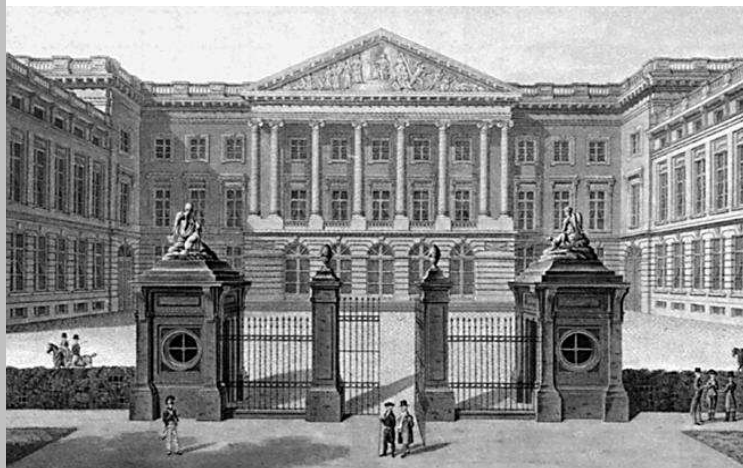


Sénat de Belgique

Session ordinaire 2010-2011



5-20COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 21 décembre 2010

Séance de l'après-midi

Annales

Belgische Senaat
Gewone zitting 2010-2011

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 21 december 2010

Namiddagvergadering

5-20COM

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 Mme Helga Stevens au secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées sur «la mise en œuvre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées» (n° 5-126)4</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 «un cadastre complet des médecins spécialistes» (n° 5-90)7</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 budget de l'INAMI consacré aux maisons de répit» (n° 5-92)10</p> <p>Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'urgence d'une meilleure coordination de la politique de lutte contre le VIH/sida en Belgique» (n° 5-107)11</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 rapport de l'Institut scientifique de Santé publique concernant les infections VIH et la nationalité des patients diagnostiqués» (n° 5-148)11</p>	<p>Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap over «de implementatie van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap» (nr. 5-126)..... 4</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een volledig kadaster van artsen-specialisten» (nr. 5-90)..... 7</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het budget van het RIZIV dat aan respijthuizen wordt toegekend» (nr. 5-92)..... 10</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de dringende noodzaak van een beter gecoördineerd hiv- en aidsbeleid in België» (nr. 5-107) 11</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het rapport van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid rond hivinfecties en de nationaliteit van de gediagnosticeerde patiënten» (nr. 5-148) 11</p>
--	---

Présidence de M. Dirk Claes*(La séance est ouverte à 13 h 40.)***Demande d'explications de Mme Helga Stevens au secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées sur «la mise en œuvre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées» (n° 5-126)**

Mme Helga Stevens (N-VA). – Le 2 juillet 2009, la Belgique a ratifié la Convention des Nations unies relatives aux droits des personnes handicapées. Cette convention reflète un esprit novateur. L'accent est mis sur le fait que les personnes handicapées sont des personnes dotées de possibilités. Elles ne peuvent cependant participer comme tout un chacun à la vie sociale que lorsque certains obstacles sont supprimés.

En ratifiant la Convention des Nations unies, tant l'autorité fédérale que les régions et les communautés se sont engagées à prendre des mesures non facultatives pour réaliser l'égalité de chances et de droits pour les personnes handicapées. L'article 35 de la Convention des Nations unies stipule qu'un État doit présenter, deux ans après ratification, un premier rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la convention. Concrètement, un premier rapport de suivi doit dès lors être déposé en juillet 2011.

Sur la base de ce qui a été accompli à ce jour, notamment au niveau fédéral, ce rapport pourrait se réduire à pas grand-chose. Le secrétaire d'État est censé diriger le fonctionnement de la Conférence interministérielle (CIM) « Personnes handicapées », mais n'a guère pu présenter, à ce jour, de résultats tangibles et le temps commence à presser. Le secteur des organisations représentatives des personnes handicapées demande que l'on réalise à court terme des avancées substantielles.

En ce qui concerne les services fédéraux, où en sont la désignation de points de contacts et la mise sur pied d'un dispositif de coordination dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention des Nations unies ? Je me réfère à l'article 33.1 de la convention.

Où en est-on quant à la désignation ou à la création d'une instance chargée de promouvoir, de protéger et de surveiller la mise en œuvre de la convention ? Je me réfère à cet égard à l'article 33.2 de la convention. J'apprends que différents scénarios sont envisagés : dans un premier scénario, le Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme (CECLR) assumerait ces missions ; dans un second scénario suggéré par le Conseil National des Personnes Handicapées, ces missions seraient confiées au Belgian Disability Forum (BDF). Il y a peut-être encore d'autres scénarios. Quel est le point de vue du secrétaire d'État en cette matière ?

De quelle manière les organisations représentatives des personnes handicapées seront-elles associées, d'une part, à la mise sur pied d'un système de suivi et, d'autre part, au processus de suivi proprement dit ? Je me réfère à cet égard à l'article 33.3 de la convention.

Voorzitter: de heer Dirk Claes*(De vergadering wordt geopend om 13.40 uur.)***Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens aan de staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap over «de implementatie van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap» (nr. 5-126)**

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – Op 2 juli 2009 heeft België het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een handicap geratificeerd. Uit het VN-Verdrag spreekt een vernieuwende geest. Het accent komt te liggen op het feit dat personen met een handicap mensen met mogelijkheden zijn. Ze kunnen echter pas gelijkwaardig participeren aan de samenleving wanneer bepaalde drempels worden weggewerkt.

Door het VN-Verdrag te ratificeren hebben zowel de federale overheid als de gewesten en de gemeenschappen er zich toe verplicht niet vrijblijvende maatregelen te nemen om gelijke kansen en gelijke rechten voor personen met een beperking te realiseren. Artikel 35 van het VN-Verdrag stipuleert dat een Staat twee jaar na de ratificatie een eerste rapport dient voor te leggen betreffende de stand van zaken qua implementatie van het verdrag. Concreet dient dus in juli 2011 een eerste voortgangsverslag te worden ingediend.

Op basis van wat tot op vandaag werd gepresteerd, met name op het federale niveau, zou dit verslag erg mager kunnen uitvallen. De staatssecretaris wordt geacht de werking van de Interministeriële Conferentie (IMC) Personen met een handicap aan te sturen, maar veel tastbare resultaten kunnen tot nog toe niet worden voorgelegd en de tijd begint te dringen. De sector van organisaties die personen met een handicap vertegenwoordigen vraagt dat op korte termijn substantiële vooruitgang wordt geboekt.

Hoe staat het, wat de federale diensten betreft, met het aanstellen van contactpunten en het opzetten van een coördinatiesysteem in de context van de uitvoering van het VN-Verdrag? Ik verwijs naar artikel 33.1 van het verdrag.

Hoe staat het met het aanwijzen of oprichten van een instantie die de implementatie van het verdrag dient te bevorderen, beschermen en monitoren? Ik verwijs hierbij naar artikel 33.2 van het verdrag. Ik verneem dat verschillende scenario's overwogen worden: in één scenario zou het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding (CGKR) deze opdracht op zich nemen, in een tweede scenario, dat door de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap werd gesuggereerd, zouden deze taken worden toegewezen aan het Belgian Disability Forum (BDF). Misschien zijn er nog andere scenario's. Wat is de visie van de staatssecretaris in deze?

Op welke manier zullen organisaties die personen met een handicap vertegenwoordigen betrokken worden bij enerzijds het opzetten van het monitoringsysteem en anderzijds bij het monitoringproces zelf. Ik verwijs hierbij naar artikel 33.3 van het verdrag.

En vertu de l'article 31 de la convention, les États parties s'engagent à recueillir des informations appropriées, y compris des données statistiques, en vue de la mise en œuvre de la convention. Quelles initiatives ont-elles été prises au niveau fédéral en cette matière ?

M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je sais que Mme Stevens connaît très bien cette matière importante et qu'elle la suit attentivement. Je me réfère au compte rendu de la réponse que j'ai donnée voici deux semaines à une question posée par M. du Bus de Warnaffe sur le même sujet. Je répondrai néanmoins de manière détaillée à la question de Mme Stevens.*

La mise en œuvre de la Convention des Nations unies en Belgique constitue, selon moi, le principe directeur de la politique à tous les niveaux de pouvoir, c'est-à-dire au niveau fédéral et au niveau des régions et des communautés.

C'est pourquoi nous avons organisé les 18 et 19 novembre, en coopération avec la société civile au niveau européen, les États membres et la Commission européenne, un Work Forum afin d'examiner l'article 33 de cette convention. Mme Stevens assistait également à ce Work Forum, ce dont je la remercie.

En ce qui concerne les instances imposées par l'article 33.1 de la Convention des Nations unies, la Conférence interministérielle (CIM) Bien-être, Sport et Famille, en sa partie « Personnes handicapées » a décidé lors de la séance plénière du 9 mars 2010 :

- *d'installer les points de contact et les systèmes de coordination comme prévu à l'article 33.1 de la Convention des Nations unies ;*
- *de créer la structure interfédérale de coordination en application de l'article 33.1.*

La CIM a également chargé le groupe de travail Relations internationales d'élaborer les documents législatifs, réglementaires et budgétaires nécessaires à cet effet.

Dans ce groupe de travail, un dialogue permanent est organisé avec la société civile sur le caractère indépendant des instances à mettre sur pied ainsi que sur leurs missions et leurs modalités de fonctionnement.

Ce groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises depuis la séance plénière et a entre-temps pris un certain nombre de décisions.

Ainsi il a décidé de désigner les huit instances suivantes comme points de contact :

- *pour la Région flamande : la cellule Égalité des chances ;*
- *pour la Région wallonne : l'Agence wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH) ;*
- *pour la Région de Bruxelles-Capitale : la Direction des Relations extérieures ;*
- *pour la COCOF : le service PHARE ;*
- *pour la CCC : l'administration de la CCC ;*
- *pour la Communauté germanophone : la Dienststelle für Personen mit Behinderung ;*
- *pour la Communauté française : WBI (Wallonie Bruxelles International) – service multilatéral mondial ;*

Krachtens artikel 31 van het verdrag verplichten de Staten die partij zijn er zich toe relevante informatie, onder meer statistische gegevens, te verzamelen met het oog op de uitvoering van het verdrag. Welke initiatieven werden op het federale niveau op dat vlak al genomen?

De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – Ik dank mevrouw Stevens voor haar zeer belangrijke vraag. Ik weet dat ze deze materie zeer goed kent en volgt. Twee weken geleden heb ik al op min of meer dezelfde vraag van collega du Bus de Warnaffe geantwoord. Ik verwijs naar het verslag daarvan, maar ik zal toch een uitgebreid antwoord geven.

De implementatie van het VN-Verdrag in België is voor mij de rode draad van het beleid op alle beleidsniveaus, dus op federaal niveau en op het niveau van de gemeenschappen en de gewesten.

Daarom hebben wij op 18 en 19 november, in samenwerking met het middenveld op Europees niveau, de Lidstaten en de Europese Commissie, een Work Forum georganiseerd om artikel 33 van dit verdrag beter te kennen. Mevrouw Stevens was ook aanwezig op dat Work Forum, waarvoor dank.

Met betrekking tot de instanties opgelegd door artikel 33.1 van het VN-Verdrag heeft de Interministeriële Conferentie Welzijn, Sport en Gezin (IMC), deel 'Personen met een handicap' op de plenaire vergadering van 9 maart 2010 beslist:

- de contactpunten en de coördinatiesystemen in te voeren zoals voorzien in artikel 33.1 van het VN-Verdrag;
- de interfederale coördinatiestructuur met toepassing van artikel 33.1 op te richten.

De IMC heeft verder opdracht gegeven aan de werkgroep Internationale Relaties om de daartoe noodzakelijke wetgevende, regelgevende en begrotingsdocumenten op te maken.

In deze werkgroep wordt een permanente dialoog georganiseerd met het maatschappelijk middenveld over het onafhankelijke karakter van de op te richten instantie, evenals over de opdrachten en de werkingsmodaliteiten ervan.

Deze werkgroep is meermaals samengekomen sinds voormelde plenaire vergadering en heeft inmiddels een aantal beslissingen genomen.

Zo heeft zij beslist om als contactpunten de acht volgende instanties aan te duiden:

- voor het Vlaams Gewest: de cel Gelijke Kansen;
- voor het Waals Gewest: l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH);
- voor het Brussels Hoofdstedelijk gewest: de Directie Externe Betrekkingen;
- voor de COCOF: de dienst PHARE;
- voor de GGC, de administratie van de GGC;
- voor de Duitstalige gemeenschap, de Dienststelle für Personen mit Behinderung;
- voor de Franse Gemeenschap: WBI (Wallonie Bruxelles International) – service multilatéral mondial;
- voor de federale overheid: de FOD Sociale Zekerheid.

– pour l'autorité fédérale : le SPF Sécurité sociale.

Le mécanisme de coordination est également créé auprès de la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale.

Quant au mécanisme indépendant, je signale tout d'abord qu'il doit nécessairement être fort et respecter les principes de Paris. Les trois missions que cette instance doit exécuter ne sont dès lors pas négligeables : elle garantit la promotion, la protection et le suivi des dispositions de la Convention des Nations unies.

J'ai en effet pris connaissance des avis du Conseil supérieur des Personnes handicapées, où l'on propose d'attribuer ces fonctions au Belgian Disability Forum (BDF).

Lors de la séance plénière de la CIM, un accord politique a toutefois été obtenu afin d'intégrer l'instance chargée de la mise en œuvre de la convention dans le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, moyennant l'interfédéralisation de ce centre. Des négociations ont été menées à cet égard sous la conduite de la ministre de l'Emploi, Mme Milquet, mais elles ont été interrompues à la suite de la chute du gouvernement et des élections qui s'en sont suivies.

Au sein du groupe de travail Relations internationales de la CIM, il a toutefois été décidé de continuer à explorer cette piste de réflexion comme décidé lors de la séance plénière du 9 mars 2010. Le groupe de travail a dès lors poursuivi ses travaux en ce sens et a entre autres réalisé une étude sur les conditions auxquelles un tel mécanisme indépendant devait satisfaire et sur les tâches qui devaient être attribuées au mécanisme indépendant.

Je vous assure que j'ai des contacts réguliers tant avec le Conseil national supérieur qu'avec le BDF et que l'on examine comment la société civile et en particulier les associations représentatives des personnes handicapées peuvent être associées à la mise en œuvre des obligations imposées par l'article 33 de la Convention des Nations unies.

La troisième question concerne la participation de la société civile au sens large, donc non seulement les organisations travaillant avec des personnes handicapées mais également les partenaires sociaux et d'autres instances. Tant au niveau de la Belgique qu'au niveau européen, l'objectif est que le secteur soit représenté dans toutes les instances. Nous avons à cet effet fait appel à l'expertise du SPF Justice et du SPF Affaires étrangères.

La sénatrice Stevens a relevé à juste titre le manque de données statistiques en ce qui concerne les personnes handicapées. Pourtant, nous en avons besoin pour mener une bonne politique. C'est pourquoi la Politique scientifique fédérale a confié une étude au LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, et au CeSO, Centrum voor Sociologisch Onderzoek, de la KULeuven. HANDILAB poursuit deux objectifs : l'analyse du profil socio-économique des personnes ayant une incapacité de travail et l'évaluation de l'effectivité des aides financières attribuées aux personnes handicapées.

J'espère que ma réponse vous aura convaincue du fait que le gouvernement, bien qu'il soit en affaires courantes, s'occupe sérieusement des démarches qui doivent être entreprises afin de mettre en œuvre la Convention des Nations unies. La

Het coördinatiemechanisme wordt eveneens opgericht bij de Directie-generaal personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid.

In verband met het onafhankelijk mechanisme wil ik eerst zeggen dat het zeer belangrijk is dat dit een sterk mechanisme is, dat daarenboven de principes van Parijs moet respecteren. De drie opdrachten die deze instantie moet uitvoeren zijn dan ook niet min: het staat in voor de bevordering, de bescherming en de monitoring van de bepalingen van het VN-Verdrag.

Ik heb inderdaad kennis genomen van de adviezen van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een handicap, waarin wordt voorgesteld deze functies aan het Belgian Disability Forum (BDF) toe te wijzen.

Tijdens de plenaire vergadering van de IMC is echter een politiek akkoord bereikt om de instantie voor de uitvoering van het verdrag onder te brengen bij het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding, op voorwaarde van de interfederalisering van dit Centrum. Er werden daarover onderhandelingen gevoerd onder leiding van mijn collega van werk, minister Milquet, maar door de val van de regering en de daaropvolgende verkiezingen werden deze stopgezet.

Binnen de werkgroep Internationale relaties van de IMC werd echter besloten verder te werken aan dit denkspoor zoals beslist door de plenaire vergadering van 9 maart 2010. De werkgroep heeft zijn werkzaamheden in die zin dus verder gezet en heeft onder meer een studie uitgevoerd over de voorwaarden waaraan een dergelijk onafhankelijk mechanisme moet voldoen en over de taken die aan het onafhankelijk mechanisme worden toegewezen.

Ik verzeker u dat ik regelmatig contact houd met zowel de Nationale Hoge Raad als met het BDF en dat onderzocht wordt hoe het maatschappelijk middenveld en in het bijzonder de verenigingen voor personen met een handicap betrokken kunnen worden bij de uitvoering van de verplichtingen opgelegd door artikel 33 van het VN-Verdrag.

De derde vraag betreft de participatie van het maatschappelijk middenveld in de brede zin van het woord, dus niet alleen de verenigingen die werken met personen met een handicap, maar ook sociale partners en andere instanties. Zowel op Belgisch als op Europees vlak is het de bedoeling dat de sector in al de instanties vertegenwoordigd is. We hebben daarvoor ook een beroep gedaan op de expertise van de FOD Justitie en de FOD Buitenlandse Zaken.

Senator Stevens heeft gelijk dat er te weinig statistische gegevens zijn over mensen met een handicap. Nochtans hebben we die nodig om een goed beleid te voeren. Daarom heeft het Federaal Wetenschapsbeleid een studie toegewezen aan LUCAS, het Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, en CeSO, het Centrum voor Sociologisch Onderzoek van de KULeuven. HANDILAB omvat twee doelstellingen: de analyse van het sociaaleconomische profiel van personen met een arbeidshandicap en de evaluatie van de effectiviteit van tegemoetkomingen aan personen met een handicap.

Ik hoop dat ik u met mijn antwoord heb kunnen overtuigen dat de regering, ondanks het feit dat ze in lopende zaken is, wel degelijk werk maakt van de noodzakelijke stappen die

société civile n'est pas oubliée conformément au principe Nothing about us without us.

Mme Helga Stevens (N-VA). – *Je me réjouis d'apprendre que des progrès, certes lents, sont accomplis. J'insiste pour que l'on s'occupe le plus rapidement possible de la mise sur pied effective des points de contact.*

Je me réjouis également d'apprendre que tous les partenaires importants et la société civile seront largement associés, que des contacts existent avec le BDF et le Conseil supérieur national et qu'une étude est en cours sur le profil socio-économique des personnes ayant une incapacité de travail. À cet égard, je signale que le groupe des personnes handicapées est beaucoup plus important que celui des personnes en incapacité de travail. Mais c'est un début et je me réjouis que l'on se dirige vers la collecte de données statistiques.

Vous vous êtes référé aux principes de Paris, ce qui signifie que l'on accorde une grande importance à l'indépendance du suivi de ces organisations. Je suivrai volontiers avec le ministre les progrès de ce dossier.

M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État aux Affaires sociales, chargé des Personnes handicapées. – *Je remercie encore Mme Stevens pour son dévouement en faveur du secteur.*

Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «un cadastre complet des médecins spécialistes» (n° 5-90)

M. Jacques Brotchi (MR). – *Voici quelques années déjà, j'avais déposé au Sénat une proposition de résolution réclamant un cadastre de l'activité des médecins.*

Nous avons été très heureux, madame la ministre, lorsque le cadastre de l'activité des médecins généralistes a été réalisé, ce qui nous a permis de faire un certain nombre de mises au point.

Entre-temps, il s'est passé beaucoup de choses, notamment à la Communauté française où l'abolition du numerus clausus a entraîné une arrivée massive de jeunes en première année de médecine, jeunes qui, pour la partie francophone du pays, sont aujourd'hui un peu plus de 3 300 pour l'ensemble de nos universités. Ces jeunes sortiront en 2017, année pour laquelle, comme vous le savez, il n'y aura que 492 numéros INAMI pour la partie francophone du pays.

S'agissant ici d'une compétence communautaire, j'interpelle régulièrement votre collègue M. Marcourt à ce sujet. Nous essayons de faire le lien entre la Communauté française et le fédéral sur cette matière. Dans ses réponses, le ministre Marcourt a plutôt tendance à renvoyer la balle au fédéral.

Nous avons effectivement besoin de toute urgence de ce cadastre des médecins spécialistes. Madame la ministre, je vous ai interrogée en son temps sur le sujet et vous nous aviez annoncé ce cadastre pour fin 2009 début 2010. Nous allons vraiment devoir planifier les choses. Vous avez déjà pris un

moeten worden gezet in uitvoering van het VN-Verdrag. Het maatschappelijk middenveld wordt daarbij niet vergeten indachtig het principe Nothing about us without us.

Mevrouw Helga Stevens (N-VA). – *Ik ben blij te vernemen dat, weliswaar langzaam, vooruitgang wordt geboekt. Ik dring erop aan zo snel mogelijk werk te maken van de effectieve oprichting van de contactpunten.*

Ik ben ook blij te vernemen dat alle relevante partners en het maatschappelijk middenveld in brede zin zullen worden betrokken, dat er contacten zijn met het BDF en de Nationale Hoge Raad en dat onderzoek gaande is over het sociaaleconomische profiel van mensen met een arbeidshandicap. In dat verband wil ik er wel op wijzen dat de groep van personen met een handicap veel ruimer is dan die van personen met een arbeidshandicap. Maar goed, het is een begin en het verheugt me dat een aanzet wordt gegeven om statistische gegevens te verzamelen.

Ik ben ook verheugd te vernemen dat u verwijst naar de principes van Parijs, wat betekent dat veel belang wordt gehecht aan de onafhankelijkheid van de monitoring van die organisaties. Ik zal graag samen met de minister de vooruitgang van het dossier verder opvolgen.

De heer Jean-Marc Delizée, staatssecretaris voor Sociale Zaken, belast met Personen met een handicap. – *Ik bedank senator Stevens nogmaals voor haar inzet voor de sector.*

Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «een volledig kadaster van artsen-specialisten» (nr. 5-90)

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Enkele jaren geleden heb ik in de Senaat een resolutie ingediend waarin een kadaster van artsen werd gevraagd.*

We zijn verheugd dat reeds een kadaster van huisartsen is aangelegd, wat bijsturing mogelijk heeft gemaakt.

Immiddels is er veel veranderd, met name in de Franse Gemeenschap, waar de afschaffing van de numerus clausus een massale toevloed van eerstejaarsstudenten geneeskunde tot gevolg heeft gehad, in totaal ruim 3 300 voor alle Franstalige universiteiten samen. Zij zullen in 2017 afstuderen en voor dat jaar zijn voor het Franstalige landsgedeelte slechts 492 RIZIV-nummers beschikbaar.

Aangezien het om een bevoegdheid van de gemeenschappen gaat, stel ik hierover geregeld vragen aan uw collega Marcourt om terug te koppelen van het federale niveau naar de Franse Gemeenschap. Vaak kaatst hij de bal terug in het federale kamp.

We hebben dringend het kadaster van artsen-specialisten nodig dat u ons destijds tegen eind 2009, begin 2010 beloofd had. We moeten nu echt plannen opstellen. U heeft al enkele maatregelen getroffen voor specialisaties waar manifeste tekorten heersen, zoals bij de spoedartsen, in de geriatrie, de kindergeneeskunde, enz. Aan de hand van een volledig kadaster zouden we de huidige situatie beter kunnen beheren en de jongeren beter van advies kunnen dienen met betrekking

certain nombre de mesures pour des spécialités dont la pénurie est avérée – médecine d'urgence, gériatrie, pédiatrie, etc. Un cadastre complet nous permettrait, d'une part, de mieux gérer la situation actuelle, et d'autre part, de conseiller nos jeunes qui commencent des études, sachant quels sont les besoins et quelles spécialisations n'offrent guère de perspective.

Par rapport à la pyramide des âges, vous avez mis en évidence qu'un tiers des médecins généralistes actifs avait plus de cinquante-cinq ans. Il serait intéressant d'avoir une idée de la projection chez les différents spécialistes, de manière à pouvoir travailler de concert au fédéral et dans les entités fédérées en matière de soins de santé.

Mes questions sont les suivantes :

Quand disposerons-nous du cadastre complet des médecins spécialistes, qui était annoncé pour le début de cette année ?

La ministre est-elle déjà en possession de données partielles portant sur certaines spécialisations ?

Dans l'affirmative, quelles tendances se dégagent de ces données ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Le cadastre des professionnels de la santé est un des outils qui nous permet de mieux appréhender le problème de la planification et d'évaluer les besoins réels des professionnels de la santé.

J'ai, depuis le début de mon mandat, demandé à l'administration d'accélérer son développement. Je rappelle que le cadastre répertorie les coordonnées générales des professionnels de la santé, leurs titres professionnels, les données concernant leur accès à l'exercice de la médecine et des informations sur leurs activités professionnelles. Il mentionne également l'adresse professionnelle des généralistes et l'adresse privée des spécialistes.

Le cadastre à proprement parler existe depuis longtemps mais sa version informatique permettant une gestion dynamique et le recoupement avec d'autres données, celles de l'INAMI notamment, n'a été finalisée qu'en 2009. Depuis lors, les données sont à jour pour plus de 99% des médecins, sages-femmes, aides-soignants, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers et dentistes.

Les médecins spécialistes agréés sont répertoriés avec précision. À la fin de l'année 2009, il y avait 24 568 spécialistes : 2 103 anesthésistes, 1 648 chirurgiens, 1 041 orthopédistes, 1 005 psychiatres, 1 888 internistes, 1 036 cardiologues, 1 629 pédiatres, 1 488 gynécologues, 1 117 ophtalmologues et 1 641 radiologues, entre autres.

Nous possédons par ailleurs des données régionales permettant d'évaluer la répartition géographique mais elles sont difficiles à interpréter étant basées sur le domicile et non sur le lieu de travail. Quoiqu'il en soit, la pyramide des âges montre que presque 40% des spécialistes sont âgés de plus de cinquante-cinq ans.

Au mois de septembre, mes services ont commencé, en commençant par les infirmiers, à intégrer et à transférer systématiquement des données automatisées depuis et vers les partenaires prévus par la loi : les caisses de pensions, les ordres, l'ONSS, l'OSSOM, les Communautés et, surtout,

tot de noden en de richtingen die weinig perspectief bieden.

Wat de leeftijdspiramide betreft, wees u er al op dat een derde van de huisartsen ouder is dan 55 jaar. Het zou interessant zijn te weten hoe dat zit bij de specialisten zodat het federale beleid en dat van de gemeenschappen daarop kan afgestemd worden.

Wanneer zullen we over het volledige kadaster van artsen-specialisten beschikken dat eerder voor begin dit jaar werd aangekondigd?

Beschikt de minister al over gedeeltelijke gegevens voor sommige specialisaties?

Zo ja, welke tendens valt daaruit af te leiden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Het kadaster van de gezondheidswerkers is één van de instrumenten waarmee we het probleem van de planning beter kunnen begrijpen en de echte behoeften inzake gezondheidszorg kunnen inschatten.*

Ik heb mijn administratie al van bij mijn ambtsaanvaarding gevraagd daar sneller werk van te maken. In het kadaster worden de algemene gegevens opgenomen van de gezondheidswerkers, hun beroepstitels, hoe en wanneer ze hun beroepsuitoefening hebben aangevat en informatie over de intensiteit van hun activiteit. Ook het beroepsadres van de huisartsen en het privé-adres van de specialisten wordt vermeld.

Het kadaster zelf bestaat al lang, maar de elektronische versie is er pas sinds 2009, en die maakt een dynamisch databeheer en de vergelijking van gegevens mogelijk, bijvoorbeeld met die van het RIZIV. De gegevens zijn actueel voor 99% van de artsen, vroedvrouwen, zorgkundigen, apothekers, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en tandartsen.

Van de erkende specialisten hebben we nu nauwkeurige lijsten. Eind 2009 waren er 24 568 specialisten: onder meer 2 103 anesthesisten, 1 648 chirurgen, 1 041 orthopedisten, 1 005 psychiaters, 1 888 internisten, 1 036 cardiologen, 1 629 kinderartsen, 1 488 gynaecologen, 1 117 oogartsen en 1 641 radiologen.

We beschikken ook over regionale gegevens om de geografische spreiding te meten, maar die zijn moeilijk interpreteerbaar omdat ze gebaseerd zijn op de woonplaats en niet op het beroepsadres. Hoe dan ook, uit de leeftijdspiramide blijkt dat zowat 40% van de specialisten ouder zijn dan 55 jaar.

In september hebben mijn diensten, te beginnen met de verpleegkundigen, de systematische invoering en overdracht van geautomatiseerde gegevens opgestart van en naar de wettelijke partners: de pensioenkas, de ordes, de RSZ, DOSZ, de gemeenschappen en vooral het RIZIV. Voor de

l'INAMI. Pour les spécialistes, le croisement des données avec celles de l'INAMI est prévu au cours de l'année 2011. Il devrait permettre une analyse plus fine de la situation.

Ces chiffres bruts étant difficilement interprétables dans le cadre d'une réflexion sur la planification, il faut réaliser un travail complémentaire pour exploiter les données.

Pour les généralistes, nous avons pu déterminer sur la base des données du cadastre et de l'INAMI que parmi les 15 118 médecins agréés, seuls 9 259 répondaient aux critères d'agrément et exerçaient dès lors pleinement la médecine générale. Une enquête complémentaire auprès des généralistes ne répondant pas aux critères a confirmé ces données.

Pour les spécialistes, une enquête a été réalisée à la fin de l'année 2009 auprès d'un échantillon aléatoire de 3 000 médecins afin de donner une valeur statistique aux résultats. Il apparaît que plus de 90% des spécialistes répertoriés dans le cadastre exercent toujours la médecine en Belgique.

Sur la base de cet élément et des résultats du croisement des données qui sera réalisé en 2011, la commission de planification pourra avancer des propositions concrètes en vue de maintenir l'équilibre entre l'offre et la demande.

À titre individuel, je me suis prononcée à de multiples reprises contre le numerus clausus en fin d'études. Par contre, je suis favorable à une réelle planification des professionnels de la santé pour que nous puissions disposer d'un nombre suffisant de spécialistes dans chaque spécialité.

M. Jacques Brotchi (MR). – Les données de la Santé publique et celles de l'INAMI n'étant pas toujours les mêmes, il est effectivement nécessaire de les recouper. Par ailleurs, au-delà du nombre de médecins, il faut mesurer leur activité en tenant compte de paramètres tels que la pyramide des âges, la féminisation, etc. Je lirai donc ce document avec plaisir dès sa publication.

Je suis heureux de vous entendre dire que vous êtes contre le numerus clausus, mais il s'agit, en l'occurrence, des quotas établis en fin d'études. Je suppose que nous sommes bien d'accord là-dessus.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Dans des métiers comme ceux de la santé, une planification est évidemment nécessaire en vue d'une offre médicale adéquate, quelle que soit la spécialité.

L'existence du numerus clausus dans notre pays incite, entre autres, les médecins roumains – à l'échelon européen, on prévoit d'ici à 2020 une pénurie de 1 à 2 millions de professionnels de la santé – à rejoindre la Belgique, ce qui provoque d'ailleurs une pénurie dans leur propre pays.

En d'autres termes, et je profite du régime des affaires courantes pour émettre un avis individuel, je ne suis pas favorable au numerus clausus, mais je suis évidemment en faveur d'une bonne planification.

M. Jacques Brotchi (MR). – Je vous remercie beaucoup pour ces précisions.

La planification est évidemment essentielle, pour les jeunes qui entreprennent ces études, pour les patients et pour l'organisation en général. Il existe, comme vous l'avez dit,

specialisten is het kruisen van de gegevens met die van het RIZIV voorzien in de loop van 2011. Daardoor zou een nauwkeurigere analyse van de toestand mogelijk worden.

Aangezien die ruwe cijfers moeilijk te interpreteren vallen in het kader van de planning, moeten die gegevens nog bewerkt worden voor ze bruikbaar zijn.

Voor de huisartsen hebben we op basis van het kadaster en de gegevens van het RIZIV kunnen vaststellen dat van de 15 118 erkende artsen, er slechts 9 259 voldeden aan de erkenningscriteria en dus voltijds aan het werk zijn als huisarts. Via een bijkomende enquête bij de huisartsen die niet aan de criteria voldoen, kon dat worden bevestigd.

Voor de specialisten werd eind 2009 een willekeurige steekproef uitgevoerd bij 3000 artsen om de resultaten statistisch te valideren. Daaruit blijkt dat meer dan 90% van de in het kadaster opgenomen specialisten nog steeds als arts actief is in België.

Op basis daarvan en van de resultaten van de kruising van gegevens die in 2011 zal gebeuren, zal de plancommissie concrete voorstellen kunnen doen voor het behoud van het evenwicht tussen het aanbod en de vraag.

Persoonlijk heb ik al meermaals gezegd dat ik tegen een uitgangsexamen ben. Ik ben wel voorstander van een goede planning van de arbeidskrachten in de gezondheidssector zodat we over voldoende specialisten beschikken in elke specialisatie.

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Aangezien de gegevens van Volksgezondheid en van het RIZIV niet altijd met elkaar overeenstemmen, is het inderdaad nodig ze naast elkaar te leggen. Niet alleen het aantal artsen moet bekeken worden, maar ook hun activiteiten, rekening houdend met parameters als de leeftijdsopbouw, de vrouwelijking, enz. Ik kijk alvast uit naar de publicatie van dit document.*

Ik hoor u graag zeggen dat u tegen de numerus clausus bent, maar het gaat hier om de quota aan het einde van de studie. Ik neem aan dat we het daarover eens zijn.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *In de gezondheidsberoepen is een planning noodzakelijk zodat er een voldoende aanbod is in elke specialiteit.*

De numerus clausus zet onder meer Roemeense artsen aan om naar België te komen, wat dan weer in hun eigen land tot schaarste leidt. Tegen 2020 wordt in Europa trouwens een tekort van 1 tot 2 miljoen gezondheidswerkers verwacht.

Ik maak van deze periode van lopende zaken gebruik om mijn persoonlijke mening te geven, namelijk dat ik geen voorstander ben van een numerus clausus, maar wel van een goede planning.

De heer Jacques Brotchi (MR). – *Ik dank u voor deze verduidelijking.*

Een goede planning is inderdaad essentieel voor de jongeren die deze studie aanvatten, voor de patiënten en voor de algemene organisatie. Zoals u zei, zijn er in Europa tekorten

une pénurie à l'échelon européen et nous devrions nous concerter avec nos voisins, précisément pour permettre à des jeunes qui en ont envie de mener des études de médecine, mais en toute connaissance de cause, en ayant la capacité de se projeter dans l'avenir, voire d'envisager une expatriation en cas de saturation. Cette planification est essentielle, mais elle doit commencer par le début, c'est-à-dire par l'établissement d'un cadastre.

Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le budget de l'INAMI consacré aux maisons de répit» (n° 5-92)

M. Jacques Brotchi (MR). – À la suite d'une question posée au Parlement de la Région wallonne par Mme Bertouille à la ministre Tillieux concernant les maisons de répit, je souhaiterais attirer votre attention sur cette problématique.

En effet, la Région de Bruxelles-Capitale avait lancé, voici un peu plus d'un an, un projet visant à la création d'une maison de répit, avec l'objectif de permettre aux parents d'enfants malades d'effectuer une pause dans le cadre du suivi de la maladie de leurs enfants.

Pour réaliser ce projet, la Conférence interministérielle Santé publique a décidé, dans le cadre du Plan national Cancer, d'octroyer un budget de fonctionnement de 700 000 euros en charge du budget de l'INAMI, le reste étant pris en charge par la COCOM.

C'est ainsi que la première maison de répit vient d'être ouverte à Bruxelles. Cette maison accueille des enfants de zéro à dix-huit ans, atteints de maladies graves ou à l'issue fatale et dont les proches ont besoin d'être épaulés. C'est un lieu de vie intermédiaire entre le domicile et l'hôpital. Sur le plan humain, cette aide est essentielle. Les séjours sont limités à trois par an, d'une dizaine de jours. Comme prévu lors de la Conférence interministérielle, la maison de répit bruxelloise dispose de dix lits classiques, dont deux sont réservés à des cas urgents.

En Wallonie, la création de cette maison de répit est en attente, ce qui nous surprend. Selon la réponse fournie le 22 octobre 2010, la ministre wallonne de la Santé semble considérer que le budget consacré par l'INAMI est insuffisant.

Quel budget global l'INAMI a-t-il décidé d'affecter à la création des maisons de répit ? Mes informations font état d'une enveloppe budgétaire de 6 millions d'euros. Pouvez-vous confirmer ce chiffre ?

Pensez-vous que ce budget soit suffisant pour permettre la réalisation des objectifs poursuivis dont notamment – et c'est très important – la création d'une maison de répit en Région wallonne également ?

Ce budget octroyé par l'INAMI est-il la seule cause du blocage, selon vous ? Ne serait-il pas opportun d'organiser une concertation avec la Région wallonne pour faire aboutir ce projet, puisqu'il y va du bien-être de nombreuses familles en souffrance ?

en moeten we overleg plegen met onze buren, zodat we de jongeren die geneeskunde willen studeren, kunnen informeren. Ze kunnen dan met kennis van zaken hun toekomstperspectief inschatten en in geval van overaanbod eventueel uitwijken naar andere landen. Deze planning is dus essentieel, maar begint bij het begin, namelijk de aanleg van een kadaster.

Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het budget van het RIZIV dat aan respijthuizen wordt toegekend» (nr. 5-92)

De heer Jacques Brotchi (MR). – Ik wil uw aandacht vestigen op de problematiek van de respijthuizen naar aanleiding van een vraag van mevrouw Bertouille aan Waals gewestminister Tillieux.

Ruim een jaar geleden heeft het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een project opgestart om een respijthuis in te richten waar ouders van ernstig zieke kinderen even op adem kunnen komen in het kader van de behandeling van hun kind.

Om dat project tot stand te brengen besliste de interministeriële conferentie Volksgezondheid in het kader van het Nationaal kankerplan 700 000 euro aan werkingsmiddelen uit te trekken op de begroting van het RIZIV; de rest zou worden gefinancierd door de GGC.

Zo werd het eerste respijthuis geopend in Brussel. Het huis vangt kinderen op van nul tot achttien jaar die ernstig of ongeneeslijk ziek zijn en wier ouders steun nodig hebben. Het is een leefomgeving die zich ergens tussen het ziekenhuis en thuis situeert. Het is een wezenlijke vorm van hulp voor de betrokkenen. De verblijfsperiodes zijn beperkt tot drie verblijven van een tiental dagen per jaar. Zoals afgesproken in de interministeriële conferentie zijn er in het Brussels respijthuis tien bedden, waarvan er twee zijn voorbehouden voor dringende gevallen.

In Wallonië is het nog wachten op de inrichting van zo'n respijthuis. Dat verbaast ons. In haar antwoord van 22 oktober 2010 schein de Waalse minister voor gezondheid van mening te zijn dat het budget van het RIZIV ontoereikend is.

Wat is het totale budget waarin het RIZIV voor de inrichting van respijthuizen heeft voorzien? Ik heb vernomen dat het om een budget van 6 miljoen euro zou gaan. Klopt dat?

Denkt u dat het budget volstaat om het vooropgestelde doel te bereiken, met name dat ook in het Waals Gewest een respijthuis wordt ingericht?

Is het RIZIV-budget de enige reden waarom dit dossier geblokkeerd is, denkt u? Moet er geen overleg worden gepleegd met het Waals Gewest zodat het project wordt uitgevoerd, aangezien het welzijn van vele beproefde gezinnen mede daarvan afhangt?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Votre question intervient à un moment opportun puisque la conférence interministérielle Santé publique s'est tenue hier. Je tiens à souligner que cette instance est le lieu d'une bonne collaboration entre toutes les régions et communautés du pays.

C'est d'ailleurs ensemble que nous avons décidé de la création de ces nécessaires maisons de répit, pour permettre à des personnes placées dans des conditions extrêmement difficiles en raison de maladies chroniques lourdes de pouvoir souffler.

Il faut considérer cette démarche comme une expérience qui devra être évaluée. Au départ, nous avons prévu un budget d'un million et demi d'euros, 500 000 euros par région. Après examen par l'INAMI, il est apparu que cette somme n'était pas suffisante. J'ai pu trouver le moyen de l'augmenter de 600 000 euros – 200 000 euros par région. Le budget total pour chaque région est donc de 700 000 euros.

Cette somme constitue une enveloppe fermée pour une maison de répit, mais la Flandre a proposé de consacrer cette somme à deux maisons de répit. À Bruxelles, le choix s'est porté sur Evere. En Wallonie, après quelques difficultés, la ministre Tillieux a introduit hier une procédure afin que l'enveloppe soit également partagée entre deux maisons de répit. Cette demande a été acceptée. Deux unités de cinq lits chacune seront soutenues, l'une à Frameries et l'autre à Namur.

M. Jacques Brotchi (MR). – Je me réjouis d'avoir abordé ce point aujourd'hui puisque vous avez pu m'apporter une réponse très précise. J'espère que désormais la situation évoluera positivement en Wallonie. Comme vous l'avez souligné, les maisons de répit sont un élément très important pour tous ces enfants et ces familles plongés dans des circonstances très malheureuses.

Le budget sera-t-il suffisant ? Nous l'ignorons actuellement. Évidemment, tout est fonction des moyens disponibles.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Il s'agit d'un projet pilote ; il devra être évalué.

Demande d'explications de Mme Nele Lijnen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'urgence d'une meilleure coordination de la politique de lutte contre le VIH/sida en Belgique» (n° 5-107)

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le rapport de l'Institut scientifique de Santé publique concernant les infections VIH et la nationalité des patients

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Uw vraag komt op een goed moment, aangezien de interministeriële conferentie Volksgezondheid gisteren heeft plaatsgehad. Binnen deze instantie wordt goed samengewerkt tussen alle gewesten en gemeenschappen van het land.

We hebben samen beslist die respijthuizen op te richten om mensen de kans te geven even op adem te komen wanneer ze geconfronteerd worden met de moeilijkheden die een chronische ziekte met zich meebrengt.

Dit initiatief zal moeten worden geëvalueerd. Aanvankelijk hadden we in een budget voorzien van anderhalf miljoen euro, hetzij 500 000 euro per gewest. Na onderzoek door het RIZIV bleek dat dit onvoldoende was. Ik heb de bedragen kunnen laten optrekken tot 700 000 euro per gewest, een totale verhoging van het budget met 600 000 euro dus.

Dit bedrag is een vast bedrag voor een respijthuis, maar in Vlaanderen wordt voorgesteld dit bedrag te besteden aan twee respijthuizen. In Brussel werd gekozen voor Evere. In Wallonië heeft minister Tillieux gisteren de procedure opgestart om het bedrag eveneens over twee huizen te verdelen. Die vraag werd aanvaard. Er zullen twee eenheden van elke vijf bedden worden ondersteund, één in Frameries en de andere in Namen.

De heer Jacques Brotchi (MR). – Ik ben blij dat ik deze vraag vandaag heb kunnen stellen en dat u mij een zeer precies antwoord kon geven. Ik hoop dat de situatie in gunstige zin zal evolueren in Wallonië. De respijthuizen zijn van zeer groot belang voor de kinderen en de gezinnen die wegens ziekte moeilijke momenten doorworstelen.

Zal het budget toereikend zijn? Dat weten we op dit ogenblik nog niet. Alles is natuurlijk afhankelijk van de beschikbare middelen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Het is een proefproject dat geëvalueerd moet worden.

Vraag om uitleg van mevrouw Nele Lijnen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de dringende noodzaak van een beter gecoördineerd hiv- en aidsbeleid in België» (nr. 5-107)

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het rapport van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid rond hivinfecties en de nationaliteit van de

diagnostiqués» (n° 5-148)

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

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *Selon des chiffres récents, depuis le début de l'épidémie on n'a jamais constaté en Belgique autant de nouvelles infections VIH que l'année dernière. Les 1 135 nouvelles infections de 2009 dépassent largement les 1 093, 1 069 et 1 014 infections des trois années précédentes. Les chiffres sont en contraste flagrant avec la nouvelle étude de l'ONUSIDA qui montre que le nombre d'infections dans le monde est stable ou a diminué dans 56 pays. Il s'avère que beaucoup de pays réussissent à diminuer le nombre d'infections VIH, alors que précisément la Belgique, qui comporte de nombreux scientifiques faisant autorité et respectés sur le plan international en matière de lutte contre le VIH, doit se borner à regarder le nombre d'infections continuer à croître, contrairement à la tendance générale.*

On savait déjà qu'en Belgique les infections VIH concernent surtout des hommes homosexuels, mais ce fait est encore confirmé de manière plus précise par les nouveaux chiffres. En Belgique 88% des patients infectés par le VIH sont des hommes et 80% d'entre eux ont été infectés par des contacts homosexuels. La part d'infections contractées par de tels contacts est passée depuis 2002 de 23% à 45% l'année dernière.

Il faut rapidement et fermement inverser cette tendance. Le problème réside cependant dans le manque de coordination entre l'autorité fédérale, compétente pour la politique curative, et les communautés, compétentes pour la prévention. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a incité à maintes reprises la Belgique à améliorer la coordination entre les niveaux de compétence et à mener ainsi une politique cohérente en matière de VIH et de sida.

J'ai déjà plaidé à plusieurs reprises pour la désignation d'un commissaire au VIH ou au sida, qui puisse tout coordonner et diriger. L'exemple du commissaire à la grippe peut servir de modèle. En outre, il faut sérieusement réaliser un meilleur contrôle des intentions, attitudes et comportements sexuels. De cette manière, les communautés pourront aussi faire de la prévention de manière plus ciblée. Il va de soi qu'il faut agir en toute discrétion. L'objectif n'est pas de porter atteinte à la vie privée des gens.

Il faut aussi créer un seul centre par province, de même qu'à Bruxelles, où les personnes peuvent effectuer de manière anonyme un dépistage du VIH ou d'autres MST. Cette initiative plus accessible peut permettre de découvrir plus rapidement les infections et par conséquent de sauver des vies.

Aux Pays-Bas, dans le cadre de la lutte contre le VIH et d'autres MST, on a créé des cliniques et des centres spécialisés pour les maladies infectieuses. Ils peuvent être une source d'inspiration pour rectifier notre politique en la matière.

Étant donné les nouveaux chiffres alarmants sur les infections VIH, la ministre est-elle disposée à répondre rapidement à la demande de l'OMS d'améliorer la coordination de la politique en matière de VIH et de sida entre l'autorité fédérale et les communautés ? La ministre plaidera-t-elle en

gediagnosticeerde patiënten» (nr. 5-148)

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

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – Uit recente cijfers blijkt dat sinds het begin van de epidemie nooit eerder zoveel nieuwe hivbesmettingen in België zijn vastgesteld als vorig jaar. De 1135 nieuwe besmettingen in 2009 overtreffen ruimschoots de 1093, de 1069 en de 1014 besmettingen van de drie jaren voordien. De cijfers staan in schril contrast met het nieuwe UNAIDS-onderzoek waaruit blijkt dat het aantal besmettingen wereldwijd in 56 landen is gestabiliseerd of gedaald. Blijkbaar slagen heel wat landen er wel in het aantal hivbesmettingen terug te dringen, terwijl uitgerekend België, dat een aantal toonaangevende en internationaal gerespecteerde wetenschappers inzake hivbestrijding heeft, moet toekijken hoe het aantal besmettingen tegen de algemene trend in blijft stijgen.

Dat hivbesmettingen in België bij mannen vooral een aangelegenheid is van mannen die seks hebben met mannen, was al bekend, maar wordt door de nieuwe cijfers nog uitdrukkelijker bevestigd. Bij Belgen is 88% van de besmette hivpatiënten man en daarvan heeft 80% de besmetting opgelopen via seks met een andere man. Het aandeel van de opgelopen infecties via homoseksuele contacten is sinds 2002 van 23% naar 45% vorig jaar gestegen.

Die trend moet snel en kordaat worden omgebogen. Het probleem is echter de gebrekkige coördinatie tussen de federale overheid, die bevoegd is voor het curatieve beleid, en de gemeenschappen, die bevoegd zijn voor de preventie. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft België bij herhaling aangepord om de coördinatie tussen de bevoegdheidsniveaus te verbeteren en zo tot een consistent hiv- en aidsbeleid te komen.

Ik heb al meerdere keren gepleit voor de aanstelling van een hiv- of aidscommissaris, die alles kan coördineren en sturen. Het voorbeeld van de griepcommissaris kan hierbij model staan. Daarenboven moet sterker worden ingezet op een betere monitoring van seksuele intenties, attitudes en gedrag. Op die manier kunnen de gemeenschappen ook gericht aan preventie doen. Vanzelfsprekend moet dat in alle discretie gebeuren. Het is niet de bedoeling een inbreuk te plegen op de privacy van mensen.

Daarnaast is er nood aan één centrum per provincie en uiteraard ook in Brussel, waar mensen zich anoniem kunnen laten testen op hiv of andere soa's. Dat drempelverlagende initiatief kan ertoe leiden dat besmettingen sneller worden ontdekt en er bijgevolg levens kunnen worden gered.

In Nederland werden in het kader van de strijd tegen hiv en andere soa's gespecialiseerde soaklinieken en centra voor infectieziekten opgericht. Het kan misschien een inspiratiebron zijn om ons beleid ter zake bij te sturen.

Is de minister bereid om, gelet op de nieuwe alarmerende cijfers inzake hivbesmettingen, op korte tijd gevolg te geven aan de vraag van de WHO om de coördinatie van het hiv- en aidsbeleid tussen de federale overheid en de gemeenschappen te verbeteren? Zal de minister daartoe de aanstelling van een hiv- en aidscommissaris, eventueel uitgebreid naar andere soa's, bepleiten?

faveur de la désignation d'un commissaire au VIH et au sida, et éventuellement à d'autres MST ?

Procédera-t-on, en concertation avec les communautés, à un meilleur contrôle des intentions, attitudes et comportements sexuels ? La ministre est-elle favorable à la création d'un seul centre médical par province ainsi qu'à Bruxelles, où les personnes peuvent effectuer de manière anonyme un dépistage du VIH ou d'autres MST ? Quelle est la position de la ministre à l'égard d'initiatives de création de polycliniques et de centres pour maladies infectieuses comme aux Pays-Bas ?

M. Louis Ide (N-VA). – *J'ai lu attentivement le rapport annuel de l'Institut scientifique de santé publique. Le fait que la nationalité de 350 patients soit inconnue m'a énormément dérangé. En 1992, ce n'était le cas que pour 100 patients. Il existe pourtant des laboratoires de référence sida, mais ils ne sont manifestement pas capables, à l'époque du numérique, de retrouver la nationalité de 350 patients. Je suppose qu'il s'agit d'un phénomène international.*

À la suite de M. Beke, qui a un jour plaidé en faveur d'un commissaire au diabète, Mme Lijnen demande aujourd'hui un commissaire au sida. Si nous devons suivre certains, nous aurons, après le commissaire à la grippe, un commissaire à la démence, un commissaire aux problèmes d'œsophage et que sais-je encore. On veut introduire davantage de verticalité dans les soins de santé, au lieu d'agir de manière horizontale.

La politique en matière de VIH et de sida en Belgique n'est pas si mauvaise, même si les compétences sont réparties entre les communautés et le niveau fédéral. Il faut modifier les mentalités dans certains groupes de population et renforcer le travail sur le terrain, entre autres par la sensibilisation. Par le passé, Sensoa faisait de la sensibilisation dans les bars et les saunas et auprès de certains groupes de population, comme les homosexuels. Le sida est de plus en plus considéré comme une maladie chronique. En d'autres termes, l'attitude doit changer et il faut faire davantage de prévention, ce qui est une tâche du niveau communautaire.

Lors d'une audition au Parlement flamand, j'ai été heureux d'entendre le professeur Debyser déclarer qu'il n'était pas partisan de la désignation d'un commissaire au sida. Je conseille donc à la ministre et surtout à Mme Lijnen de lire son témoignage.

Je conteste dès lors le fait qu'il y ait un problème de coordination et qu'un commissaire au sida doive être désigné.

Le diagnostic de l'infection VIH a été posé pour 23 438 personnes. Au cours des 24 dernières années, le nombre de nouveaux diagnostics VIH est passé approximativement de 1,8 à 3,1 cas par jour en moyenne, avec en 2009 un pic de 1 135 nouveaux cas diagnostiqués.

La répartition selon le sexe montre que, parmi les nouveaux diagnostics VIH, la proportion d'hommes a augmenté. Après avoir oscillé entre 51% et 60% durant la période 1994-2005, cette proportion atteignait 62% en 2007 et 66% en 2009.

Parmi les nouveaux cas diagnostiqués, la proportion de personnes de nationalité belge a augmenté entre 2004 et 2009, passant de 32,8% à 44,7%, du moins pour les patients dont la nationalité est connue.

Zal in overleg met de gemeenschappen werk worden gemaakt van een betere monitoring van seksuele intenties, attitudes en gedrag? Is de minister voorstander van de creatie van één medisch centrum per provincie en ook in Brussel waar mensen zich anoniem kunnen laten testen op hiv of andere soa's? Hoe staat de minister tegenover initiatieven om, net zoals in Nederland, soapolieklinieken en centra voor infectieziekten op te zetten?

De heer Louis Ide (N-VA). – Ik heb het jaarverslag van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid nauwgezet gelezen. Het stoorde mij enorm dat van 350 patiënten de nationaliteit onbekend was. In 1992 was dat slechts voor 100 patiënten het geval. Nochtans bestaan er aidsreferentielaboratoria, maar blijkbaar zijn die in deze digitale tijd niet in staat om van 350 patiënten de nationaliteit te achterhalen. Ik heb het vermoeden dat het hier om een internationaal fenomeen gaat.

In navolging van de heer Beke die ooit voor een diabetescommissaris pleitte, vraagt collega Lijnen vandaag een aidscommissaris. Als we sommigen moeten volgen dan krijgen we na de griepcommissaris nog een dementiecommissaris, een commissaris voor slokdarmproblemen en weet ik veel. Een legioen van commissarissen ter beschikking van de minister! Meer verticalisme in de gezondheidszorg in plaats van horizontaal te werken.

Het hiv- en aidsbeleid in België is zo slecht nog niet, ook al zijn de bevoegdheden verdeeld over de gemeenschappen en het federale niveau. Er is evenwel een mentaliteitswijziging nodig bij bepaalde bevolkingsgroepen en er moet ook meer veldwerk gebeuren, onder meer door bewustmaking. Vroeger deed Sensoa aan bewustmaking in bars en sauna's en bij bepaalde bevolkingsgroepen, zoals homo's. Aids wordt alsmaar meer beschouwd als een chronische ziekte. Met andere woorden, de attitude moet veranderen en er moet meer aan preventie worden gedaan, werk voor het gemeenschapsniveau dus.

Het stemde me dan ook tevreden dat professor Debyser tijdens een hoorzitting in het Vlaams Parlement verklaarde geen voorstander te zijn van de aanwijzing van een aidscommissaris. Ik kan de minister en vooral collega Lijnen aanraden zijn getuigenis eens te lezen.

Ik betwist dus dat er een probleem bestaat op het vlak van de coördinatie en dat een aidscommissaris moet worden aangesteld.

Dan kom ik nu bij mijn vraag om uitleg.

Bij 23 438 personen werd de diagnose van hivinfectie gesteld. In de loop van de voorbije 24 jaar is bij benadering het aantal nieuwe hivdiagnoses geëvolueerd van gemiddeld 1,8 naar 3,1 gevallen per dag, met een piek in 2009 van 1135 nieuw gediagnosticeerde gevallen.

Verdeling naar geslacht leert dat de proportie mannen onder de nieuwe hivdiagnoses toegenomen is. Na een schommeling tussen 51% en 60% over de periode 1994-2005, bedroeg die proportie 62% in 2007 en 66% in 2009.

Durant la même période, la proportion de cas d'infection par le biais de contacts homosexuels ou bisexuels est passée de 23,1% à 45,5%. Depuis 2004, l'augmentation ne se constate pas seulement chez les hommes de nationalité belge, mais aussi chez ceux d'autres nationalités.

Chez les hommes belges diagnostiqués en 2009, les contacts homosexuels et bisexuels s'avèrent être le mode de transmission le plus probable, avec un chiffre de 81,8%. Chez les femmes belges ce sont principalement les contacts hétérosexuels qui sont mentionnés comme mode de transmission, soit 97,5%.

Parmi les non-Belges infectés, diagnostiqués durant ces trois dernières années, 62,9% sont originaires d'Afrique subsaharienne, 22,8% d'Europe, 11,9% d'Asie ou d'Amérique et 2,4% d'Afrique du Nord. Le coefficient hommes/femmes parmi les non-Belges est beaucoup plus proche de un que ce n'est le cas parmi les Belges. Cela s'explique par le fait que la transmission du virus parmi la population non belge s'effectue principalement par la voie hétérosexuelle.

Quand nous faisons le lien entre la nationalité et les chiffres ci-dessus, nous constatons que la nationalité est connue pour 16 515 personnes, ou 74,2%, dont 6 689 ont la nationalité belge, ou 40,3%.

Entre 1990 et 1993, le nombre de nouvelles infections VIH diagnostiquées chez des personnes de nationalité belge a connu une diminution. Par la suite, dans ce groupe, il a plutôt été question de stabilisation.

Le nombre de patients VIH diagnostiqués séropositifs n'ayant pas la nationalité belge a atteint son maximum en 1992. Entre 2001 et 2003, l'augmentation se situe tant chez les personnes de nationalité belge que chez les autres. Entre 2003 et 2008, l'augmentation se manifeste plutôt chez les personnes de nationalité belge.

Aujourd'hui, les médias attribuent principalement l'augmentation de l'incidence VIH aux hommes homosexuels. Je crains un peu que ce groupe soit stigmatisé, même si un travail de terrain préventif performant, organisé au niveau des communautés, demeure indispensable dans ce groupe cible.

Les données de l'ISP montrent qu'un autre groupe cible est un peu passé sous silence, peut-être précisément par crainte injustifiée de stigmatisation. Je lis dans le rapport que l'on connaît la nationalité de 16 515 personnes.

Comment se fait-il que l'on ne connaisse pas celle de plusieurs milliers d'autres ? Le graphique montre que, cette année, on estime à 350 le nombre de patients dont la nationalité est inconnue. Les ARL (Aids Reference Laboratories), qui reçoivent 8 millions d'euros par an pour dépister et enregistrer, doivent pourtant être en possession de ces données. Il est en outre plutôt inopportun de mentionner dans le rapport un pic de non-Belges en 1992, alors que la nationalité de cent patients peut-être était inconnue. Donc, dix-huit ans plus tard et malgré tous les moyens techniques, nous en savons moins !

Je puis comprendre que l'on ne connaisse pas la nationalité d'un petit nombre de personnes, mais je me pose des questions quand je constate une telle proportion et une telle

De proportie personen van Belgische nationaliteit bij de nieuw gediagnosticeerde gevallen is tussen 2004 en 2009 gestegen, gaande van 32,8% tot 44,7%, althans bij de patiënten van wie de nationaliteit bekend is.

In dezelfde periode is de proportie gevallen geïnfecteerd via homo- of biseksueel contact gestegen van 23,1% naar 45,5%. Sinds 2004 doet de stijging zich niet enkel voor bij mannen van Belgische nationaliteit, doch ook bij mannen van niet-Belgische nationaliteit.

Bij de Belgische mannen, gediagnosticeerd in 2009, blijken de homo- en biseksuele contacten de meest waarschijnlijke overdrachtswijze te zijn, met een cijfer van 81,8%. Bij de Belgische vrouwen zijn het overwegend de heteroseksuele contacten die als overdrachtswijze worden vermeld, zijnde 97,5%.

Van de niet-Belgische geïnfecteerden, gediagnosticeerd in de voorbije drie jaar komt 62,9% uit Subsaharisch Afrika, 22,8% is Europeaan, 11,9% is afkomstig uit Azië of Amerika en 2,4% is van Noord-Afrikaanse afkomst. De ratio man/vrouw bij de niet-Belgen ligt veel dichter bij één dan dat dit het geval is bij de Belgen. De verklaring hiervoor is dat de virusoverdracht bij de niet-Belgische populatie hoofdzakelijk via heteroseksuele weg gebeurt.

Wanneer we nationaliteit koppelen aan bovenstaande cijfers, stellen we vast dat de nationaliteit bekend is voor 16 515 personen, of 74,2%, waarvan 6 689 de Belgische nationaliteit hebben, of 40,3%.

Tussen 1990 en 1993 was er een daling van het aantal nieuw gediagnosticeerde hivinfecties bij personen met de Belgische nationaliteit. Nadien was in die groep veeleer sprake van een stabilisatie.

Het aantal gediagnosticeerde seropositieve hivpatiënten van niet-Belgische nationaliteit bereikte zijn maximum in het jaar 1992. Tussen 2001 en 2003 zit de stijging zowel bij personen van Belgische als van niet-Belgische nationaliteit. Tussen 2003 en 2008 manifesteert de stijging zich eerder bij personen van Belgische nationaliteit.

Vandaag wijzen de media voor de stijging van de hivincidentie voornamelijk naar de mannen die seks hebben met mannen. Ik maak me in die zin een beetje ongerust dat die groep gestigmatiseerd wordt, al blijft een doortastende preventieve veldwerking in die doelgroep, georganiseerd op gemeenschapsniveau, noodzakelijk.

De data van het WIV leren me dat er nog een andere doelgroep is en die wordt een beetje verzweven, misschien net uit misplaatste angst voor stigmatisering. Ik lees in het rapport dat van 16 515 personen de nationaliteit bekend is.

Hoe komt het dat van vele duizenden de nationaliteit onbekend is? Uit de grafiek blijkt dat er dit jaar naar schatting 350 patiënten van onbekende nationaliteit zijn. Hoe komt dat? De ARL's, die 8 miljoen euro per jaar ontvangen om te testen en te registreren, moeten die gegevens nochtans hebben. Het is daarenboven nogal gratis in het rapport te verklaren dat er in 1992 een piek van niet-Belgen was, terwijl misschien van 100 patiënten de nationaliteit onbekend was. Dus 18 jaar later en ondanks alle technische middelen weten we minder!

Dat we van een klein aantal mensen de nationaliteit niet kennen, kan ik nog aannemen, maar een dergelijke proportie

augmentation.

Quand elle est axée sur les hommes homosexuels belges, une campagne de prévention est tout autre que quand le groupe cible est constitué de non-Belges qui ont plutôt des contacts hétérosexuels.

Il importe aussi de savoir combien de Belges ont une double nationalité. Ce chiffre est-il connu ? Dans l'affirmative quel est-il ?

De plus, il faut savoir combien de patients VIH et sidéens résident réellement dans notre pays et donc combien viennent de l'étranger pour un avis médical, un diagnostic et une thérapie. Sont-ils également repris dans les statistiques ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Mme Lijnen parle de manque de coordination entre l'État fédéral et les communautés dans la lutte contre l'épidémie VIH. Nous réalisons une coordination régulière, mais nous devons aussi accepter les conséquences de nos choix.*

On ne peut pas transférer des compétences vers les communautés, décentraliser la prise de décision en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, et ensuite demander une approche coordonnée. C'est impossible, car il n'y a aucun rapport hiérarchique entre l'État fédéral et les entités fédérées. Une commission interministérielle par maladie ne changera rien à cette situation. Dans le contexte actuel, il faut donc accepter que les communautés développent, chacune de leur côté, une politique pour le contrôle de la maladie, le monitoring, les évaluations, les dépistages et les campagnes de sensibilisation. Il faut aussi accepter que l'État fédéral soit responsable du traitement.

Le Groupe de travail sida de la conférence interministérielle permet l'échange et la collaboration. Dans ce groupe, les initiatives des différents acteurs sont communiquées, ce qui permet à tous les ministres de savoir ce que font les autres et de voir comment ils peuvent compléter et améliorer les mesures relatives à leurs propres compétences.

Pour le traitement du VIH/sida, il existe déjà beaucoup de possibilités. Pensons à la prise en charge multidisciplinaire médicale et psychosociale, au remboursement du test VIH, au remboursement du traitement antiviral et des traitements qui y sont liés.

L'INAMI travaille actuellement à un projet d'amélioration de l'accessibilité des centres de référence, qui pourraient être aidés par des antennes locales, sous leur supervision.

La question relative à l'installation de cliniques pour le traitement des IST et/ou des maladies infectieuses s'inscrit plutôt dans le mandat des communautés. Nous n'avons donc pas à nous prononcer sur ce sujet. Si les communautés nous adressent une demande concrète de collaboration, nous étudierons leur proposition.

Les laboratoires de référence sida jouent un rôle important dans la collecte des informations sur tous les cas positifs diagnostiqués en Belgique. Ces laboratoires disposent d'une liste préétablie de questions qu'ils envoient aux médecins quand un cas de séropositivité se présente.

en een dergelijke stijging, daar stel ik me vragen bij.

Een preventiecampagne is anders wanneer ze zich richt op Belgische mannen die seks hebben met mannen, dan wanneer de doelgroep uit niet-Belgen bestaat die veeleer heteroseksuele contacten hebben.

Hierbij is het ook van belang te weten hoeveel Belgen een dubbele nationaliteit hebben? Is dit cijfer bekend? En zo ja, hoeveel bedraagt dit?

Verder is het van belang te weten hoeveel hivpatiënten en aidspatiënten werkelijk in ons land resideren en dus hoeveel er vanuit het buitenland naar hier komen voor medisch advies, diagnose en therapie. Worden zij ook in de statistieken opgenomen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Mevrouw Lijnen spreekt over het gebrek aan coördinatie tussen de federale staat en de gemeenschappen in de strijd tegen de hiv-epidemie. We hebben wel degelijk een regelmatige coördinatie, maar we moeten ook de gevolgen van onze keuzes aanvaarden.*

Men kan niet eerst de bevoegdheden naar de gemeenschappen overhevelen, de beslissingsmacht inzake preventie en toezicht op infectieziekten decentraliseren en nadien een gecoördineerde aanpak vragen. Die is niet mogelijk omdat er tussen de federale staat en de deelstaten geen hiërarchische verhouding bestaat. Een interministeriële commissie per ziekte zal aan deze toestand niets veranderen. In de huidige context moeten we dus aanvaarden dat de gemeenschappen elk aan hun kant een beleid ontwikkelen voor het toezicht op de ziekte, de controle, de evaluaties, de onderzoeken en de bewustmakingscampagnes. Tegelijk moeten we aanvaarden dat de federale staat verantwoordelijk is voor de behandeling.

De Werkgroep Aids van de interministeriële conferentie maakt uitwisseling en samenwerking mogelijk. In die groep komen de initiatieven van de verschillende actoren aan bod. Zo weten alle ministers wat de anderen doen en zien ze hoe ze de maatregelen voor hun eigen bevoegdheden kunnen vervolledigen en verbeteren.

Voor de behandeling van hiv/aids bestaat er al veel. Denken we maar aan de multidisciplinaire medische en psychosociale tenlasteneming, de terugbetaling van de hivtest, de terugbetaling van de antivirale behandeling en de daaraan gekoppelde behandelingen.

Het RIZIV werkt momenteel aan een project voor een betere toegankelijkheid van de referentiecentra. Lokale bijkantoren zouden onder hun toezicht kunnen helpen.

De vraag over de oprichting van ziekenhuizen voor de behandeling van soa's en/of infectieziekten valt veeleer onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. We moeten ons daar dus niet over uitspreken. Als de gemeenschappen ons een concreet verzoek tot samenwerking richten, zullen we hun voorstel onderzoeken.

De aids-referentielaboratoria spelen een belangrijke rol in het verzamelen van inlichtingen over alle positief gediagnosticeerde gevallen in België. Deze laboratoria beschikken over een vooropgestelde vragenlijst die ze de artsen bezorgen wanneer zich een geval van seropositiviteit voordoet.

Si, malgré des demandes répétées, un médecin ne transmet pas les données, le laboratoire est obligé de notifier que l'information n'est pas disponible. Il en va de même pour la communication de la nationalité.

Pour ce qui est du nombre de Belges qui auraient une double nationalité, je vous invite à vous adresser au ministre compétent en la matière.

Concernant la résidence des personnes, je puis vous dire que, parmi les patients diagnostiqués en 2009, 68,9% ont déclaré résider en Belgique et 5,4% en dehors de la Belgique. L'information n'est pas disponible pour 25,7% des patients diagnostiqués.

Pour les informations manquantes, je vous renvoie à la première partie de ma réponse.

Le système de surveillance épidémiologique du VIH/sida ne contient pas d'information sur le lieu de résidence des patients actuellement en suivi médical en Belgique.

Mme Nele Lijnen (Open Vld). – *Au vu de l'évaluation réalisée au Sénat sous la législature précédente et des chiffres dont nous disposons, on ne peut affirmer que la situation n'est pas grave.*

Les chiffres montrent en tout cas que la politique menée est inefficace. Selon la ministre, il n'y a pas de coordination, seulement un groupe de travail, et la question relève de la compétence des communautés. Il est décevant que l'on n'agisse pas. Les chiffres parlent d'eux-mêmes et nous devons accomplir des efforts supplémentaires. Beaucoup de mesures sont déjà prises, mais les chiffres montrent que le nombre de cas est en augmentation. Je ne stigmatise aucun groupe cible, mais, si la situation est grave, le débat doit être engagé. Ne pas s'attaquer au problème serait un signal négatif.

M. Louis Ide (N-VA). – *La politique menée n'est effectivement pas si mauvaise sur certains points. Je m'interrogeais en fait sur la politique menée et non sur les chiffres. Un groupe cible est au moins déjà identifié, à savoir les hommes homosexuels. Il faut approfondir l'examen de cet aspect et les communautés ne peuvent agir que si elles reçoivent plus d'argent et investissent davantage dans le travail de terrain.*

Comme la ministre l'admet d'ailleurs elle-même, le grand problème réside dans le fait que nous disposons de trop peu de données. Nous ne savons absolument rien de l'origine de 350 patients. C'est pourtant crucial, maintenant que nous ne vivons plus en vase clos et que le monde est devenu un village. Dans un monde globalisé, nous ne pouvons être efficaces que si nous disposons de statistiques complètes. Il est incompréhensible que les ARL ne soient pas à même de mieux enregistrer les données avec les 8 millions d'euros qu'ils reçoivent annuellement. Il y a dix-huit ans, nous avions des chiffres plus complets qu'aujourd'hui, alors que nous disposons maintenant de différents moyens informatiques.

Je suppose qu'il y a encore un autre groupe cible pour lequel il faut entreprendre une campagne de prévention particulière. Sur un plan purement scientifique, nous ne disposons pas aujourd'hui de chiffres suffisants pour mener une politique encore plus efficace.

(La séance est levée à 15 h 00.)

Wanneer een arts ondanks herhaalde verzoeken de gegevens niet doorgeeft, is het laboratorium verplicht te melden dat de informatie niet beschikbaar is. Hetzelfde geldt voor de mededeling van de nationaliteit.

Voor het aantal Belgen dat een dubbele nationaliteit zou bezitten, moet u zich richten tot de bevoegde minister.

Inzake de verblijfplaats van de personen kan ik u meedelen dat 68,9% van de in 2009 gediagnosticeerde patiënten verklaarde in België te verblijven en dat 5,4% verklaarde buiten België te verblijven. Voor 25,7% van de gediagnosticeerde patiënten is de informatie niet beschikbaar.

Voor de ontbrekende informatie verwijs ik naar het eerste deel van mijn antwoord.

Het epidemiologische systeem van toezicht op hiv/aids bevat geen informatie over de verblijfplaats van de patiënten die in België op dit ogenblik medisch gevolgd worden.

Mevrouw Nele Lijnen (Open Vld). – Gelet op de evaluatie in de Senaat tijdens de vorige legislatuur en de voorliggende cijfers, kunnen we onmogelijk zeggen dat het al bij al nog niet zo erg is.

De cijfers tonen in elk geval aan dat het beleid niet werkt. Volgens de minister is er geen coördinatie, alleen een werkgroep, en betreft het een bevoegdheid van de gemeenschappen. Het is teleurstellend dat men het daar zomaar bij laat. De cijfers spreken voor zich. We zullen extra inspanningen moeten doen. Er zijn al heel wat maatregelen genomen, maar toch blijkt uit de cijfers dat het aantal gevallen toeneemt. Ik stigmatiseer geen doelgroep, maar als er een probleem is, moet de discussie worden aangegaan. Het zou een negatief signaal zijn als het probleem niet wordt aangekaart.

De heer Louis Ide (N-VA). – Op sommige punten is het beleid inderdaad nog zo slecht niet. Ik had het wel degelijk over het beleid, het ging niet over de cijfers. Eén doelgroep is tenminste al geïdentificeerd, namelijk mannen die seks hebben met mannen. Die moet meer onderzocht worden en dat kunnen de gemeenschappen pas doen als ze meer geld krijgen en als zij meer investeren in veldwerk.

Het grote probleem blijft dat we over te weinig gegevens beschikken, zoals de minister trouwens zelf toegeeft. Van 350 patiënten weten we helemaal niet waar ze vandaan komen. Dat is nochtans cruciaal, nu we niet meer onder de kerktoren leven en de wereld één dorp is geworden. In een geglobaliseerde wereld kan men alleen efficiënt werken als men over volledige statistische gegevens beschikt. Het is onbegrijpelijk dat de ARL's niet in staat zijn om met de 8 miljoen euro die ze jaarlijks krijgen, beter te registreren. Achttien jaar geleden hadden we zelfs betere cijfers dan vandaag, terwijl we nu over allerlei informaticamiddelen beschikken.

Ik vermoed trouwens dat er nog ergens een aparte doelgroep is, waarvoor we een aparte preventieve campagne moeten opstarten. Puur wetenschappelijk bekeken, hebben we vandaag niet voldoende cijfergegevens om een nog efficiënter beleid te voeren.

(De vergadering wordt gesloten om 15.00 uur.)