Tegelijk moeten we er ons voor hoeden commissies op te richten voor elk domein afzonderlijk: voor misbruiken in de sport, in de gezondheidszorg, in de kerk, enzovoort. In de Kamer heeft men hier trouwens al ernstig over nagedacht en het debat opengetrokken.

Misschien moeten we ook eens nadenken over een manier om de mensen nog mondiger te maken zodat ze misbruik door personen met een machtspositie durven te rapporteren. Daarvoor hebben we echter objectieve gegevens nodig en is een subjectief aanvoelen onvoldoende.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Op basis van de gegevens die ik bij de minister van Justitie zal opvragen, zal ik bekijken of we initiatieven moeten nemen, zonder daarom een spektakel op te voeren.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het recht van kinderen op ouders» (nr. 5-624)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Met draagmoeders en anonieme eicel- en spermadonoren creëer je moeder- en vaderloze kinderen die nooit zullen weten waar hun wortels liggen. In alle maatschappelijke discussies staat het recht van ouders om kinderen te hebben centraal. Ik heb daarvoor veel begrip, maar ik zou ook graag weten wat de minister vindt van het recht van kinderen op ouders. Ik weet dat, ook door onze partij, initiatieven worden genomen inzake anoniem draagmoeder- en donorschap. Ik heb daar veel begrip voor, maar ik vraag mij wel af wat de gevolgen daarvan zijn voor de kinderen die niet weten van wie ze afstammen. Ik heb mij vroeger vrij lang bezig gehouden met adoptie. In die tijd, ongeveer 15 jaar geleden, waren er grote problemen rond adoptie, onder meer inzake misbruiken. Ik werd toen ook al geconfronteerd met het lage zelfbeeld en de schrijnende, psychische problemen van kinderen die hun afstamming niet kenden en dus geen contact konden hebben met hun natuurlijke moeder of vader. Bestaat er daarover wetenschappelijk onderzoek?

Ik doe hier geen poging om initiatieven rond naamloze bevallingen en anoniem eicel- en spermadonorschap tegen te houden. Ik wil alleen weten wat de gevolgen daarvan zijn

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Dans la situation juridique actuelle, les gamètes sont en principe donnés de façon anonyme, à moins que le donneur et le receveur concluent un contrat gratuit sous la responsabilité du centre de procréation médicalement assistée. Tel est par exemple le cas lorsqu'une femme donne un ovocyte à sa sœur.*

Je peux vous transmettre toutes les explications provenant des travaux que nous avons réalisés sous la législation précédente.

Vous posez une question éthique en partant du droit de l'enfant à l'information. Il s'agit effectivement d'un domaine extrêmement complexe. En lisant les travaux préparatoires à la loi, vous verrez d'ailleurs que l'on a toujours mis en balance les intérêts de chacun.

Il n'en demeure pas moins que l'enfant peut être confronté à des difficultés majeures dans sa recherche d'identité et qu'il existe un vide juridique, comme c'est le cas pour les mères porteuses. À l'époque où M. Demotte était ministre des Affaires sociales, j'avais préparé avec lui des propositions à ce sujet. Mme Defraigne a également déposé des propositions de loi dans ce sens.

J'estime qu'à un moment donné de son existence, l'enfant a le droit de connaître sa filiation exacte.

Le Sénat est par excellence le lieu où ces questions éthiques délicates doivent être abordées. Je comprends qu'il subsiste des problèmes malgré la législation existante mais c'est à présent au législateur de prendre des initiatives pour appréhender ce problème délicat.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je remercie la ministre pour sa réponse. J'aimerais aussi savoir s'il existe une étude scientifique relatifs aux problèmes affectant les enfants à cet égard.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Il doit y en avoir beaucoup. Tous les départements concernés des universités disposent d'études scientifiques sur le sujet mais je ne suis pas en mesure de vous en communiquer une liste exhaustive.

Des études spécifiques ont également été menées aux Pays-Bas en la matière.

M. le président. – *Aux Pays-Bas, l'anonymat n'est donc plus possible. Cela ressort d'un rapport présenté au Sénat sous le second gouvernement violet.*

Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le remboursement des mammographies» (n° 5-688)

M. Jacques Brotchi (MR). – En Belgique, le cancer du sein est la première cause de mortalité chez les femmes de 35 à 70 ans. Il constitue donc un véritable fléau. On peut estimer qu'une femme sur dix sera atteinte d'un cancer du sein au

pour de kinderen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – In de huidige juridische situatie worden gameten in principe anoniem gedoneerd, behalve als de donor en de ontvanger onder de verantwoordelijkheid van het PMA-centrum een kosteloze overeenkomst sluiten. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer een vrouw een eicel doneert aan haar zuster.

Ik kan u alle informatie bezorgen over de werkzaamheden tijdens de vorige regeerperiode.

U stelt een ethische vraag, met als uitgangspunt het recht van het kind op informatie. Het gaat inderdaad om een uiterst complex domein. Uit de parlementaire voorbereiding van de wet blijkt duidelijk dat steeds een belangenafweging werd gemaakt.

Toch kan het kind in de zoektocht naar zijn identiteit met grote problemen worden geconfronteerd. Net als voor de draagmoeders bestaat er een juridisch vacuüm. Toen de heer Demotte minister van Sociale Zaken was, heb ik samen met hem voorstellen ter zake uitgewerkt. Ook mevrouw Defraigne heeft in dit verband wetsvoorstellen ingediend.

Ik meen dat een kind op een gegeven moment in zijn bestaan het recht heeft zijn exacte afstamming te kennen.

De Senaat is bij uitstek de plaats om dergelijke delicate ethische vragen te bespreken. Ik begrijp dat er ondanks de bestaande wetgeving nog problemen zijn, maar het komt de wetgever toe initiatieven te nemen met betrekking tot dit delicate probleem.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik dank de minister voor haar antwoord. Wat ik graag nog had vernomen is of er wetenschappelijk onderzoek bestaat rond de problemen in dit verband voor kinderen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Er moeten er veel zijn. Alle betrokken faculteiten van de universiteiten beschikken over wetenschappelijke studies ter zake, maar ik kan u geen exhaustieve lijst bezorgen.*

Ook in Nederland bestaan daarover specifieke studies.

De voorzitter. – In Nederland is anonimiteit dan ook niet langer mogelijk. Dat blijkt uit een verslag dat in de Senaat is uitgebracht ten tijde van de tweede paarse regering.

Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetaling van mammografieën» (nr. 5-688)

De heer Jacques Brotchi (MR). – *In België is borstkanker de voornaamste doodsoorzaak bij vrouwen van 35 tot 70 jaar. Het is dus een echte kwaal. Er wordt geschat dat één vrouw op tien borstkanker zal krijgen. Elk jaar worden meer dan*

cours de sa vie. En effet, chaque année, plus de 9 000 femmes sont touchées par le cancer du sein dans notre pays et, parmi celles-ci, 2 300 décéderont des suites de cette maladie.

Comme le rappelle l'Académie royale de Médecine dans son avis du 11 mars 2011, « la stratégie de la lutte contre le cancer du sein repose sur cinq axes : la prévention primaire, le dépistage (ou prévention secondaire), le diagnostic, le traitement et le suivi. »

Une participation régulière de la population féminine au dépistage permet un traitement moins lourd et une réduction de 30% de la mortalité liée au cancer du sein.

Aujourd'hui, en Belgique, deux types de dépistage coexistent : d'une part, le dépistage individuel ou sénologique qui est réalisé sur prescription médicale et qui comprend un bilan complet – interrogatoire, palpation des seins, mammographie et échographie – et, d'autre part, le mammothest ou dépistage organisé instauré par la Communauté française en 2002.

Le bilan sénologique est partiellement remboursé par l'INAMI, excepté le ticket modérateur : soit 109 euros, dont 20 euros sont à charge de la patiente. Le mammothest, quant à lui, coûte 58 euros et est gratuit pour les femmes du groupe cible, c'est-à-dire celles qui sont âgées de 50 à 69 ans. Ce test est prévu tous les deux ans.

Le taux de couverture des femmes de 50 à 69 ans reste toutefois insuffisant. En 2007, seulement 57% des femmes ont subi un dépistage en Communauté française : 9% par mammothest gratuit et 47% par une consultation sénologique. Selon les recommandations internationales, ce taux de couverture devrait être accru et porté à 75%, quelle que soit l'approche choisie, afin d'obtenir une diminution de la mortalité de 30%. Nous sommes donc loin du compte.

Par ailleurs, je sais qu'il existe un débat politique et scientifique sur les différentes approches mais je voudrais spécifier que je me range à l'avis de l'Académie de Médecine qui indique qu'« une discussion idéologique, purement technique ou financière ne peut être prise en considération lorsqu'il s'agit de sauver la vie des patientes ».

Pour accroître le nombre de dépistages, il conviendrait d'examiner l'opportunité d'étendre les tranches d'âges des femmes pouvant bénéficier du dépistage gratuit, sachant que 30% des cancers du sein se déclarent avant 50 ans et 20% après 70 ans. Voilà pourquoi certains pays pratiquent déjà le dépistage pour cette tranche d'âge. En outre, la consultation de sénologie avec les examens complémentaires devrait être gratuite pour les femmes à haut risque ou symptomatiques, quel que soit leur âge, et pour les femmes qui ont un mammothest positif.

Dans le Plan national cancer, vous promettiez, madame la ministre, la gratuité de ces examens complémentaires pour 2009. Que pensez-vous dès lors de l'opportunité d'étendre le remboursement du mammothest aux femmes de plus de 70 ans ? Ne pensez-vous pas que le bilan sénologique pourrait être gratuit, tel que prévu dans le Plan national cancer, pour les femmes à haut risque, symptomatiques et testées positivement au mammothest ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de

9000 vrouwen in ons land getroffen door borstkanker en 2300 onder hen zullen aan die ziekte ook overlijden.

De Académie royale de médecine herinnert er in haar advies van 11 maart 2011 aan dat de strategie in de strijd tegen borstkanker op vijf assen berust: primaire preventie, opsporing (of secundaire preventie), diagnose, behandeling en nazorg.

Een regelmatige deelname van de vrouwelijke bevolking aan de opsporing maakt een minder zware behandeling en 30% minder sterfgevallen ingevolge borstkanker mogelijk.

Vandaag bestaan er in België twee vormen van opsporing: enerzijds de individuele of senologische opsporing, die wordt uitgevoerd op medisch voorschrift en die een volledig onderzoek omvat – ondervraging, palpation van de borsten, mammografie en echografie – en anderzijds de mammothest of georganiseerde opsporing door de Franse Gemeenschap sedert 2002.

Het senologisch onderzoek wordt gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV, met uitzondering van het remgeld, hetzij 109 euro waarvan 20 euro ten laste van de patiënt. De mammothest anderzijds kost 58 euro en is gratis voor de vrouwen van de doelgroep, namelijk die tussen 50 en 69 jaar. Die test wordt om de twee jaar georganiseerd.

Het percentage van de vrouwen dat wordt onderzocht tussen 50 en 69 blijft echter onvoldoende. In 2007 was slechts 57% van de vrouwen voorwerp van een opsporing in de Franse Gemeenschap: 9% door een gratis mammothest en 47% door een senologische raadpleging. Volgens de internationale aanbevelingen zou dat percentage moeten stijgen en op 75% worden gebracht, wat ook de gekozen vorm betreft, om de mortaliteitsgraad met 30% te doen dalen. Wij staan ver van dat cijfer.

Er bestaat trouwens een politiek en wetenschappelijk debat over de verschillende benaderingswijzen, maar ik wil duidelijk maken dat ik me aansluit bij het advies van de Académie royale de médecine dat stelt dat een ideologische, zuiver technische of financiële discussie niet kan wanneer het gaat om het redden van levens van patiënten.

Om meer gevallen op te kunnen sporen, moet worden nagegaan of het zinvol is de leeftijdsgroepen te verruimen waarin de screening gratis wordt aangeboden, wetende dat 30% van de borstkankers ontstaat vóór 50 jaar en 20% na 70 jaar. Daarom hanteren sommige landen al die leeftijdscategorieën voor de opsporing. Bovendien zou de senologische raadpleging met bijkomende onderzoeken gratis moeten zijn voor vrouwen die een hoog of symptomatisch risico lopen, ongeacht hun leeftijd, en voor vrouwen met een positieve mammothest.

In het Nationaal Kankerplan beloofde u, mevrouw de minister, de kosteloosheid van die bijkomende onderzoeken voor 2009. Wat denkt u over de wenselijkheid om de terugbetaling van de mammothest uit te breiden tot vrouwen boven de 70? Meent u niet dat het senologisch onderzoek gratis moet zijn, zoals vermeld in het Nationaal Kankerplan, voor de vrouwen met een hoog of symptomatisch risico en met een positieve mammothest?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met

l'Intégration sociale. – Un rapport du KCE, qui est notre centre de référence, a été publié en juillet 2010, et porte sur l'opportunité de dépister le cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 49 ans et ne présentant pas de symptômes ou de risque familial élevé.

Le KCE conclut que les désavantages d'un tel dépistage dans cette tranche d'âge pourraient être supérieurs à ses avantages. Ce dépistage conduirait à la découverte et au traitement de petites lésions qui ne se seraient jamais transformées en cancers mortels, et induirait chez des dizaines de femmes des inquiétudes inutiles et des interventions médicales superflues et dommageables, tels que de mastectomies totales ou partielles et des traitements de radiothérapie.

L'opportunité du dépistage systématique chez les femmes de plus de 70 ans est actuellement à l'étude. Il semble que les recommandations internationales sur le sujet soient divergentes.

Comme vous le savez, l'organisation du programme de dépistage du cancer du sein relève des compétences des Communautés.

L'éventuelle extension du remboursement du mammotest à d'autres tranches d'âges que la catégorie des 50 à 69 ans aura des répercussions sur ce programme. Cela doit faire l'objet d'une concertation en conférence interministérielle de la Santé publique.

Dans ce cadre, une réunion technique entre l'INAMI et les Communautés a eu lieu à l'automne 2010. Ces dernières ne semblent pas favorables à l'extension du programme de dépistage à la tranche de 40 à 49 ans. Pour l'extension aux femmes de 70 à 74 ans, il est préalablement nécessaire d'étayer suffisamment de manière scientifique la nécessité du dépistage.

Obtenir un dépistage efficace et des mammographies de bonne qualité pour toutes les femmes qui en ont besoin est un des objectifs du Plan cancer.

Dans le cadre de ce plan, le Conseil technique médical de l'INAMI a élaboré une proposition de révision de la nomenclature des mammographies afin de permettre le remboursement intégral des examens pour dépister le cancer du sein chez des femmes avec un risque accru, quel que soit leur âge. Une étude du KCE sur les facteurs de risques pour le cancer du sein est actuellement en cours. Les résultats sont attendus avant juin 2011.

Une autre proposition de nomenclature qui est à l'examen concerne les biopsies mammaires qui seront gratuites pour toutes les femmes chez qui ces tests invasifs sont indiqués.

Lors des discussions sur la révision de la nomenclature pour le dépistage du cancer du sein, beaucoup d'experts ont été consultés à plusieurs reprises et le seront encore dans le futur. Je pense notamment à Be.Seno.

Face aux nombreuses réactions et inquiétudes de différents acteurs et de femmes concernant ces discussions et propositions, je voulais, avant de prendre une quelconque initiative, organiser une table ronde avec tous les partenaires concernés, afin de bien comprendre ce dossier complexe et les différentes positions. C'est en réfléchissant ensemble à la meilleure politique à mettre en œuvre qu'une solution

Maatschappelijke Integratie. – In juli 2010 werd een rapport gepubliceerd van het KCE, dat ons referentiecentrum is. Het gaat over de wenselijkheid om borstkanker op te sporen bij vrouwen tussen 40 en 49 jaar die geen symptomen of hoog familiaal risico vertonen.

Het KCE besluit dat de nadelen van een dergelijke opsporing in die leeftijdscategorie groter kunnen zijn dan de voordelen. Die opsporing zou tot de ontdekking en behandeling leiden van kleine letsels die zich nooit tot dodelijke kankers zouden ontwikkelen en zou bij tientallen vrouwen leiden tot onnodige ongerustheid en overbodige en spijtige medische ingrepen zoals totale of gedeeltelijke borstamputatie of radiotherapie.

De wenselijkheid van systematische opsporing bij vrouwen boven de 70 wordt nu bestudeerd. De internationale aanbevelingen zouden op dat vlak uiteenlopen.

Zoals u weet, behoort de organisatie van het opsporingsprogramma van borstkanker tot de bevoegdheid van de gemeenschappen.

De eventuele uitbreiding van de terugbetaling van de mammotest tot andere leeftijdscategorieën dan die van 50 tot 69 jaar heeft gevolgen voor dat programma. Dat moet het voorwerp zijn van een overleg in het interministerieel comité volksgezondheid.

Daarover heeft in de herfst van 2010 een technische vergadering tussen het RIZIV en de gemeenschappen plaatsgevonden. Die laatste lijken niet gewonnen voor een uitbreiding van het opsporingsonderzoek tot de leeftijdscategorie tussen 40 en 49. Voor de uitbreiding tot de vrouwen tussen 70 en 74 is het eerst nodig de nood aan opsporing voldoende wetenschappelijk te onderbouwen.

Een efficiënte opsporing en mammografieën van goede kwaliteit voor alle vrouwen die dat nodig hebben, is één van de doelstellingen van het Kankerplan.

In het kader van dat plan heeft de Technisch Medische Raad van het RIZIV een voorstel uitgewerkt om de nomenclatuur van de mammografieën te herzien om een integrale terugbetaling mogelijk te maken van de onderzoeken om borstkanker op te sporen bij vrouwen met een verhoogd risico, ongeacht hun leeftijd. Er is momenteel een studie van het KCE over de risicofactoren voor borstkanker aan de gang. De resultaten ervan worden voor juni 2011 verwacht.

Een ander ter studie liggend voorstel inzake nomenclatuur betreft de borstbiopsieën die gratis zullen zijn voor alle vrouwen voor wie die invasieve tests geïndiceerd zijn.

Tijdens de discussies over de herziening van de nomenclatuur voor opsporing van borstkanker werden vele experts meermaals geraadpleegd en dat zal in de toekomst nog gebeuren. Ik denk met name aan Be.Seno.

Gelet op de vele reacties en de ongerustheid van diverse actoren en vrouwen over die discussies en voorstellen, wil ik, alvorens welk initiatief dan ook te nemen, een rondetafel organiseren met alle betrokken partners om dit ingewikkelde dossier en de verschillende standpunten goed te begrijpen. Het is door samen na te denken over het beste beleid dat een aangepaste oplossing kan worden gevonden.

De laatste voorstellen van het RIZIV om onder bepaalde voorwaarden de invasieve opsporing niet meer terug te

adéquate pourra être trouvée.

Les dernières propositions de l'INAMI de ne plus rembourser sous certaines conditions les dépistages invasifs ont provoqué une levée de boucliers de toute une série de personnels hospitaliers. Je n'ai pas suivi l'INAMI et j'ai proposé de réunir tous les acteurs pour examiner ce que l'on pouvait faire avec le soutien des Communautés, qui ont une compétence majeure en la matière.

M. Jacques Brotchi (MR). – Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Évidemment, ce sujet n'est pas simple à gérer compte tenu de la répartition entre compétences communautaires et compétences fédérales.

Je suis d'accord avec vous : le dépistage relève du domaine des Communautés. Cependant, il va de soi que le remboursement de cet acte est un facteur important d'incitation des femmes à se faire dépister.

Bien sûr, un des points majeurs de ma question concernait les femmes à haut risque, c'est-à-dire les femmes dont les seins sont denses et qui courent davantage de danger de développer un cancer du sein. C'est à elles que je pense en particulier quand je parle des femmes jeunes.

Je voudrais vous rassurer : j'ai le rapport du KCE, bien sûr !

Je voudrais relever un élément du rapport qui m'a choqué. Il nous dit qu'il y a actuellement en Belgique quelque 800 000 femmes âgées de 40 à 49 ans. Chaque année, 1 600 cancers du sein sont détectés dans cette tranche d'âge ; parmi ces cas, 160 femmes, soit 10%, vont succomber à cette maladie. Comme vous le disiez, le risque de mourir à la suite d'un cancer du sein à cet âge reste certes relativement faible, mais 160 femmes qui meurent avant la cinquantaine, ce n'est pas un détail à mes yeux.

Je connais des cas particuliers ; on pense que cela n'arrive qu'aux autres, mais quand on est concerné, c'est un drame. Il est vrai que, sur le plan budgétaire, il n'est pas simple pour vous d'articuler tout cela en termes de chiffres et de statistiques. Pour moi, il faut prendre en considération le cas de ces 160 quadragénaires qui décèdent chaque année en Belgique d'un cancer du sein.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je suis tout à fait d'accord avec vous. Un seul décès interpelle déjà lorsqu'il aurait pu être évité par une bonne prévention ou un bon dépistage. C'est justement la raison pour laquelle je n'ai pas voulu me précipiter et que je désire organiser une table ronde avec tous les acteurs concernés, afin de discuter des études du KCE et des différents avis, dont celui de l'INAMI.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la composition du comité d'hygiène hospitalière» (n° 5-708)

M. Louis Ide (N-VA). – L'arrêté royal du 26 avril 2007 prévoit que le comité d'hygiène hospitalière est composé du directeur de l'hôpital, de l'équipe d'hygiène hospitalière,

betalen, hebben een storm van protest losgemaakt bij heel wat ziekenhuispersoneel. Ik heb het RIZIV niet gevolgd en heb voorgesteld om alle actoren samen te brengen om te onderzoeken wat kan worden gedaan, en dit met de steun van de gemeenschappen die een grote bevoegdheid op dat vlak hebben.

De heer Jacques Brotchi (MR). – Ik dank de minister voor haar antwoord. Gelet op de verdeling tussen gemeenschaps- en federale bevoegdheden is dit uiteraard geen gemakkelijk onderwerp.

Ik ga met u akkoord dat de opsporing een gemeenschapsbevoegdheid is. Toch is het vanzelfsprekend dat de terugbetaling daarvan een belangrijke factor is die vrouwen ertoe aanzet zich te laten onderzoeken.

Een belangrijk punt van mijn vraag betref de vrouwen met een hoog risico, dat wil zeggen vrouwen met zware borsten die meer gevaar lopen om borstkanker te ontwikkelen. Het is vooral een hen dat ik denk als ik over jonge vrouwen spreek.

Ik kan u geruststellen: ik heb uiteraard het rapport van de het KCE in mijn bezit.

Ik wil een element van dat rapport aanhalen dat me heeft geschokt. Momenteel zijn er in België 800 000 vrouwen tussen 40 en 49 jaar. Elk jaar wordt er bij 1600 onder hen borstkanker ontdekt; 160 vrouwen, hetzij 10% van hen, zullen aan die ziekte bezwijken. Zoals u zei, blijft het risico om te sterven aan borstkanker op die leeftijd relatief klein, maar 160 vrouwen die vóór hun 50 sterven is mijns inziens geen detail.

Ik ken particuliere gevallen. Men denkt dat zoiets enkel anderen overkomt, maar als men er mee wordt geconfronteerd, is dat een drama. Het is juist dat het op budgettaire vlak niet eenvoudig is om dat alles in cijfers en statistieken om te zetten. Ik meen echter dat rekening moet worden gehouden met die 160 veertigers die elk jaar in België aan borstkanker overlijden.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik ben het volledig met u eens. Elk overlijden is er een te veel wanneer dat kon worden voorkomen door een goede preventie of opsporing. Dat is juist de reden waarom ik niet te vlug van stapel wil lopen en een rondetafel wil organiseren met alle betrokken actoren om te discussiëren over de studies van het KCE en de verschillende adviezen, waaronder dat van het RIZIV.

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de samenstelling van het comité voor ziekenhuishygiëne» (nr. 5-708)

De heer Louis Ide (N-VA). – In het koninklijk besluit van 26 april 2007 staat dat het comité voor ziekenhuishygiëne is samengesteld uit de directeur van het ziekenhuis, het team

d'un pharmacien hospitalier, d'un microbiologiste, du médecin-chef, du chef du département infirmier, de trois médecins exerçant dans l'établissement, désignés par le conseil médical, et de trois infirmiers exerçant dans l'établissement, désignés par le chef du département infirmier.

On ne sait toutefois pas clairement si les « trois médecins exerçant dans l'établissement, désignés par le conseil médical » doivent être trois médecins « supplémentaires » ou si, par exemple, le médecin-hygiéniste hospitalier, qui peut lui aussi être désigné par le conseil médical, peut être un de ces trois médecins. Le texte ne prévoit donc pas explicitement qu'il s'agit de trois médecins supplémentaires, hormis le microbiologiste, l'hygiéniste hospitalier ou de médecin-chef.

La ministre est-elle d'accord pour dire que la formulation est quelque peu imprécise ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Il s'agit effectivement de trois médecins supplémentaires. La même règle s'applique aux trois infirmiers en question. En effet, l'objectif est de créer sur le terrain une base plus large pour les discussions au sein du Comité d'hygiène hospitalière et les décisions qui y sont prises.*

M. Louis Ide (N-VA). – *La ministre reconnaît-elle que l'arrêté royal en question n'est pas très clair et que c'est maintenant explicité ?*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Pour moi, l'arrêté royal a toujours été clair. Pour ceux qui n'avaient pas compris, je crois que ma réponse ici est claire.*

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 « l'activité du Conseil supérieur des volontaires » (n° 5-722)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Depuis le dépôt de ma question, les choses ont évolué.

Actuellement, plusieurs millions de citoyens sont engagés en Belgique dans une activité volontaire au sein de diverses associations. Il s'agit de personnes de tout âge, qualifiées ou non, et qui apportent leur contribution à leur communauté en consacrant un peu de leur temps à des organisations de la société civile.

L'engagement de ces personnes est un soutien réel au développement socio-économique. Il est important que ces personnes soient reconnues et puissent s'exprimer sur ce qui les concerne. C'est notamment à cette fin que le Conseil supérieur des volontaires a été créé le 2 octobre 2002. Cette plate-forme est un organe de concertation et de consultation permanent où les volontaires et les autorités entrent en contact au sujet de problèmes spécifiques à l'activité volontaire : le droit de la responsabilité, la sécurité sociale, la fiscalité, le

voor ziekenhuishygiëne, een ziekenhuisapotheker, een microbioloog, de hoofdgeneesheer, het hoofd van het verpleegkundig departement, drie geneesheren werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad en drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement.

Het is echter niet duidelijk of de 'drie geneesheren werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad' drie 'extra' geneesheren moeten zijn dan wel of, bijvoorbeeld, de arts-ziekenhuishygiënist, die ook aangewezen kan zijn door de medische raad, een van deze drie geneesheren kan zijn. Er staat dus niet expliciet dat het om drie extra geneesheren gaat, exclusief de microbioloog, de ziekenhuishygiënist of de hoofdgeneesheer.

Is de minister het ermee eens dat de formulering enigszins onduidelijk is?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Het gaat wel degelijk om drie extra geneesheren. Hetzelfde geldt voor de drie verpleegkundigen waarvan sprake is. Het is immers de bedoeling om op de werkvloer een breder draagvlak te creëren voor de besprekingen in het comité voor ziekenhuishygiëne en de beslissingen die daar genomen worden.

De heer Louis Ide (N-VA). – Erkent de minister dat het koninklijk besluit ter zake niet echt duidelijk is en dat dit nu geëxpliciteerd is?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Voor mij was het koninklijk besluit altijd duidelijk. Voor wie het niet duidelijk vond, is mijn antwoord nu een verduidelijking.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « de activiteiten van de Hoge Raad voor Vrijwilligers » (nr. 5-722)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Sinds ik mijn vraag heb ingediend, zijn de zaken geëvolueerd.*

Momenteel zijn miljoenen burgers in België geëngageerd in vrijwilligerswerk in allerlei verenigingen. Het betreft mensen van alle leeftijden, gekwalificeerd of niet, die hun bijdrage leveren aan de gemeenschap door een beetje van hun tijd te geven aan organisaties van de civiele samenleving.

De inzet van die mensen is een echte steun voor de sociaaleconomische ontwikkeling. Het is belangrijk dat die mensen worden erkend en zich kunnen uitspreken over wat hun aanbelangt. Daarom werd de Hoge Raad voor Vrijwilligers opgericht op 2 oktober 2002. Dat platform is een permanent overleg- en adviesorgaan waar de vrijwilligers en gezagsdragers met mekaar in contact treden over specifieke problemen eigen aan het vrijwilligerswerk: het aansprakelijkheidsrecht, de sociale zekerheid, de fiscaliteit, het recht op arbeid, enz.

droit du travail, etc.

Son activité est actuellement suspendue. Les mandats des membres du Conseil ont expiré le 1^{er} février 2011 et ne peuvent pas être renouvelés en période d'affaires courantes.

Cette situation est très regrettable d'autant plus que 2011 a été déclarée « année du volontariat » par le Conseil européen.

Quelles sont les principales conséquences de cette suspension d'activité ?

Une solution de transition a-t-elle été mise en œuvre pour que les missions du Conseil des volontaires continuent d'être assurées ? Si oui, laquelle ?

Un nouveau mandat pour le Conseil des volontaires pourra-t-il être organisé bientôt malgré la période d'affaires courantes ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La nomination des nouveaux membres du Conseil supérieur des volontaires pour la période de 2011 à 2014 a été approuvée par le conseil des ministres du 29 avril 2011. L'arrêté royal sera soumis à la signature du Roi et publié sous peu. Le Conseil supérieur des volontaires pourra donc poursuivre ses activités.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je remercie la ministre de cette information.

S'agissait-il d'une simple reconduction ou de nouveaux membres ont-ils été nommés ? Des représentants spécifiques sont-ils pris en considération ou le Conseil est-il simplement l'émanation des plates-formes francophone et néerlandophone ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je vous transmettrai ces informations par écrit.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « les vaccinations obligatoires » (n° 5-728)

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur « le refus de vaccination et les conséquences de l'acquiescement et de la dispense de vaccination contre la poliomyélite, prononcés par le tribunal correctionnel de Tournai » (n° 5-734)

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

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Le 16 mars dernier, le tribunal de Tournai a rendu un jugement contre la vaccination*

Zijn activiteit is momenteel opgeschort. Het mandaat van de leden van de Raad is op 1 februari 2011 verlopen en kan niet worden verlengd tijdens lopende zaken.

Die toestand is zeer betreurenswaardig, te meer omdat 2011 door de Europese Raad werd uitgeroepen tot het 'jaar van de vrijwilliger'.

Wat zijn de voornaamste gevolgen van die opschorting van activiteiten?

Werd een overgangsregeling ingevoerd zodat de Raad voor Vrijwilligers zijn taken kan voortzetten? Zo ja, welke?

Kan weldra een nieuw mandaat voor de Raad voor Vrijwilligers worden georganiseerd, ondanks de lopende zaken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De benoeming van de nieuwe leden van de Hoge Raad voor Vrijwilligers voor de periode van 2011 tot 2014 werd goedgekeurd op de Ministerraad van 29 april 2011. Het koninklijk besluit zal ter ondertekening aan de Koning worden voorgelegd en spoedig worden gepubliceerd. De Hoge Raad voor Vrijwilligers zal dus zijn werkzaamheden kunnen voortzetten.*

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

Betreft het een herbenoeming of werden nieuwe leden benoemd? Werd rekening gehouden met specifieke vertegenwoordigers of is de Raad gewoon de emanatie van de Franstalige en Nederlandstalige platformen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik zal u die informatie schriftelijk bezorgen.*

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « de verplichte vaccinaties » (nr. 5-728)

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over « de weigering van vaccinatie en de gevolgen van de vrijspraak en vrijstelling van poliovaccinatie door de correctionele rechtbank van Doornik » (nr. 5-734)

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

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Op 16 maart jongstleden vonniste de rechtbank van Doornik tegen de verplichte*

obligatoire contre la poliomyélite. Un couple de parents refusait la vaccination – la seule encore obligatoire – parce que les informations demandées à ce sujet n'étaient pas disponibles et parce qu'aucune garantie ferme n'était donnée quant à la sécurité post-vaccinale. Le tribunal s'est notamment basé, pour son jugement, sur la loi de 2002 relative aux droits du patient.

Le jugement joue peut-être un rôle crucial dans une discussion difficile et complexe sur l'obligation de certaines vaccinations. Jusqu'où doivent, peuvent et veulent aller les autorités à cet égard ? Bien entendu, les éléments relatifs à la santé publique, les épidémies possibles et des contaminations rapides constituent des arguments potentiellement importants. La plupart du temps, les conceptions du monde médical et scientifique sur la question ne sont toutefois pas unanimes. Elles sont même souvent contradictoires. Les producteurs de vaccins se ménagent la plupart du temps une voie de sortie, surtout lorsqu'il s'agit de garanties relatives à la santé. Parfois, le refus d'un vaccin est aussi motivé par des convictions religieuses.

Dans tout ce contexte, nous ne pouvons toutefois pas ignorer l'importante influence de l'industrie pharmaceutique qui, avec les vaccins, engrange des recettes importantes et fait bien entendu pression sur les autorités pour que les vaccins soient distribués aussi largement que possible.

Le récent jugement tournaisien nous confronte, nous et la ministre, à des questions et des défis difficiles.

Comment la ministre interprète-t-elle le jugement ? En conclut-elle que le seul vaccin obligatoire, celui contre la polio, ne peut plus être imposé ? Quelle est la conséquence de la suppression de l'obligation ? La ministre dispose-t-elle de suffisamment d'arguments scientifiques pour maintenir l'obligation ? Comment communiquera-t-elle au sujet du jugement, tant avec les médecins, les infirmiers et les consultations pour enfants qu'avec le grand public ?

Quelle politique la ministre défend-elle au sujet des autres vaccins ? Quels vaccins doivent-ils, selon elle, être recommandés auprès de la population par le biais des canaux de la santé publique ? Les arguments scientifiques à cet effet sont-ils suffisamment forts et étayés pour promouvoir ces vaccinations ? Ressent-elle une pression de la part de l'industrie pharmaceutique ?

M. Louis Ide (N-VA). – *La problématique de la vaccination obligatoire contre la polio est plus importante qu'on le pense. Le magistrat qui a rendu le jugement ne s'est pas arrêté à l'intérêt général.*

La polio est encore présente partout dans le monde. Pourtant, l'ambition de l'OMS était d'éradiquer mondialement cette maladie pour 2000. Malheureusement, cette dernière resurgit encore dans des pays politiquement instables comme le Nigeria, l'Inde, le Pakistan et l'Afghanistan.

Le fait que l'Occident se croie intouchable et pense qu'il ne doit plus vacciner, témoigne d'une arrogance inouïe.

Pour l'instant, nous faisons d'ailleurs face en Occident à une épidémie de rougeole et de coqueluche. La vaccination est donc importante. Je me réjouis dès lors que le ministre flamand Jo Vandeurzen lance une action pour montrer le

poliovaccinatie. Een ouderpaar weigerde de inenting – de enige die nog verplicht is – omdat de gevraagde informatie hierover niet beschikbaar was en er geen sluitende waarborgen werden gegeven voor de veiligheid na inenting. De rechtbank baseerde zich voor haar vonnis onder andere op de wet inzake patiëntenrechten van 2002.

Het vonnis speelt wellicht een cruciale rol in een moeilijke en complexe discussie over de verplichting tot bepaalde inenting. Hoe ver moet, kan en wil een overheid in dat opzicht gaan? Uiteraard vormen elementen van volksgezondheid, mogelijke epidemieën en snelle besmettingen mogelijk belangrijke argumenten. De opvattingen van de medische en wetenschappelijke wereld zijn over de kwestie echter meestal niet eensgezind, vaak zelfs tegenstrijdig. Zeker als het gaat om gezondheidswaarborgen, houden de producenten van vaccins meestal een slag om de arm. Soms is een weigering van een vaccin ook ingegeven door religieuze overtuigingen.

In deze hele context mogen we evenwel niet voorbijgaan aan de belangrijke invloed van de farmaceutische industrie, die met vaccins grote winsten realiseert en uiteraard druk uitoefent op overheden om inenting zo ruim mogelijk te verspreiden.

Het recente vonnis in Doornik stelt ons, en de minister, voor moeilijke vragen en uitdagingen.

Hoe interpreteert de minister het vonnis? Besluit zij hieruit dat het enige verplichte vaccin, namelijk dat tegen polio, niet meer kan en mag worden verplicht? Tot welke consequentie leidt het opheffen van de verplichting? Beschikt de minister over voldoende wetenschappelijke argumenten om de verplichting te handhaven? Hoe zal zij over het vonnis communiceren, zowel naar artsen, verpleegkundigen, kinderconsulanten, als naar het grote publiek?

Welk beleid verdedigt de minister met betrekking tot andere vaccins? Welke vaccins moeten volgens haar via de kanalen van volksgezondheid bij de bevolking worden aanbevolen? Zijn de wetenschappelijke argumenten hiervoor voldoende sterk en gedragen om die inenting aldus te promoten? Ervaart zij druk van de farmaceutische industrie?

De heer Louis Ide (N-VA). – De problematiek van de verplichte poliovaccinatie is belangrijker dan men denkt. De magistraat die het vonnis heeft geveld, heeft niet stilgestaan bij het algemeen belang.

Polio komt nog steeds wereldwijd voor. Nochtans was het de ambitie van de WHO om polio tegen 2000 uit te wereld te helpen. Helaas duikt polio nog steeds op in politiek instabiele landen zoals Nigeria, India, Pakistan en Afghanistan.

Dat de westerse wereld zich onaantastbaar waant en meent niet meer te moeten vaccineren, getuigt dan ook van verregaande arrogantie.

Op het ogenblik kampen we in de westerse wereld overigens met een epidemie van mazelen en kinkhoest. Vaccinatie is dus belangrijk. Het verheugt me dan ook dat Vlaams minister Jo Vandeurzen een actie start om te wijzen op het gevaar van mazelen en kinkhoest, ziekten die soms tot de dood kunnen

danger de ces maladies qui peuvent parfois entraîner la mort.

Je digère dès lors particulièrement mal le jugement rendu par un magistrat qui ne s'est pas référé à l'expertise disponible. Il s'est basé sur la loi relative aux droits du patient et sur le devoir d'information. Il doit toutefois aussi tenir compte de l'intérêt général.

À cause de la séparation des pouvoirs, je ne peux m'adresser qu'à la ministre. J'espère qu'elle maintiendra la vaccination obligatoire contre la polio et ira en appel contre le jugement.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je souhaiterais intervenir parce que j'ai introduit une demande d'explications sur le même sujet après la mise à l'ordre du jour de ces deux questions.

Dans le jugement rendu à Tournai, le juge a estimé que les parents ne disposaient pas d'informations suffisantes sur le vaccin.

On sait qu'il n'existe encore aucun traitement pour soigner et vaincre la polio qui peut entraîner de graves séquelles. Le débat sur l'obligation vaccinale doit donc être considéré avec le plus grand sérieux, mais les questions relatives à l'information subsistent.

J'ai eu l'occasion d'interroger à ce sujet votre collègue à la Communauté française, Fadila Laanan, qui estimait ne pas devoir commenter outre mesure ce jugement.

Cela étant, à partir de quel moment estime-t-on qu'une information est suffisante ? Une concertation doit-elle être organisée avec les communautés à propos de cette information ? L'obligation de la vaccination serait-elle liée à l'information ? Dans l'affirmative, les liens entre le niveau fédéral et les communautés ne devraient-ils pas se matérialiser par un protocole précisant la portée de l'information délivrée ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *L'État belge n'est pas partie au jugement du tribunal correctionnel de Tournai, jugement qui a acquitté des parents qui refusaient de faire vacciner leurs enfants contre la polio. Mes services ont demandé au parquet une copie du jugement. Ils ont également appris que, le 22 mars 2011, le ministère public a fait appel contre le jugement. Celui-ci peut donc encore être revu.*

De toute façon, ce jugement n'a qu'une portée relative. Il ne sort ses effets qu'à l'égard des parties à la procédure judiciaire. La décision intervenue n'affecte donc en rien la validité des actes législatifs qui restent évidemment d'application. Toutefois, un juge placé devant le même problème pourrait suivre le précédent et donner à la législation en vigueur la même interprétation que celle suivie dans le cas particulier qui nous occupe. C'est la raison pour laquelle je suis ce dossier avec énormément d'attention. Il ne s'agit toutefois pas non plus de tirer des conclusions de manière prématurée.

Le tribunal estime qu'il existe une contradiction entre l'arrêt royal du 26 octobre 1966 qui rend obligatoire la vaccination contre la poliomyélite, et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. J'ai dès lors demandé à mes services

leiden.

Ik til dan ook bijzonder zwaar aan het vonnis dat geveld werd door een magistraat die zich niet heeft beroepen op de voorhanden zijnde expertise. Hij beroept zich wel op de wet inzake patiëntenrechten en op de informatieplicht. Hij dient echter ook rekening te houden met het algemeen belang.

Gezien de scheiding der machten kan ik mij alleen tot de minister richten. Ik hoop dat zij de verplichte poliovacinatie zal handhaven en tegen het vonnis in beroep gaat.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik heb zelf een vraag om uitleg over dit onderwerp ingediend en wil dan ook graag interveniëren.*

De rechter in Doornik oordeelde in zijn vonnis dat de ouders niet over voldoende informatie over het vaccin beschikten.

Er is nog altijd geen behandeling voor polio, die ernstige gevolgen kan hebben. Het debat over de verplichte vaccinatie moet dus met de grootst mogelijke ernst worden aangevat, maar er blijven vragen bestaan met betrekking tot de informatie.

Ik heb de minister van de Franse Gemeenschap, Fadila Laanan, hierover een vraag gesteld en zij meende dat ze geen commentaar moest geven bij het vonnis.

Vanaf welk ogenblik is informatie 'voldoende'? Moet met de gemeenschappen overleg worden georganiseerd over die informatie? Is de vaccinatieverplichting gekoppeld aan de informatie? Zo ja, moeten de federale overheid en de gemeenschappen dan geen protocol sluiten waarin de draagwijdte van de geleverde informatie wordt omschreven?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De Belgische Staat is geen betrokken partij bij het vonnis van de correctionele rechtbank van Doornik, waarin ouders werden vrijgesproken die weigerden hun kinderen tegen polio te laten inenten. Mijn diensten hebben het parket een kopie van dat vonnis gevraagd. Ze hebben ook vernomen dat het openbaar ministerie op 22 maart 2011 tegen het vonnis beroep heeft aangekend. Het vonnis kan dus nog worden herzien.

Het vonnis geldt sowieso slechts inter partes en heeft geen enkele invloed op de wetgeving, die uiteraard van toepassing blijft. Desalniettemin kan een rechter die met eenzelfde zaak wordt geconfronteerd, het precedent volgen en de wetgeving op eenzelfde manier interpreteren. Om die reden volg ik dit dossier met bijzonder veel aandacht. We mogen echter ook geen voorbarige conclusies trekken.

De rechtbank is van mening dat er een tegenstrijdigheid bestaat tussen het koninklijk besluit van 26 oktober 1966, waarbij de inenting tegen poliomyelitis werd verplicht, en de wet van 22 augustus 2002 over de patiëntenrechten. Ik heb

d'examiner la question sous l'angle juridique. Si nous arrivons à la conclusion qu'il existe bel et bien une contradiction, nous devons modifier la loi afin de conserver le caractère obligatoire de la vaccination.

J'ai d'ailleurs demandé au Conseil supérieur de la Santé de vérifier, avec le Comité belge de certification pour l'éradication de la poliomyélite, si l'obligation de vaccination doit être maintenue. Le Comité suit la situation relative à la polio en Belgique et établit des rapports à ce sujet pour l'Organisation mondiale de la Santé. L'OMS décide, sur la base de ces informations, si notre pays peut être déclaré exempt de polio.

La vaccination contre la poliomyélite a été introduite en 1958. Il s'agit du seul vaccin obligatoire et donc du seul pour lequel le pouvoir fédéral est compétent. Les communautés sont compétentes pour le suivi des vaccinations facultatives. De 1967 à 2000, le vaccin vivant oral atténué a été utilisé. Depuis janvier 2001, le vaccin inactivé renforcé administré par injection est imposé. La notice explicative qui accompagne le vaccin mentionne la composition totale qualitative et les quantités de composants actifs de ce vaccin.

Puisqu'il s'agit du seul vaccin obligatoire, on procède comme suit en cas de refus. Avant que les inspecteurs d'hygiène fédéraux ne rédigent un procès-verbal, les personnes qui ont la garde ou la tutelle d'enfants dont le statut de vaccination n'est pas conforme reçoivent trois rappels. Durant cette procédure, il arrive que des personnes fassent savoir par téléphone ou par écrit qu'elles ne veulent pas faire vacciner l'enfant dont elles ont la garde ou la tutelle. Les inspecteurs d'hygiène réagissent en rédigeant une lettre personnelle dans laquelle les arguments scientifiques pour la décision sanitaire approuvée sont expliqués. Si les responsables de l'enfant continuent à refuser ou à s'opposer, un entretien personnel est organisé avec un infirmier spécialisé dans ce domaine.

Au terme de la procédure d'injonction, tous les dossiers non régularisés sont transmis au procureur du Roi.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Comme l'indique la ministre, d'un point de vue juridique, le jugement n'a pas une portée générale et ne lie que les parties. La ministre estime que l'obligation légale reste par conséquent en vigueur.*

Elle a demandé une enquête ; c'est la bonne décision. On doit en effet vérifier s'il existe une contradiction juridique entre, d'une part, la vaccination obligatoire contre la polio sur la base de l'arrêté royal et, d'autre part, la loi sur les droits du patient.

La ministre adopte cependant une position claire et formelle sur cette vaccination, comme plusieurs sénateurs d'ailleurs. Je ne suis moi-même qu'un ignorant qui lit de nombreux articles sur le sujet, peut-être aussi les articles erronés, articles dans lesquels sont posées de nombreuses questions sur la vaccination obligatoire contre la polio. Bien que je vienne d'une famille comptant de nombreux médecins traditionnels qui sont peut-être d'accord avec la ministre et le Dr Ide, j'ose lire une littérature « déviante » sur cette

mijn diensten dan ook gevraagd om de kwestie vanuit juridisch oogpunt te onderzoeken. Mochten we tot het besluit komen dat er wel degelijk een tegenstrijdigheid bestaat, dan zullen we de wet moeten wijzigen om het verplichte karakter van de vaccinatie te handhaven.

Overigens heb ik de Hoge Gezondheidsraad gevraagd om samen met het Belgisch Certificatiecomité voor de Eradicatie van Poliomyelitis na te gaan of de inentingsverplichting moet worden gehandhaafd. Het comité volgt de toestand inzake polio in België en het rapporteert daarover aan de Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO. De WHO beslist op basis van die informatie of ons land poliovrij verklaard kan blijven.

De inenting tegen poliomyelitis werd in 1958 ingevoerd. Het is de enige verplichte inenting. Het gaat dus om het enige vaccin waarvoor de federale overheid bevoegd is. De gemeenschappen zijn bevoegd voor de opvolging van de facultatieve inenting. Van 1967 tot 2000 werd het levend afgezwakt oraal vaccin gebruikt. Sinds januari 2001 is het verbeterde inspuitsbare geïnactiveerde vaccin opgelegd. De begeleidende bijsluiter vermeldt de volledige kwalitatieve samenstelling en de hoeveelheden actieve bestanddelen van dit vaccin.

Omdat het om het enige verplichte vaccin gaat, wordt bij een weigering als volgt te werk gegaan. Vóór de federale gezondheidsinspecteurs een proces-verbaal opstellen, zenden ze de personen die kinderen met een niet-conforme vaccinatiestatus onder hun hoede of voogdij hebben, drie herinneringen. Tijdens die procedure komt het voor dat personen telefonisch of schriftelijk laten weten dat ze het kind dat onder hun hoede of voogdij is, niet willen laten vaccineren. De gezondheidsinspecteurs reageren hierop met een persoonlijke brief, waarin de wetenschappelijke argumenten voor de goedgekeurde gezondheidsbeslissing worden toegelicht. Als de verantwoordelijken voor het kind blijven weigeren of zich blijven verzetten, volgt een persoonlijk onderhoud met een ter zake gespecialiseerde verpleegkundige.

Alle niet-geregulariseerde dossiers worden op het einde van de aanmaningsprocedure naar de procureur des Konings gezonden.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Zoals de minister zegt; is juridisch gezien het vonnis niet algemeen geldend en bindt het alleen de partijen. De minister is van oordeel dat de wettelijke verplichting bijgevolg van kracht blijft.

Dat ze onderzoek laat doen, is de juiste beslissing. Er moet inderdaad worden nagegaan of er een juridische tegenstrijdigheid is tussen de verplichte poliovacinatie op basis van het koninklijk besluit en de wet op de patiëntenrechten.

Desalniettemin neemt de minister een duidelijk en formeel standpunt in over poliovacinatie, zoals een aantal senatoren overigens. Zelf ben ik maar een onwetende die wel veel artikels leest over het onderwerp, misschien ook de verkeerde, waarin wel vragen worden gesteld bij de verplichte poliovacinatie. Hoewel ik afstam van een familie met heel wat traditionele dokters die het wellicht eens zijn met de minister en dokter Ide, durf ik zelf nogal eens afwijkende

vaccination.

Je pars quand même du principe que la ministre sait ce qu'elle fait et qu'imposer la vaccination contre la poliomyélite porte un engagement et a pour objectif de servir l'intérêt général.

J'espère toutefois que les informations sur cette vaccination seront plus claires. J'ai compris que l'OMS a, dans ce domaine, recueilli les connaissances nécessaires.

M. Louis Ide (N-VA). – *Je me réjouis que la ministre prenne ses responsabilités et prenne clairement position en faveur du maintien de la vaccination. Je me réjouis également qu'appel soit interjeté contre le jugement et que le ministère public prenne lui aussi ses responsabilités. Bien que nous ne soyons pas partie à la cause, nous estimons que ce jugement constitue un précédent important.*

Je suis d'accord pour dire que l'on doit régulièrement vérifier si la vaccination obligatoire contre la polio est encore sensée. Dès que cette maladie aura été éradiquée de la planète, cette vaccination obligatoire perdra en effet son sens. Malheureusement, nous avons raté l'occasion en 2000. La polio resurgit et, à cause des flux migratoires, cela peut engendrer des problèmes.

Comme l'affirme la ministre, on est passé du vaccin vivant oral atténué qui procurait une herd immunity, au vaccin inactivé qui ne protège plus le groupe et donc plus les quelques-uns qui n'ont pas été vaccinés. Cet aspect continuera certainement à être examiné par le Comité scientifique.

En ce qui concerne la santé publique, on ne doit pas seulement s'occuper de ce qui se passe en Occident. Les points les plus importants pour la santé mondiale sont water and sanitation et ensuite vaccination. Si on peut les assurer, le programme sanitaire sera réalisé à 90% à l'échelle mondiale.

Je ne suis pas juriste mais je considère le jugement davantage comme un abus de la loi sur les droits du patient. La vaccination obligatoire figure dans Le Moniteur Belge que chaque citoyen est censé lire, de sorte qu'on peut parler à ce sujet d'un informed consent.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la fraude à la carte SIS» (n° 5-767)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale et des efforts à fournir pour accroître la simplification administrative, une fusion de la carte SIS avec la carte d'identité a été décidée en 2007 et permettra de ne plus disposer que d'une seule carte électronique.

L'échéance, initialement prévue en 2008, a été repoussée à 2012, pour des raisons principalement techniques.

Or, un problème existe bel et bien, surtout dans les hôpitaux, où il n'est pas rare de constater des cas de fraude à la carte SIS, comme l'utilisation d'une seule carte SIS pour plusieurs membres d'une même famille. Même si des possibilités

littérature te lezen over poliovaccinatie.

Toch ga ik ervan uit dat de minister weet wat ze doet en dat het afdwingen van de poliovaccinatie een engagement inhoudt en het algemeen belang tot doel heeft.

Ik hoop evenwel dat er duidelijker zal worden gecommuniceerd over poliovaccinatie. Ik heb wel begrepen dat de Wereldgezondheidsorganisatie ter zake de nodige kennis heeft vergaard.

De heer Louis Ide (N-VA). – Het stemt me tevreden dat de minister haar verantwoordelijkheid neemt en duidelijk stelling neemt voor de handhaving van de inenting. Het stemt me eveneens tevreden dat beroep wordt aangetekend tegen het vonnis en dat ook het openbaar ministerie zijn verantwoordelijkheid neemt. Hoewel we geen betrokken partij zijn, vinden we het vonnis een belangrijk precedent.

Ik ben het ermee eens dat geregeld moet worden nagegaan of de verplichte inenting tegen polio nog zin heeft. Zodra polio wereldwijd uitgeroeid is, wordt de verplichte inenting inderdaad zinloos. Jammer genoeg hebben we rond het jaar 2000 onze kans gemist. Polio rukt weer op en gelet op de migratiestromen kan dat tot problemen leiden.

Zoals de minister zegt, is men overgeschakeld van het levende afgezwakte orale vaccin, dat een herd immunity gaf, op het geïnactiveerde vaccin, waardoor de groep niet meer wordt beschermd, en dus ook niet de enkelingen die niet gevaccineerd zijn. Dat aspect zal door het wetenschappelijke comité ongetwijfeld verder worden onderzocht.

Wat de gezondheidszorg betreft, moet men niet alleen oog hebben voor wat er in de Westerse wereld gebeurt. Het belangrijkste voor de wereldgezondheid zijn water and sanitation en vervolgens vaccination. Als men die zaken kan waarmaken, is het gezondheidsprogramma wereldwijd voor negentig procent gerealiseerd.

Ik ben geen jurist, maar ik zie het vonnis veeleer als een misbruik van de wet op de patiëntenrechten. De verplichte vaccinatie staat in het Belgisch Staatsblad, dat elke burger geacht wordt te lezen, zodat we in dit verband kunnen spreken van informed consent.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de fraude met de SIS-kaart» (nr. 5-767)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *In het kader van de strijd tegen de sociale fraude en van de inspanningen voor administratieve vereenvoudiging, werd in 2007 beslist om de SIS-kaart in de identiteitskaart te integreren, zodat maar een elektronische kaart meer nodig is.*

Oorspronkelijk was 2008 als uiterste datum gesteld, maar hoofdzakelijk om technische redenen werd die opgeschoven tot 2012.

Er is echter een reëel probleem, vooral in de ziekenhuizen. Daar wordt geregeld fraude met SIS-kaarten vastgesteld; zo wordt één SIS-kaart soms door meerdere leden van een gezin gebruikt. Artsen en apothekers beschikken over wettelijke

légales existent, tant pour les médecins que pour les pharmaciens, de vérifier le nom du patient sur la prescription en le comparant avec les données figurant sur la carte SIS, elles sont insuffisantes pour lutter efficacement contre la fraude sociale.

Je ne doute pas que la collaboration soit optimale entre les mutualités, le SPF Santé publique et l'INAMI en la matière. Néanmoins, madame la ministre, pourriez-vous dresser un état des lieux de la situation ? Où en est-on aujourd'hui ? La date d'échéance de 2012 sera-t-elle respectée pour l'intégration de la carte SIS dans la carte d'identité électronique ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Les services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité n'ont jusqu'à présent constaté aucun usage frauduleux systématique, via un réseau par exemple, de la carte d'identité SIS. De nombreux cas de fraude individuelle ont par contre été mis à jour.

L'hôpital doit toujours vérifier la carte d'identité pour s'assurer que le porteur de la carte SIS est la personne dont les données sont mentionnées. L'hôpital doit refuser la carte SIS si elle ne correspond pas à l'identité du patient.

Si l'on constate que cette vérification n'a pas été effectuée, que l'hôpital n'a donc pas respecté les directives, et que des coûts ont été calculés sur la base de cette utilisation impropre de la carte SIS, il n'y aura pas de remboursement des soins par l'assurance maladie-invalidité.

Lors de l'utilisation de la carte SIS dans une pharmacie, le pharmacien est aussi tenu de vérifier que les données d'identité sur la carte SIS correspondent aux données de la prescription médicale.

La carte SIS sera progressivement remplacée par l'utilisation conjointe dans le chef du prestataire de soins de la carte d'identité électronique du patient pour obtenir ses données d'identification et par la consultation en ligne des données administratives d'assurance soins de santé du patient auprès des mutualités.

Une des raisons pour lesquelles le remplacement de la carte SIS par la carte d'identité électronique a été avancé est l'optimisation de la vérification de l'identité, outre la simplification qui découlerait de la limitation du nombre des moyens d'identification pour le citoyen. La carte eID sera également utilisée comme clef pour actualiser et sécuriser les banques de données. La Banque Carrefour de la sécurité sociale, l'INAMI et les mutualités y travaillent. Le plan d'action comprend plusieurs composants qui doivent être mis en œuvre de manière intégrée.

Il est prévu que les pharmaciens, et le cas échéant, les médecins équipés des interfaces nécessaires, soient mis en mesure de consulter les données en matière d'assurance soins de santé sur la base de la carte d'identité des citoyens ou de leurs vignettes mutuellistes dans le courant de l'année 2012. Les premiers tests informatiques sont en préparation.

Par mesure de prudence et pour permettre une montée en charge progressive du projet dans le chef des dispensateurs de soins concernés et des citoyens, les cartes continueront cependant à être distribuées jusque fin 2013 au moins. Il faut

middelen om de naam van de patiënt op het voorschrift te verifiëren door hem te vergelijken met de gegevens op de SIS-kaart. Desalniettemin volstaan die middelen niet om de sociale fraude efficiënt aan te pakken.

Ik twijfel er niet aan dat de ziekenfondsen, de FOD Volksgezondheid en het RIZIV goed samenwerken. Kan de minister toch een stand van zaken geven? Zal de datum van 2012 voor de integratie van de SIS-kaart in de elektronische identiteitskaart worden gehaald?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De diensten van het RIZIV hebben tot op heden nog geen systematische fraude ontdekt met de SIS-kaart, bijvoorbeeld via een netwerk. Daarentegen zijn tot op heden wel veel individuele fraudegevallen vastgesteld.*

Het ziekenhuis moet altijd de identiteitskaart controleren om zich ervan te vergewissen dat de drager van de SIS-kaart de persoon is wiens gegevens vermeld zijn. Het ziekenhuis moet de SIS-kaart weigeren als ze niet overeenstemt met de identiteit van de patiënt.

Wordt vastgesteld dat die verificatie niet heeft plaatsgevonden, dat het ziekenhuis de richtlijnen dus niet heeft gevolgd en dat de kosten werden berekend op basis van een oneigenlijk gebruik van de SIS-kaart, dan zal de ziekte- en invaliditeitsverzekering de zorg niet terugbetalen.

Wanneer de SIS-kaart in een apotheek wordt gebruikt, moet de apotheker ook nagaan of de identiteitsgegevens op de SIS-kaart overeenstemmen met de gegevens op het voorschrift.

De SIS-kaart zal geleidelijk worden vervangen. De zorgverstreker zal de elektronische identiteitskaart van de patiënt raadplegen om de identificatiegegevens te verkrijgen en hij zal de administratieve gegevens over de ziekteverzekering van de patiënt bij de ziekenfondsen online kunnen raadplegen.

Een van de redenen voor de vervanging van de SIS-kaart door de elektronische identiteitskaart is optimalisering van de verificatie van de identiteit. Daarnaast wordt ook het aantal identificatiebewijzen voor de burger vereenvoudigd. De eID zal tevens worden gebruikt als sleutel om de gegevensbanken te actualiseren en te beveiligen. De Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, het RIZIV en de ziekenfondsen maken daar werk van. Het actieplan bevat meerdere onderdelen die op een geïntegreerde manier ten uitvoer moeten worden gelegd.

Apothekers, en mogelijk ook artsen die uitgerust zijn met de nodige interfaces, zullen in de loop van 2012 de gegevensbanken van de ziekteverzekering kunnen raadplegen op basis van de identiteitskaart van de burgers of van de klevers van het ziekenfonds. De eerste informaticatests lopen al.

Als voorzorgsmaatregel en om de zorgverstrekkers en de burgers geleidelijk aan vertrouwd te maken met het project zullen de kaarten tot einde 2013 worden uitgereikt. Er moet ook rekening worden gehouden met de tenuitvoerlegging van

aussi tenir compte de l'état d'avancement de l'application de la décision de principe du Conseil des ministres du 19 décembre 2008 quant à l'introduction généralisée du document d'identité électronique pour tous les enfants de moins de douze ans.

Avec la carte d'identité électronique, le dispensateur de soins aura de facto la possibilité de contrôler via la photo figurant sur la carte d'identité électronique si le porteur de la carte qui requiert les soins est bien la personne mentionnée de façon à éviter les fraudes.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je remercie la ministre pour ses réponses très précises. Il arrive que le médecin constate que la personne qu'il soigne n'est pas le détenteur de la carte SIS. Le nouveau système permettra de détecter plus rapidement et plus aisément les fraudes.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «Impulseo II et l'avis de l'auditeur du Conseil d'État» (n° 5-772)

M. Louis Ide (N-VA). – *Je lis dans le Journal du médecin du 1^{er} avril 2011 que l'auditeur du Conseil d'État, dans son avis à propos d'une plainte déposée par un médecin généraliste de Lierre, propose d'annuler le fondement légal du Fonds Impulseo II parce que l'arrêté royal a un caractère discriminatoire. Le médecin pratiquant en solo ne peut bénéficier d'une intervention parce qu'il travaille seul, alors que les praticiens en duo ou en groupe peuvent recevoir une intervention qui couvre leurs frais de personnel.*

Dans de nombreuses demandes d'explications j'ai, à de multiples reprises, mis en garde contre le caractère discriminatoire de ce financement. Avant même l'entrée en vigueur d'Impulseo II, la ministre avait demandé l'avis du Conseil d'État. Celui-ci a répondu que ce fonds allait créer une inégalité injustifiable. La ministre a néanmoins créé le fonds Impulseo II.

Le nouvel avis de l'auditeur ne m'étonne donc absolument pas. Environ 70% des médecins exercent encore en solo et n'entrent donc pas en ligne de compte pour cette intervention. L'avis de l'auditeur n'est pas contraignant, mais il y a des chances pour que l'organe le plus élevé du Conseil d'État annule l'arrêté royal en question, ce qui risque de compromettre de nombreuses interventions financières de ce type.

J'ai non seulement mis en garde contre le caractère discriminatoire d'Impulseo III, mais aussi insisté sur l'importance de créer un fonds Impulseo III qui octroierait aussi aux médecins en solo une intervention pour leurs frais administratifs et autres inhérents à la gestion de leur cabinet. Jusqu'à présent j'attends toujours une initiative en ce sens, mais l'annulation de l'arrêté royal va arriver et les choses s'accéléreront peut-être.

Voici mes questions. La ministre est-elle informée du nouvel avis ? Que fera-t-elle, car si Impulseo II est annulé, de nombreux généralistes risquent de se retrouver dans l'embarras ? N'est-il pas urgent de prendre une mesure

de principebeslissing van de Ministerraad van 19 december 2008 met betrekking tot de invoering van een algemeen elektronisch identiteitsdocument voor alle kinderen onder twaalf jaar.

Met de elektronische identiteitskaart zal de zorgverstreker de facto de mogelijkheid hebben door middel van de foto op de elektronische identiteitskaart te controleren of de drager van de kaart die verzorging nodig heeft, wel degelijk de vermelde persoon is, teneinde fraude te vermijden.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik dank de minister voor haar zeer duidelijke antwoorden. Het gebeurt dat de arts vaststelt dat de persoon die hij verzorgt niet de houder van de SIS-kaart is. Met het nieuwe systeem zal fraude sneller en makkelijker kunnen worden opgespoord.*

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «Impulseo II en het advies van de auditeur van de Raad van State» (nr. 5-772)

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik lees in de *Artsenkrant* van 1 april 2011 dat de auditeur bij de Raad van State, na een klacht van een huisarts uit Lier, het advies geeft om de wettelijke onderbouw van het fonds Impulseo II nietig te verklaren, omdat het koninklijk besluit een discriminerend karakter heeft. De soloarts komt immers niet in aanmerking voor een praktijktoelage omdat hij alleen werkt, terwijl duo- en groepspraktijken wel een toelage kunnen krijgen om hun personeelskosten te dekken.

In tal van vragen om uitleg waarschuwde ik vroeger al herhaaldelijk voor het discriminerende karakter van deze financiering. Vóór het in voege treden van Impulseo II vroeg de minister al het advies van de Raad van State. Die antwoordde dat Impulseo II een niet gerechtvaardigde ongelijkheid zou creëren. Toch ging de minister met Impulseo II door.

Het nieuwe advies van de auditeur verwondert mij dan ook helemaal niet. Ongeveer 70% van de artsen werkt nog steeds in solopraktijken en valt dus uit de boot. Op dit moment is het advies van de auditeur nog niet bindend, maar de kans bestaat dat het hoogste adviesorgaan van de Raad van State het bewuste koninklijk besluit vernietigt. Daardoor komen tal van praktijktoelagen in het gedrang.

Ik heb vroeger niet alleen gewaarschuwd voor het discriminerende karakter van Impulseo II, maar tegelijk ook gehamerd op het belang van een Impulseo III dat ook soloartsen een toelage toekent voor hun administratieve kosten en andere praktijkondersteuning. Tot vandaag blijft het echter wachten op een dergelijk initiatief, maar de vernietiging van het koninklijk besluit zit er wel aan te komen en kan de dingen misschien in een stroomversnelling brengen.

Ik heb dan ook volgende vragen. Is de minister op de hoogte van het nieuwe advies? Wat zal ze ondernemen, want als Impulseo II wordt vernietigd, dreigen heel wat huisartsen in de kou te blijven staan? Wordt het niet dringend tijd een allesomvattende maatregel te nemen, dus Impulseo III te

générale, c'est-à-dire d'activer Impulseo III ? On éliminerait du même coup le problème du caractère discriminatoire.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *J'ai tout comme vous pris connaissance dans la presse de l'avis de l'auditeur du Conseil d'État sur le fonds Impulseo II. Nous devons cependant attendre de disposer de l'arrêt lui-même avant d'en tirer les conséquences.*

Je veux tout d'abord rappeler qu'Impulseo II vient non seulement en aide aux généralistes qui travaillent en réseau, mais a également pour objectif d'encourager un réseau de médecins du premier échelon qui veulent informatiser leur pratique, développer le dossier médical global, et garantir la continuité optimale des soins par la collaboration. Le fonds n'est donc pas orienté strictement vers la pratique de groupe. Deux médecins généralistes qui travaillent séparément dans une même zone géographique peuvent faire appel au fonds pour autant qu'ils partagent leurs dossiers informatisés et gèrent un minimum de dossiers médicaux globaux.

J'ai cependant, depuis l'entrée en application de ce fonds, demandé à la commission médico-mutualiste de réfléchir à un Impulseo III qui s'adresserait plus spécifiquement aux praticiens travaillant en solo. En 2010, un accord a été conclu pour octroyer une intervention financière aux médecins pratiquant seuls lorsqu'ils engagent un employé administratif ou s'inscrivent à un télésecrétariat, à condition qu'ils gèrent aussi un nombre minimal de dossiers médicaux globaux. Les inspections financières des quatre départements ont alors dû approuver le projet d'arrêté en affaires courantes, qui se trouve actuellement pour approbation au département du Budget. Sitôt que nous aurons les avis, je pourrai soumettre le projet d'arrêté au Conseil des ministres.

M. Louis Ide (N-VA). – *La ministre a raison. Seul compte l'arrêt du Conseil d'État. Toutefois, elle peut prendre les devants et réfléchir à ce qu'elle va faire, car le Conseil d'État ne va probablement pas suivre son argumentation.*

Si Impulseo II est annulé par le Conseil d'État, la ministre estime elle possible qu'Impulseo III puisse prendre la relève et opérer les remboursements, comme cela s'est passé avec les honoraires pour disponibilité ? C'est important pour les généralistes qui comptent actuellement sur l'intervention d'Impulseo II.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs. Le gouvernement formulera sa réponse après avoir pris connaissance de l'arrêt du Conseil d'État.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la valorisation des médecins généralistes» (n° 5-795)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Pendant des générations, le médecin généraliste a rempli une fonction importante avec une dimension médicale mais aussi sociale. « Monsieur le*

activeren? Dan is het probleem van het discriminerende karakter in één klap van de baan.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Net als u heb ik het advies van de auditeur van de Raad van State over het Impulseo II-fonds uit de pers vernomen. We moeten echter het arrest zelf afwachten voor we besluiten kunnen trekken.*

Ik wil er allereerst aan herinneren dat Impulseo II niet alleen de huisartsen helpt die in een netwerk werken, maar ook een netwerk van eerstelijnsartsen wil stimuleren die hun praktijken willen informatiseren, het globale medische dossier willen ontwikkelen en door middel van samenwerking de continuïteit van een optimale zorg willen waarborgen. Het fonds is er dus niet alleen voor de groepspraktijken in strikte zin. Twee huisartsen die in dezelfde geografische zone in afzonderlijke praktijken werken, kunnen er ook een beroep op doen voor zover ze hun geïnformatiseerde dossiers delen en een minimumaantal globale medische dossiers beheren.

Ik heb echter vanaf de invoering ervan de Commissie artsen-ziekenfondsen gevraagd na te denken over een Impulseo III dat zich meer specifiek op de solopraktijken zou richten. In 2010 is er een akkoord gesloten om alleenwerkende artsen een financiële tegemoetkoming te geven wanneer ze een administratieve bediende aannemen of zich bij een telesecretariaat inschrijven, op voorwaarde dat ze een minimumaantal globale medische dossiers beheren. De financiële inspecties van de vier departementen hebben daarna in lopende zaken het ontwerp van besluit moeten goedkeuren en het bevindt zich momenteel voor goedkeuring bij het departement Begroting. Zodra dat advies er is, kan ik het besluit aan de Ministerraad voorleggen.

De heer Louis Ide (N-VA). – *De minister heeft gelijk, alleen het oordeel van de Raad van State geldt. Toch kan ze al proactief nadenken over wat ze zal doen, want de Raad van State zal haar redenering waarschijnlijk niet volgen.*

Als Impulseo II door de Raad van State vernietigd wordt, acht de minister het dan mogelijk dat de terugbetaling voor Impulseo III volgt met terugwerkende kracht, zoals gebeurde met de beschikbaarheidshonoraria? Dat is belangrijk voor de artsen die nu rekenen op de bijdrage van Impulseo II.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *We mogen het paard niet achter de wagen spannen. De regering zal antwoorden nadat ze kennis heeft genomen van het arrest van de Raad van State.*

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de waardering van huisartsen» (nr. 5-795)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Generaties lang bekleedde de huisarts een belangrijke en notabele functie, met een medische, maar zeker ook maatschappelijke dimensie.*

docteur » combinait tant de rôles, il était médecin, confesseur, psychologue, assistant social et même conseiller financier.

Ces temps semblent révolus. Ces dernières années, le rôle du médecin généraliste a changé, et ce dernier a perdu beaucoup de son prestige malgré les tentatives de donner à la médecine du premier échelon, tant scientifique que sociale, une place dûment appréciée. Je pense aux formations plus étendues, aux incitants aux pratiques de groupe, etc.

Cependant, la profession de médecin généraliste reste peu attrayante pour beaucoup de jeunes médecins et d'étudiants. Les patients et la société attendent un grand dévouement, un don de soi et un engagement, comme auparavant, mais les conditions de l'exercice de la profession de médecin généraliste sont devenues beaucoup moins attrayantes. Le notable doté de prestige est devenu un travailleur prestataire de soins spécialisés au profit d'un client. En outre, on perçoit le médecin généraliste comme un tremplin vers le spécialiste, une étape que l'on saute de plus en plus. Dans d'autres cas, on se précipite au service des urgences dans l'espoir d'être directement soigné.

Diverses études montrent que les honoraires d'un médecin généraliste ont diminué de manière drastique. En Belgique, ils figurent parmi les plus bas d'Europe. Une enquête du Journal du médecin d'avril 2010 a montré que presque la moitié des médecins généralistes gagnent entre 2 500 et 4 500 euros nets par mois, et un quart moins de 2 500 euros. On peut s'interroger à juste titre sur la hauteur de ces revenus, compte tenu de la durée et du degré de difficulté des études, des longues heures de travail, de la faible protection sociale et de la maigre pension du médecin généraliste.

Tout cela explique la diminution importante du nombre de médecins généralistes. Certains prédisent à voix haute la fin de cette discipline, avec toutes les conséquences négatives que cela entraîne.

La ministre reconnaît-elle que les médecins généralistes sont irremplaçables tant pour leur fonction médicale que sociale ? Reconnaît-elle que, pour cette raison, les médecins généralistes ont droit à des honoraires appropriés qui correspondent à la durée et à la difficulté de leurs études ainsi qu'à la charge de travail, aux attentes élevées des patients et à la responsabilité de la profession ? Reconnaît-elle que ces honoraires doivent permettre aux médecins généralistes d'entretenir une famille et de se constituer une pension décente ? La pauvreté existe parfois aujourd'hui dans le corps médical, ce qui était totalement impensable auparavant.

Je connais personnellement quelques cas navrants de médecins généralistes qui, malgré un engagement fort, ne s'en sortent pas sur le plan financier. Ce sont souvent des gens qui ont un cœur particulièrement grand et qui effectuent un travail social important.

La ministre connaît-elle les revenus bruts moyens mensuels et annuels des médecins généralistes belges ? Ces honoraires sont-ils proportionnels à la charge de travail ? La ministre sait-elle combien d'heures par semaine les médecins généralistes travaillent dans notre pays ?

Combien de médecins généralistes y a-t-il actuellement dans

'Meneer dokter' combineerde zoveel rollen, die van geneesheer, biechtvader, psycholoog, maatschappelijk assistent en zelfs financieel raadgever.

Die tijden lijken helemaal voorbij. De jongste jaren kandelde de rol van de huisarts en verloor de huisarts veel van zijn aureool, ondanks de welgemeende en goed geregisseerde pogingen om eerstelijns geneeskunde zowel wetenschappelijk als maatschappelijk een juist gewaardeerde plaats te geven. Dat leidde tot uitgebreidere opleidingen, stimuli tot groepspraktijken enzovoort.

Desondanks blijft het beroep van huisarts voor vele jonge artsen en studenten onaantrekkelijk. Patiënten en samenleving verwachten veel toewijding, overgave en engagement, zoals vroeger, maar de omstandigheden om het beroep van huisarts uit te oefenen verloren heel wat aantrekkingskracht. De dokter devalueerde van een notabele naar een gezondheidswerker die gespecialiseerde diensten uitvoert voor een klant. Daarbij percipieert men de huisarts als een opstapje naar de specialist, een fase die men steeds vaker overslaat. In andere gevallen rept men zich meteen naar de spoeddienst, in de hoop direct te worden behandeld.

Verskillende studies wijzen uit dat het loon van een huisarts drastisch naar beneden is gegaan. In België hoort het bij de laagste van Europa. Een enquête in *Artsenkrant* van april 2010 toonde aan dat bijna de helft van de huisartsen tussen 2 500 en 4 500 euro netto verdient per maand en een kwart zelfs minder dan 2 500 euro. Men kan terecht vragen stellen bij de omvang van deze inkomens, rekening houden met de studieduur en de moeilijkheidsgraad, de lange werktijden, de zwakke sociale bescherming en het magere pensioen van de huisarts.

Dit alles verklaart de grote terugloop van het aantal huisartsen. Sommigen voorspellen luidop het einde van deze discipline, met alle negatieve gevolgen van dien.

Beaamt de minister dat huisartsen zowel voor hun medische als maatschappelijke functie onvervangbaar zijn? Beamt ze dat de huisartsen daarom recht hebben op een passend loon dat overeenstemt met de voorafgaande duur en moeilijkheid van de studie, de werkdruk, de hoge verwachtingen en de aansprakelijkheid van hun beroep? Beamt ze dat dit loon de huisartsen in staat moet stellen een gezin te onderhouden en een degelijk pensioen op te bouwen? Ik stel vast dat thans soms armoede voorkomt in het artsenkorps. Dat was vroeger totaal ondenkbaar.

Ik ken persoonlijk enkele schrijnende gevallen van huisartsen die, ondanks een sterke inzet, het financieel niet redden. Vaak zijn het mensen met een bijzonder groot hart, die veel sociaal werk verrichten.

Kent de minister het gemiddeld brutomaand- en jaarinkomen van de Belgische huisartsen? Staat die verloning in verhouding tot hun werklust? Weet ze hoeveel uur per week de huisartsen in ons land werken?

Hoeveel huisartsen zijn er momenteel in België? Hoe evolueerde dit aantal de afgelopen tien jaar? Is er sprake van een forse terugloop? Deelt de minister de bezorgdheid over die terugloop en de negatieve gevolgen ervan?

Ook in de visie van de minister zijn de eerstelijnsartsen essentieel om ons bijzonder goed systeem van

notre pays ? Comment ce chiffre a-t-il évolué ces dix dernières années ? Observe-t-on un recul important ? La ministre s'inquiète-t-elle également de ce recul et de ses conséquences négatives ?

La ministre estime aussi que les médecins du premier échelon sont essentiels pour pouvoir garantir les excellentes performances de notre système de soins de santé. Ne pense-t-elle pas que nous devons prendre des initiatives pour rendre la profession plus attrayante ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Comme vous, j'ai l'intime conviction que la médecine générale doit rester le pivot central de notre système de soins. C'est pourquoi de nombreuses mesures ont été prises depuis trois ans pour revaloriser la médecine du premier échelon, plus particulièrement dans les zones à faible couverture médicale. Le colloque européen organisé par la présidence belge a d'ailleurs montré que cette problématique est présente dans l'ensemble des pays de l'Europe. Il est frappant de constater que la pénurie de médecins généralistes varie fort d'une région à l'autre au sein d'un même pays.*

Le cadastre des médecins généralistes belges a permis d'estimer qu'en 2009, sur les 14 624 médecins généralistes agréés, environ 9 250 étaient réellement actifs dans notre pays. Comme nous ne possédions pas de cadastre performant auparavant, il est difficile de dire si ce chiffre a changé. Mais compte tenu de la stabilité du nombre de médecins généralistes depuis une dizaine d'années, on peut penser que le nombre de médecins généralistes actifs reste également assez stable. Toutefois, un tiers des médecins généralistes actifs ont aujourd'hui plus de 55 ans. C'est une des raisons qui m'ont amenée à prendre divers arrêtés de planification médicale, entre autres pour porter progressivement le quota minimum des médecins généralistes de 300 à 400 par an. Si ce quota est respecté, le nombre de jeunes médecins généralistes compensera les départs à la retraite.

Reste bien entendu le problème de l'abandon de la profession ; on a estimé voici quelques années qu'il y avait trois abandons pour dix diplômés, essentiellement au cours des cinq premières années de pratique. Toutefois, il faut doublement nuancer ces chiffres : d'une part, la revalorisation de la médecine générale au sein des universités a réduit ces dernières années le nombre de choix automatiques et, d'autre part, les carrières sont de moins en moins linéaires.

J'entends par là que certains jeunes médecins généralistes abandonnent la profession durant quelques années pour se consacrer, par exemple, à la médecine purement préventive, avant de revenir à la médecine générale plus tard.

Selon M. Anciaux, un quart des médecins généralistes gagnerait moins de 2 500 euros nets par mois. La très grande majorité des médecins généralistes étant indépendants, je n'ai aucun chiffre sur leurs revenus professionnels. Comme le montre le cadastre de 2009, plus de 5 000 médecins généralistes agréés ne pratiquent pas la médecine générale ou ne le font qu'à temps partiel. Les médecins généralistes en formation ont un revenu d'environ 2 000 euros nets par mois. Comme ailleurs, quelques années sont aussi nécessaires pour se constituer une patientèle.

gezondheidszorg te kunnen waarborgen. Vindt ze ook niet dat we initiatieven moeten nemen om het beroep aantrekkelijker te maken?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik ben er ook van overtuigd dat de huisartsengeneeskunde de centrale spil van ons zorgsysteem moet blijven. Daarom hebben we de voorbije drie jaar vele maatregelen genomen om de eerstelijns-geneeskunde te herwaarderen en meer bepaald in streken met een lage medische dekking. Het Europese colloquium dat het Belgische voorzitterschap heeft georganiseerd, toonde trouwens aan dat deze problematiek in alle landen van Europa bestaat. Opmerkelijk is dat de schaarste aan huisartsen in eenzelfde land sterk van streek tot streek verschilt.

Met het kadaster van Belgische huisartsen kunnen we voor 2009 schatten dat er van de 14 624 ingeschreven Belgische huisartsen ongeveer 9 250 echt in ons land actief waren. Omdat we vroeger geen goed werkend kadaster hadden, valt het moeilijk te zeggen of dit cijfer de laatste jaren is veranderd, maar, gelet op het sinds een tiental jaren stabiele aantal huisartsen, kunnen we ervan uitgaan dat het aantal actieve huisartsen ook redelijk stabiel blijft. Een derde van de actieve huisartsen is vandaag echter ouder dan 55 jaar. Dat is een van de redenen waarom ik verschillende besluiten inzake de medische planning heb genomen, onder andere om het minimumquotum van huisartsen geleidelijk op te trekken van driehonderd tot vierhonderd per jaar. Indien dat quotum wordt nageleefd, zal het aantal beginnende huisartsen de huisartsen die met pensioen gaan, compenseren.

Er blijft natuurlijk het probleem van het opgeven van het beroep, wat enkele jaren geleden werd geschat op drie opgaven per tien gediplomeerden, voornamelijk tijdens de eerste vijf jaar. Men moet die cijfers echter dubbel nuanceren; enerzijds zorgt de herwaardering van de huisartsengeneeskunde aan de universiteiten de laatste jaren voor minder automatische keuzes en anderzijds verlopen de loopbanen almaar minder lineair.

Daarmee bedoel ik dat sommige jonge huisartsen enkele jaren uit het beroep stappen om zich, bijvoorbeeld, aan de zuiver preventieve geneeskunde te wijden en later naar de huisartsengeneeskunde terug te keren.

Volgens de heer Anciaux zou een kwart van de huisartsen minder dan 2 500 euro netto per maand verdienen. Aangezien veruit de meeste huisartsen als zelfstandige werken, heb ik geen cijfers over hun beroepsinkomens. Zoals het kadaster van 2009 aantoont, beoefenen meer dan 5 000 geregistreerde huisartsen geen huisartsengeneeskunde of doen ze dat maar deeltijds. De huisartsen in opleiding hebben een inkomen van ongeveer 2 000 euro netto per maand. Zoals in elk zelfstandig beroep, duurt het enkele jaren om een patiëntenbestand op te bouwen.

Selon les enquêtes, le nombre d'heures de travail hebdomadaire se situe en moyenne entre 50 et 55. Les médecins plus âgés travaillent généralement davantage, mais les plus jeunes, en particulier les femmes, travaillent moins ou à temps partiel.

Consciente de l'importance de la revalorisation financière, j'ai pris diverses mesures ces dernières années pour faire face à cette pénurie. La première a été l'élargissement des zones du fonds Impulseo I.

Pour rendre la profession plus attrayante aux yeux des jeunes, j'ai également donné un nouveau statut aux médecins généralistes en formation. Ce dernier garantit non seulement une plus grande égalité entre tous les assistants mais aussi une plus grande protection sociale.

La revalorisation du médecin généraliste passe par une revalorisation tant financière que structurelle. Ainsi, les honoraires des médecins généralistes ont augmenté à juste titre de 40% entre 2005 et 2008. Cette nécessaire réévaluation a permis de ramener les honoraires des médecins généralistes belges au même niveau que ceux pratiqués dans de nombreux pays européens, comme la France. D'autres formes de rémunération ont été élaborées, comme les honoraires de disponibilité ou le dossier médical global et, plus récemment, le DMG+.

Ensuite, afin de réduire la charge administrative, j'ai mis en place le fonds Impulseo II. Celui-ci permet aux médecins généralistes qui travaillent en groupe ou en réseau d'obtenir des montants annuels pour financer l'engagement d'un employé administratif. Je viens d'évoquer la création du fonds Impulseo III qui sera bientôt mis en œuvre.

Un autre volet important comprend les mesures visant à améliorer la garde du premier échelon. J'ai tout d'abord augmenté de manière significative les subsides aux nouveaux postes de garde : 2,1 millions d'euros en 2008 et 3,4 millions d'euros en 2010. L'accord médico-mutualiste 2011 prévoit à présent dix millions d'euros pour ces postes de garde. En outre, j'ai lancé le projet pilote 1733 de dispatching central qui permet de mieux orienter les patients et de faciliter la garde des médecins généralistes.

Il va de soi que, malgré ces très nombreuses mesures de revalorisation et de réorganisation du premier échelon, le risque de pénurie persiste dans certaines régions du pays. D'autres mesures devront sans doute encore être prises dans les prochaines années en collaboration avec tous les acteurs de terrain mais aussi avec les autorités locales et régionales. Le rôle essentiel des universités ne doit pas être oublié car elles doivent elles aussi contribuer à cette nécessaire revalorisation globale de la médecine générale.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *J'apprécie les efforts de la ministre. Elle n'est d'ailleurs pas la seule responsable.*

Je connais des médecins généralistes qui travaillent au taux de remboursement sans compter le ticket modérateur. C'est peut-être naïf, mais c'est leur droit. Les médecins concernés consacrent aussi beaucoup de temps à leurs patients, ce qui se produit de moins en moins. Cela devient un problème réel.

L'homme de la rue doit selon moi s'interroger sur les

Het aantal arbeidsuren per week bedraagt volgens onderzoek gemiddeld tussen de 50 en de 55 uren per week. De oudere huisartsen werken over het algemeen langer en de jongere en in het bijzonder de vrouwelijke huisartsen werken minder lang of werken vrijwillig deeltijds.

Omdat ik het belang van de financiële herwaardering erken, heb ik de voorbije jaren verschillende maatregelen genomen. Een eerste maatregel die ik heb genomen om de schaarste het hoofd te bieden, bestond in de uitbreiding van de zones van het Impulseo I-fonds.

Om de aantrekkelijkheid voor de jongeren te vergroten, heb ik de artsen in opleiding ook een nieuw statuut gegeven. Dat nieuwe statuut waarborgt niet alleen een grotere gelijkheid tussen alle assistenten, maar biedt ook een grotere sociale bescherming.

De herwaardering van de huisarts gebeurt zowel via een financiële als structurele herwaardering. Zo werden de erelonen van de huisartsen tussen 2005 en 2008 terecht met 40% verhoogd. Die noodzakelijke herwaardering heeft ervoor gezorgd dat de erelonen van de Belgische huisartsen op hetzelfde peil zijn gekomen als die in vele Europese landen, zoals Frankrijk. Er zijn trouwens nog andere bezoldigingsvormen uitgewerkt, zoals de erelonen voor de beschikbaarheid of voor het globaal medisch dossier en, recenter nog, het GMD+.

Vervolgens heb ik, om de administratieve last te verminderen, het Impulseo II-fonds opgericht, waardoor huisartsen die in een groep of een netwerk werken, jaarlijks bedragen krijgen om de aanwerving van een administratieve bediende te financieren. Ik heb daarnet gesproken over de oprichting van het Impulseo III-fonds. Dat wordt binnenkort uitgevoerd.

De maatregelen om de eerstelijns-wachtdienst te verbeteren vormen een ander belangrijk onderdeel. Ik heb eerst de subsidies voor de nieuwe wachtposten aanzienlijk verhoogd: 2,1 miljoen euro in 2008 en 3,4 miljoen euro in 2010. Het akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011 trekt nu tien miljoen euro uit voor deze wachtposten. Daarnaast heb ik het proefproject 1733 voor centrale dispatching gelanceerd, waardoor de patiënten beter kunnen worden gestuurd en de wachtdiensten voor de huisartsen worden vergemakkelijkt.

Het spreekt vanzelf dat, ondanks de zeer vele maatregelen om de eerste lijn te herwaarderen en te reorganiseren, het risico op schaarste in sommige streken van het land blijft voortbestaan. In de volgende jaren zullen er ongetwijfeld nog andere maatregelen moeten worden genomen in samenwerking met alle actoren van het terrein, maar ook met de plaatselijke en gewestelijke overheden. Ook de essentiële rol van de universiteiten mag niet worden vergeten, want ook zij moeten aan de noodzakelijke algemene herwaardering van de huisartsengeneeskunde bijdragen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik heb waardering voor de inspanningen die de minister heeft gedaan. Ze is overigens niet als enige verantwoordelijk.

Ik ken huisartsen die tegen terugbetalingstarief werken en patiënten geen remgeld aanrekenen. Dat is misschien naïef, maar het is hun recht. De betrokken artsen besteden ook heel wat tijd aan hun patiënten, wat blijkbaar ook steeds minder voorkomt. Dat wordt echt een probleem.

honoraires que peuvent percevoir des médecins généralistes qui remplissent également une fonction sociale. Ils ont fait de longues études et ont beaucoup investi. Les générations précédentes de médecins généralistes s'en sortaient très bien, sans nécessairement avoir plus de patients. Ils parvenaient à se constituer une clientèle florissante. De nos jours, les médecins généralistes y arrivent de moins en moins. Bien entendu il y a des exceptions mais, selon moi, il s'agit alors de médecins qui suivent un timing serré d'un quart d'heure par patient et qui, souvent, ne sont pas conventionnés.

En résumé, je constate que de nombreux médecins généralistes se trouvent dans une situation problématique, et c'est une menace pour l'ensemble de notre système de soins de santé.

(La séance est levée à 17 h 15.)

De goegemeente moet volgens mij nadenken over de vraag wat een huisarts die ook een sociale functie vervult, mag verdienen. Ze hebben immers ook lange studies achter de rug en hebben heel wat geïnvesteerd. Vorige generaties van huisartsen kwamen zeer goed rond, zonder dat ze noodzakelijk meer patiënten hadden. Ze slaagden erin een bloeiende praktijk op te bouwen. Tegenwoordig slagen huisartsen daar steeds minder in. Uiteraard zijn er uitzonderingen, maar volgens mij gaat het dan om artsen die een strak tijdschema van een kwartier per patiënt volgen en die vaak niet geconventioneerd zijn.

Kortom, ik stel vast dat heel wat huisartsen in een problematische situatie zitten en dat is een bedreiging van het hele gezondheidssysteem.

(De vergadering wordt gesloten om 17.15 uur.)