

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 12 januari 2010

Voormiddag

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MARDI 12 janvier 2010

Matin

De vergadering wordt geopend om 10.29 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

01 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het vroegtijdig opsporen van diabetes type 1 en de financiering van het Belgisch Diabetes Register" (nr. 17092)

01.01 Maggie De Block (Open Vld): In België zijn er jaarlijks ongeveer tien nieuwe patiënten met diabetes type 1 jonger dan 40 jaar per 100.000 inwoners. Bij kinderen jonger dan 10 jaar verdubbelde het aantal nieuwe gevallen op vijftien jaar tijd. Het Belgisch Diabetes Register verzamelt systematisch vertrouwelijk gegevens over diabetici, jonger dan 40 jaar en hun verwanten en er worden ook risicobepalingen verricht voor een doeltreffender therapie.

Daarbij gaat bijzondere aandacht naar de verwanten van de eerste graad van de patiënten. In België gebeurt heel wat onderzoek naar het afremmen of behandelen van diabetes en het is daarom belangrijk dat diabetes type 1 snel wordt opgespoord. Endocrinologen in België vragen daarom meer epidemiologische gegevens over de groep ouder dan 40 jaar en willen ook een screening van de risicogroepen.

Er is al een project voor zwangerschapsdiabetes en het zou goed zijn als ook voor de andere risicogroepen een project wordt opgestart. Is de minister gewonnen voor een screeningprogramma voor risicogroepen? Is ze bereid om in samenspraak met de Gemeenschappen en Gewesten te zorgen voor voldoende financiering van dit project?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De screening van diabetes type 1 gebeurt momenteel bij personen met een familiaal risico, jonge personen met obesitas en zwangere vrouwen. Voor het opsporen van diabetes type 1 zijn er internationaal geen aanbevelingen noch werd de meerwaarde van een voortijdige opsporing voor andere doelgroepen al wetenschappelijk aangetoond. De klinische testen van het Belgisch Diabetes Register worden deels gefinancierd door het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek. De logistieke kosten worden deels gefinancierd door de Vlaamse regering en tot enkele jaren geleden ook door de Franse Gemeenschap. Vermits de Vlaamse regering het einde van haar subsidie vanaf 2010 zou hebben aangekondigd en gezien het nut van zo een register, zal ik in de interministeriële conferentie voorstellen om een werkgroep hierover op te richten.

01.03 Maggie De Block (Open Vld): Er zijn wel degelijk methodes om bij kinderen vijf of tien jaar vóór het uitbreken van diabetes type 1 een aantal opsporingen uit te voeren. Dat de minister blijkbaar te horen kreeg dat de huidige wetenschap dit nog niet zou toelaten, is voor mij onaanvaardbaar. Het oprichten van een werkgroep over de verdere financiering getuigt van een grote verantwoordelijkheidszin. Wanneer zal die interministeriële conferentie plaatsvinden?

01.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik denk in maart. Alle aspecten zullen aan bod kunnen komen in de werkgroep.

01.05 **Maggie De Block** (Open Vld): Ik neem aan dat inzake de opsplitsing van het nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek in een Vlaamse en Franse tak een financiële regeling zal worden gevonden.

Het incident is gesloten.

02 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de binnenhuisverontreiniging en de samenwerking met de Gewesten" (nr. 17473)**

02.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Op zijn website www.binnenlucht.be verstrekt de FOD Volksgezondheid preventief advies over binnenluchtvervuiling. Welke dienst heeft die campagne bedacht? Wat zijn de motieven hierachter?

Op welke manier werkt u in dat verband samen met de Gewesten, die ook bevoegd zijn voor deze materie? Waarom wordt er op de website niet gesproken over lood of elektromagnetische straling?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Deze website is slechts een onderdeel van de campagne "De lucht in uw huis heeft een schoonmaakbeurt nodig", die opgezet werd door de dienst Productbeleid van het Directoraat-generaal Leefmilieu van de FOD Volksgezondheid.

Oorspronkelijk was die campagne een initiatief van mijn collega Magnette, die ook voorzitter is van de GICLG (Gemengde Interministeriële Conferentie voor Leefmilieu verruimd tot de Gezondheid).

De motieven voor dat initiatief zijn terug te vinden in het "Actieplan 2009-2012: federale bijdrage tot de strijd tegen de luchtvervuiling". Diverse federale studies hebben ertoe geleid dat er een hoofdstuk "Binnenlucht" aan het Luchtplan werd toegevoegd.

Luchtverversing in ruimtes waarin wordt geleefd, is echter niet altijd de gepaste oplossing. Het risico dat ontstaat door blootstelling aan emissies, met name van producten, werd nog niet geëvalueerd. Er wordt dan ook een campagne gepland die specifiek gericht zal zijn op de problematiek van de luchtverversing, teneinde in herinnering te brengen hoe consumptiegoederen op een correcte manier dienen te worden gebruikt. Problemen in verband met loodverf en elektromagnetische golven kunnen niet door luchtverversing worden opgelost.

Over de toestellen die elektromagnetische golven uitzenden zouden er later campagnes kunnen worden opgezet. Het in de handel brengen van loodhoudende verf is al verboden door de REACH-verordening.

De campagne, die door de AD Externe Communicatie van de FOD Kanselarij van de eerste minister werd gelanceerd, werd door het agentschap Leo Burnett gerealiseerd. De bevolking werd via verschillende kanalen van het bestaan van de website www.binnenlucht.be op de hoogte gebracht: visuals in de dagbladen, banners op verschillende websites, acties in samenwerking met de RVA en de dienstencheques, een internetquiz, een ecologisch dossier, persberichten, artikelen en radio-interviews, enz.

Wij beschikken nog niet over een volledige evaluatie van de campagne, die plaatsvond van 22 september 2009 tot eind oktober.

Er wordt met de Gewesten samengewerkt via de Interministeriële Conferentie en, wat de productnormen betreft, via de Interministeriële Conferentie Milieu. De federale acties zijn een uitloper van het werk dat in het kader van het Nationaal Actieplan Milieu-Gezondheid werd verricht.

De Gewesten, de Gemeenschappen en de federale overheid bouwen voort op die projecten indien zij dat nodig achten. De federale Staat zal herinneren aan de regels dankzij welke de risico's verbonden aan producten die in ons land in de handel worden gebracht, kunnen worden verkleind.

Tot dusver bestaat er geen enkel Europees wettelijk kader waarin de gezondheidscriteria voor de binnenlucht worden vastgelegd. Het opstellen van dwingende productnormen moet stoelen op wetenschappelijke en technische dossiers, die geval per geval worden opgesteld. Een en ander neemt veel tijd in beslag.

02.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Ik stel met genoeg vast dat het om een breed opgezette campagne gaat.

De elektromagnetische vervuiling is geen gering probleem, en we wensen dat er een campagne over het gebruik van de toestellen binnenshuis zou worden georganiseerd.

Het onderzoek, dat afzonderlijk door het Waals en het Vlaamse Gewest in kinderdagverblijven werd uitgevoerd, heeft aangetoond dat er in heel wat gebouwen nog resten van loodverf aanwezig zijn. Aangezien kleine kinderen overal met hun vingers aan zitten, mag men er niet van uitgaan dat dit probleem opgelost is.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de oprichting van een driedelige structuur om de aanbevelingen voor het voorschrijfgedrag uit te werken" (nr. 17239)

03.01 Daniel Bacquelaine (MR): Het uitvoeringsbesluit dat nodig is voor de oprichting, in het kader van de wet houdende diverse bepalingen van 8 juni 2008, van de driedelige werkgroep (artsen, verzekeringsinstellingen, wetenschappelijke organisaties) die belast is met het opstellen van de aanbevelingen inzake het voorschrijven van de geneesmiddelen voor de behandeling van astma en chronisch obstructief longlijden (COPD) die in hoofdstuk II opgenomen zijn, werd nog niet uitgevaardigd.

Wat is de stand van dat dossier? Vanwaar de vertraging? Wanneer zal de driedelige werkgroep opgericht worden?

03.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Nadat tal van artsen gewezen hadden op het feit dat het koninklijk besluit tot vaststelling van de nadere regels voor de terugbetaling van geneesmiddelen tegen astma-copd in hoofdstuk II maar moeilijk toepasbaar was, heb ik de controlemaatregelen a posteriori opgeschort, in afwachting van de invoering van het nieuw systeem, waarbij een driedelige werkgroep vooraf alle beslissingen met betrekking tot de overgang van geneesmiddelen van klasse IV naar klasse II moet onderzoeken.

Ik heb het RIZIV gevraagd de artikelen 79bis en ter van het koninklijk besluit van 21 december 2001 te wijzigen en het koninklijk besluit van 30 december 2005 aan te passen, om een duidelijk onderscheid in te voeren tussen de aanbevelingen en de terugbetalingsvoorwaarden van de specialiteiten die werden overgedragen van hoofdstuk IV naar hoofdstuk II, enerzijds, en om die driedelige werkgroep op te richten in de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen, anderzijds.

Het ontwerp van koninklijk besluit werd voorgelegd aan de Inspectie van Financiën, die vraagtekens plaatste bij de budgettaire neutraliteit van de operatie. Het werd goedgekeurd door Begroting en voorgelegd aan de Raad van State, waarvan ik het advies in januari verwacht.

03.03 Daniel Bacquelaine (MR): Ik ben blij te vernemen dat dit besluit binnenkort zal worden gepubliceerd, vooral met het oog op de aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde, die schade kan ondervinden van de administratieve rompslomp en de soms kwalijke sfeer als gevolg van de controles.

De **voorzitter**: Aangezien mevrouw De Maght nog steeds niet is opgedaagd, schrappen we haar vraag nr. 17323.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de situatie van de thalidomideslachtoffers" (nr. 17476)

04.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): In 1962 werd Softenon (thalidomide) uit de handel genomen. Dit geneesmiddel, dat werd voorgeschreven aan zwangere vrouwen tegen misselijkheid, bleek

misvormingen te veroorzaken bij de baby.

Momenteel is niet bekend hoeveel thalidomideslachtoffers er precies zijn in België. De gevallen werden immers nooit geregistreerd en er bestaat dus ook geen specifieke categorie voor de handicap van die personen. Om die reden is het moeilijk om in een specifieke behandeling te voorzien voor die personen.

Het koninklijk besluit van 13 februari 2005 verbiedt de invoer, het afstaan en het afleveren van thalidomidehoudende geneesmiddelen, behalve in het kader van de toepassing van een risicobeheerprogramma met betrekking tot het gebruik ervan.

Zou er niet dringend werk moeten worden gemaakt van de registratie en classificatie van de slachtoffers van thalidomide? Moet hun statuut niet worden verduidelijkt en moet hun geen hulp worden aangeboden? Kan er geen hogere vergoeding worden toegekend, zodat de hulpverlening kan worden aangepast aan hun noden? Die hulp zou nagenoeg permanent moeten kunnen worden verleend, zeker ook omdat de uitkeringen vanaf de leeftijd van 65 jaar worden beperkt, terwijl de afhankelijkheid van deze mensen met het ouder worden alleen maar toeneemt.

Kan de Belgische Staat, naar het Britse voorbeeld, zijn toenmalige inschattingsfout met betrekking tot de risico's erkennen, zoals door een onlangs opgerichte slachtoffervereniging wordt gevraagd?

Ten slotte, wat het koninklijk besluit van 13 februari 2005 betreft: welke hoeveelheden mogen er nog worden ingevoerd, voor welke ziekten worden die geneesmiddelen gebruikt en op welke manier wordt het voorgeschreven risicobeheer verzekerd? Kan men op het internationale niveau niet trachten de verspreiding van die molecule stop te zetten of naar een betere definitieve oplossing uit te kijken?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik sta in contact met die vereniging, waarmee ik wil blijven samenwerken.

In overeenstemming met het koninklijk besluit van 13 februari 2005 wordt een uiterst strikt risicobeheerprogramma toegepast, dat ervoor moet zorgen dat het geneesmiddel op een weldoordachte manier wordt gebruikt, dat alle actoren over de nodige informatie beschikken en dat alle voorzorgsmaatregelen worden genomen om zwangerschappen uit te sluiten.

Ik wil erop wijzen dat die afwijking al sinds 1990 bestaat. Toen is immers gebleken dat thalidomide een doeltreffend alternatief kan zijn voor de behandeling van bepaalde ziektes wanneer andere geneesmiddelen niet werken.

Vóór 1990 werd thalidomide slechts in enkele tientallen gevallen gebruikt, maar toen werd aangetoond dat er met deze stof goede resultaten konden worden bereikt bij de behandeling van multipel myeloom, werd het op veel grotere schaal toegediend.

Het bedrijf Celgene kreeg voor deze indicatie in april 2008 een Europese vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel Thalidomide Celgene 50 mg, op voorwaarde dat er een risicobeheerprogramma werd toegepast dat meer bepaald inhoudt dat er een gecontroleerd distributiesysteem voor het geneesmiddel wordt ingevoerd en dat de artsen en apothekers alsook de patiënten terdege over het product geïnformeerd worden. De gezondheidswerkers moeten er in het bijzonder op toezien dat hun patiënten indien nodig voorbehoedmiddelen gebruiken.

Naar aanleiding van het Softenonproces, dat in Duitsland in 1970 werd afgesloten, stelde de firma een schadeloosstellingsplan voor de thalidomideslachtoffers op. Ik wil niettemin werk maken van een systeem waarmee de slachtoffers van de laattijdige intrekking van de vergunning recht kan worden gedaan.

04.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (*Ecolo-Groen!*): Ik kan me persoonlijk niet uitspreken over de vraag of het zinvol is om die molecule te gebruiken in het zeer strikte kader dat u heeft geschetst. Aangezien er geen alternatief is, is het misschien nog opportuun om dat wel te doen.

Uw antwoord is voorts niet erg duidelijk met betrekking tot de mogelijkheden wat de erkenning van de fout betreft. In Engeland heeft men dat gedaan onder druk van een stichting die door de ouders van de slachtoffers in het leven werd geroepen. Dat is een recente ontwikkeling, maar ik denk dat een en ander gebeurd is omdat de slachtoffers een zekere leeftijd hebben en behoefte hebben aan ondersteuning. Het is die weg die wij moeten bewandelen.

04.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Naar het voorbeeld van wat men in Engeland heeft gedaan, zou ik willen dat er zeer snel een oplossing voor de slachtoffers wordt aangereikt. Wij werken daaraan.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw **Christine Van Broeckhoven** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toepassing van de MAF 'chronische ziekten' voor patiënten met dementie" (nr. 17492)

05.01 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Het nieuwe systeem voor de maximumfactuur voor chronisch zieken is niet gebaseerd op pathologieën. Een patiënt komt in aanmerking voor een tegemoetkoming als hij de voorbije twee jaar minstens 450 euro aan remgelden heeft betaald. Enkel terugbetaalde medische zorgen tellen dus mee. Patiënten met dementie zijn wel degelijk chronisch ziek, maar halen niet altijd het plafond van de maximumfactuur, omdat zij vooral niet-medische kosten hebben.

Hoeveel patiënten met dementie komen er in aanmerking voor de maximumfactuur? Kan er voor deze groep van patiënten die niet in aanmerking komen, toch iets gedaan worden?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De hoogte van de remgelden is het enige criterium om de maximumfactuur voor chronisch zieken te kunnen genieten. Deze maatregel is niet gebaseerd op specifieke aandoeningen, zodat een zo groot mogelijke groep rechthebbenden ervan gebruik kan maken. Ook in de verplichte verzekering wordt per verstrekking en niet per aandoening terugbetaald. Er bestaan dan ook geen cijfers over het aantal rechthebbenden op de maximumfactuur voor chronisch zieken per aandoening.

Momenteel wordt een maatregel voorbereid over een statuut voor chronisch zieken. De deskundigen van het RIZIV leggen de laatste hand aan een model dat rekening houdt met de opmerkingen van een werkgroep uit 2009. Tegen het einde van deze maand verwachten mijn diensten de definitieve versie van de identificatiecriteria.

05.03 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Hopelijk zullen de patiënten met dementie wel in dat statuut passen.

05.04 **Luc Gouty** (CD&V): Het zal toch niet zo zijn dat alle patiënten met een chronische ziekte automatisch gebruik zullen kunnen maken van de maximumfactuur? Dat is onhoudbaar!

05.05 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik wens dat de status van chronisch zieke ook aan mensen met een zeldzame ziekte, een weesziekte of een ongeneeslijke en degeneratieve ziekte, zoals Alzheimer, zou kunnen worden toegekend. Hierover wordt momenteel een discussie gevoerd bij het RIZIV. Ik wacht de conclusies van de werkgroep in.

05.06 **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Het nieuwe statuut zal dus hopelijk rekening houden met patiënten die lijden aan een ziekte met een langzaam proces en waarvan de kosten verschillen naargelang de fase van de ziekte, zoals bijvoorbeeld dementie.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het standpunt van de Zweedse minister van Volksgezondheid inzake het geven van bloed door homo's" (nr. 17581)

06.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Er komt maar geen einde aan het ostracisme van homoseksuele bloeddonoren. In het kader van de griep epidemie heeft u de bevolking ertoe opgeroepen meer bloed te geven, maar homo's zijn niet welkom. De tijd waarin de linkervleugel van de linkse partijen hervormingen doorvoerde, ligt ver achter ons; nu is het de Zweedse centrumrechtse regering die beslist heeft om een en ander in een stroomversnelling te brengen.

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De Spaanse - linkse - regering heeft dat anders nog eerder gedaan!

06.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): De Zweedse minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, de heer Göran Hägglund, heeft zopas het verbod voor homoseksuelen om bloed te geven opgeheven. Hij eist evenwel dat de donor tijdens het jaar voorafgaand aan de bloeddonatie geen betrekkingen heeft met een man of een vrouw. We zitten dus in een vicieuze cirkel!

Ik ontken niet dat sommige homoseksuele praktijken een grotere kans op besmetting inhouden. Het probleem is dat deze praktijken niet specifiek gay zijn. In onze benadering moeten we een onderscheid maken tussen "risicogroep" en "risicogedrag". Dat is de kern van het debat.

Men benadrukt dat het aantal besmettingen, met name in de homoseksuele kringen, stagneert of zelfs toeneemt. Is dat niet eenvoudigweg te wijten aan het feit dat de preventiecampagnes, die gaandeweg hedendaagser zijn geworden, ontoereikend zijn? Als men meent dat een bloeddonatie van een homoseksueel potentieel riskanter is dan die van een andere burger, geeft men immers blijk van weinig achting voor de burgerzin van homoseksuele bloeddonoren.

Op de diverse beleidsniveaus, van de Gewesten tot Europa, moeten er wegen gevonden worden om het aantal preventiecampagnes gevoelig uit te breiden en de inhoud ervan aanzienlijk te verbeteren, teneinde te voorkomen dat bloedgevers, ongeacht hun seksuele geaardheid, drager van een soa zouden kunnen zijn.

Hoe zal u dat debat aangaan, in het vooruitzicht van het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie?

06.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): In tegenstelling tot wat u wil geloven, is het echt mijn bedoeling voortgang te maken met dit dossier. De volgende vergadering van de experts is gepland op 29 januari 2010. We zullen daarbij de stappen die mijn centrumrechtse Zweedse collega en mijn linkse Spaanse collega hebben gedaan, tegen het licht houden. Ik hoop op korte termijn voorstellen te kunnen doen die uiteraard ook de veiligheid van de bloedgiften zullen waarborgen.

06.05 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Ik twijfel niet aan uw goede bedoelingen, maar soms zou ik ze wat sneller geconcretiseerd willen zien!

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van de heer Jacques Otlet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het informeren van de patiënten over de dagen en uren waarvoor de zorgverleners tot de akkoorden toegetreden zijn" (nr. 17675)**

07.01 **Jacques Otlet** (MR): Het gebeurt dat artsen tijdens de uren waarvoor ze niet zijn toegetreden tot de akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen, het protocol opstellen voor een technische medische handeling, waarvoor ze een bijkomend ereloon kunnen vragen.

Overeenkomstig artikel 50, § 3bis van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria die kunnen worden geëist indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.

U verduidelijkte onlangs dat de Koning de toepassingsregels kan vaststellen met betrekking tot de informatie die de zorgverleners moeten verstrekken aan de rechthebbenden omtrent hun al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden of overeenkomsten die op hen van toepassing zijn.

Heeft u duidelijke en concrete bepalingen in petto met betrekking tot de voorlichting van de patiënt zodra deze telefonisch een afspraak maakt, in het bijzonder voor de technische handelingen?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik heb nog geen ontwerpbesluit ingediend om duidelijker toepassingsregels vast te stellen, rekening houdend met de specifieke plaats waar de medische handeling wordt gesteld of de categorie waartoe de zorgverlener behoort.

Artikel 50, § 3 en § 3bis van de gezondheidswet zijn al van toepassing op de door die bepalingen bedoelde

zorgverleners of verzorgingsinstellingen. Dat zal zeer binnenkort ook voor het nieuwe artikel 73 het geval zijn.

Overeenkomstig artikel 50, paragraaf 3bis moet de rechthebbende voorafgaandelijk en uitdrukkelijk geïnformeerd worden op kosten van de verplegingsinrichting. Als die informatie niet verstrekt wordt, kan de raadpleging alleen gefactureerd worden tegen het tarief dat uit de nomenclatuur voortvloeit. In geval van betwisting door de rechthebbende moet de verpleeginrichting bewijzen dat zij haar informatieplicht heeft vervuld.

Het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010 voorziet, los van de wil om de diverse betrokken partijen zo duidelijk en volledig mogelijk te informeren, in een aanpassing van de ZIV-wet teneinde te zorgen voor een duidelijke en aangepaste mededeling en bekendmaking van het statuut van de geneesheer die volledig, gedeeltelijk of niet tot dit akkoord is toegetreden, en van de periodes van toetreding of gedeeltelijke toetreding.

Artikel 73 voorziet voortaan in de mogelijkheid om, naast de duidelijke en aangepaste mededeling en bekendmaking, specifieke modaliteiten vast te leggen. Ik zal het RIZIV vragen zich over die kwestie te buigen en mij praktische oplossingen voor te stellen.

Het incident is gesloten.

08 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het bleachen van tanden in schoonheidssalons" (nr. 17680)

- mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het bleachen van tanden buiten het tandartsenkabinet" (nr. 17736)

08.01 **Lieve Van Daele** (CD&V): Het Verbond van Vlaamse Tandartsen (VVT) heeft reeds meermaals klacht ingediend tegen schoonheidssalons die tanden bleachen, want volgens het verbond is dat een tandheelkundige ingreep. Heeft de minister reeds stappen gezet om dit aanslepend dispuut te beëindigen? Heeft zij weet van klachten over behandelingen in schoonheidscentra die hebben geleid tot gezondheidsschade?

08.02 **Rita De Bont** (VB): Het VVT is terecht van mening dat bleachen enkel kan gebeuren door gediplomeerde artsen of tandartsen, omdat het gepaard kan gaan met gezondheids- en tandgezondheidsproblemen. De beautyklinieken werpen op dat ze die behandelingen laten uitvoeren door opgeleide mondhygiënist, terwijl dat beroep nog niet erkend is in België. Vindt de minister het geoorloofd dat bleaching in schoonheidsklinieken wordt uitgevoerd? Kunnen mondhygiënist - die niet erkend zijn in België - toch zulke behandelingen uitvoeren? Wat gaat de minister doen tegen de wanpraktijken? Er zijn besprekingen aan de gang over een erkenning van mondhygiënist. Is het niet aangewezen dat zij alsnog onder het toezicht of de verantwoordelijkheid van een arts of tandarts zouden werken?

08.03 **Minister Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het begrip tandheelkunde wordt gedefinieerd in artikel 3 van het koninklijk besluit van 1 juni 1934.

(*Nederlands*) Op basis van artikel 3 van het KB nr. 78 mag niemand de tandheelkunde uitoefenen die het diploma van diploma van licentiaat in de tandheelkunde niet bezit. In meerdere vonnissen werden bedrijven die tanden bleekten, veroordeeld voor het illegaal uitoefenen van de tandheelkunde. Zo mag enkel een tandarts een afdruk nemen. Artikel 1 van de wet van april 1958 verbiedt elke rechtstreekse of onrechtstreekse publiciteit voor het verzorgen of doen verzorgen door een al dan niet bevoegd persoon van aandoeningen, letsels of afwijkingen van de mond of de tanden.

Het Wetenschappelijk Comité voor Consumentenproducten van de Europese Commissie heeft een aantal gedetailleerde adviezen geformuleerd over het gebruik van tandpasta, mondwater en tandbleekproducten.

De producten met minder dan 0,1 procent waterstofperoxide die gebruikt worden voor het bleken van tanden met esthetische bedoelingen, beschouwt Europa wettelijk als cosmetica. Deze producten zijn niet exclusief

voorbehouden voor gebruik door tandartsen. Ze zijn gereguleerd door een richtlijn van oktober 1997, die in een maximale concentratie van 0,1 procent waterstofperoxide voorziet voor producten voor het bleken van tanden.

(Frans) Op de Europese markt zijn er producten aanwezig, die hogere concentraties bevatten en gebruikt worden in schoonheidssalons. Momenteel wordt er op Europees niveau onderhandeld om het gebruik van die producten te reglementeren en aan strikte regels te onderwerpen. Zo zouden producten die meer dan 0,1 procent waterstofperoxide bevatten, enkel door een tandarts mogen worden gebruikt.

(Nederlands) Mijn administratie ontving geen klachten over ongewenste gezondheidseffecten. Ik heb geen cijfers over de activiteiten van de zogenaamde schoonheidsklinieken, want ze zijn niet onderworpen aan een erkenning. Er is zelfs geen definitie van. Onze ambtenaren hebben bovendien geen politionele bevoegdheid. Enkele dossiers in Brussel werden behandeld door de Franstalige Medische Commissie van Brabant, met hulp van de politie. Bij gebrek aan een lijst van die dossiers kan ik niet bevestigen dat het specifiek over dossiers van het bleken van tanden gaat.

Er is dus inderdaad wetgevende actie nodig voor de schoonheidsklinieken. We kunnen pogen om de activiteit te reglementeren door de toepassing van artikel 37ter van het KB nr. 78, zoals bij de tatoeage- en piercingsalons. We kunnen ook een nieuwe wetgeving invoeren die de erkenning beoogt van een nieuw type zorginstellingen.

Ik ontving vanwege de medische commissies reeds een ontwerp betreffende de schoonheidsklinieken. Het ligt nu ter studie. Ik heb een advies gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad.

(Frans) De categorie van de mondhygiënist zal als een paramedisch beroep kunnen worden aangemerkt. Daartoe is evenwel een transparante opportuniteitsstudie vereist.

08.04 Lieve Van Daele (CD&V): Het probleem ligt grotendeels bij het gebrek aan controlemogelijkheden. Heel wat schoonheidssalons maken reclame voor iets wat wettelijk niet kan. Er is een groot verschil in opleiding tussen zorgvertrekkers en artsen in ziekenhuizen enerzijds en de zorgverstrekkers in de schoonheidssalons anderzijds. Het is positief dat men op Europees én federaal vlak inzake zorgverstrekking meer aandacht krijgt voor een duidelijke wetgeving inzake opleiding, erkenning en controle.

08.05 Rita De Bont (VB): Ik had graag iets meer uitleg gekregen over het beroep van de mondhygiënist. Het verheugt mij dat de minister laat onderzoeken of er duidelijker wetgeving nodig is omtrent tandbleaching, maar omwille van het gezondheidsrisico moet er ook meer gecontroleerd worden. En er zijn niet enkel gevolgen voor de patiënt, maar ook voor het RIZIV-budget.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "namaak-Viagra" (nr. 17760)

09.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): De verkoop van geneesmiddelen via het internet kent een explosieve groei. Een en ander valt te verklaren door de zeer interessante prijzen en vooral door het feit dat men geen doktersvoorschrift nodig heeft. De koper loopt echter het risico een product in handen te krijgen dat niet de vereiste werkzame bestanddelen bevat of, erger nog, waarvan de ingrediënten schadelijk zijn voor de gezondheid.

Van Viagra, dat al jarenlang in omloop is, is nu ook een generische versie beschikbaar. Die is echter nog tamelijk duur en wordt in België alleen op voorschrift afgeleverd – een beperking die bijvoorbeeld niet geldt in Spanje. Zou het niet verkieslijk zijn om dat product een heel stuk goedkoper te maken, teneinde de gelijke toegang van onze medeburgers tot de vleselijke geneugten te waarborgen en hun gezondheid te beschermen?

Zou men hier geen otc-product van kunnen maken, eventueel na een eerste controlebezoek waarbij wordt vastgesteld of de koper in goede gezondheid verkeert?

Ik heb eens geprobeerd om via het internet vervangingsproducten voor Viagra te bestellen (www.kamagra.com). Op het einde van de bestelling geeft de website de volgende melding: "geldt als medisch voorschrift".

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Waar wordt die website gehost?

09.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): In Groot-Brittannië.

09.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik ben niet bevoegd voor een prijsdaling van Viagra. Wat de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen betreft, berust de bevoegdheid bij de minister voor Ondernemen, de heer Van Quickenborne.

Uit het oogpunt van de volksgezondheid is het onverdedigbaar om zich Viagra te verschaffen zonder voorschrift. Met betrekking tot dat geneesmiddel moeten dezelfde voorzorgsmaatregelen in acht worden genomen als voor andere geneesmiddelen, en moet men zelfs extra voorzichtig zijn. Er zijn inderdaad belangrijke contra-indicaties. In de wetenschappelijke bijsluiters van Viagra wordt dat trouwens vermeld. Genot nastreven mag, maar niet tegen om het even welke prijs. Men moet ervoor waken dat men zijn gezondheid niet schaadt.

Geneesmiddelen aankopen via internet is onwettig en gevaarlijk. Er is geen enkele garantie dat men wel degelijk Viagra heeft gekocht.

09.05 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Er worden hoe dan ook geneesmiddelen via internet aangekocht. Ik verzoek u contact op te nemen met de Spaanse minister van Volksgezondheid, teneinde tot een gemeenschappelijke Europese regelgeving ter zake te komen.

Het incident is gesloten.

10 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de samenstelling van de raadgevende afdeling van het Observatorium" (nr. 17650)**

10.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Er werden al bijzondere inspanningen geleverd om tegemoet te komen aan mensen die getroffen werden door een zeldzame ziekte. De koepel van de patiëntenorganisaties die betrokken zijn bij zeldzame ziektes, is echter niet vertegenwoordigd in het op te richten Observatorium voor de chronische ziekten. Vindt de minister dat ook federaal of nationaal georganiseerde patiëntenverenigingen deel moeten kunnen uitmaken van de raadgevende afdeling van het Observatorium? Wil zij het KB in die zin aanpassen?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De raadgevende afdeling van het Observatorium voor de chronische ziekten zal bestaan uit vertegenwoordigers van representatieve patiëntenverenigingen en van de verzekeringsorganisaties. Deze koepels werden gekozen met het oog op een zo volledig mogelijke vertegenwoordiging van de verschillende types of groepen van ziektebeelden. Het KB bepaalt bovendien dat de leden van het Observatorium experts en vertegenwoordigers van specifieke verenigingen kunnen uitnodigen al naargelang van het behandelde onderwerp. De vertegenwoordiging van patiënten die lijden aan een zeldzame ziekte, is in dit systeem gewaarborgd. Daarom is het volgens mij niet noodzakelijk om de samenstelling van de raadgevende afdeling te wijzigen. Met het oog op een betere coherentie van de acties ten bate van de chronisch zieken, zal ik de samenwerking en de communicatie stimuleren tussen het Observatorium en de andere belanghebbende organen.

Het incident is gesloten.

11 **Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de Q-koorts" (nr. 17779)**

11.01 **Olivier Destrebecq** (MR): Men heeft u al over dit onderwerp ondervraagd. Als gevolg van onze manier van werken kan ik u echter pas vandaag mijn vraag stellen.

Q-koorts is een besmettelijke ziekte die op de mens kan worden overgedragen. Ze komt met name voor bij huisdieren, en veroorzaakt ontstekingen van de longen en het hart.

De ergste gevallen kunnen fataal aflopen. Sinds 2007 zijn er in Nederland 11 mensen aan die ziekte overleden. Dit jaar werden er in Vlaanderen 19 mensen met Q-koorts besmet. Deze ziekte verdient dan ook onze bijzondere aandacht.

Zal u specifieke maatregelen treffen? Zouden er geen preventie- en beschermingsmaatregelen moeten worden opgelegd?

11.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Op een vergadering op 10 december 2009, die werd voorgezeten door minister-president Peeters, kwam men tot het besluit dat de situatie met betrekking tot de Q-koorts voorlopig onder controle is. Wegens de toestand in Nederland is echter een verhoogde waakzaamheid geboden. Daarom hebben we de bevoegde diensten op het vlak van volksgezondheid en diergeneeskunde gevraagd de situatie van nabij te volgen.

In december 2009 heb ik de Hoge Gezondheidsraad om dringend advies verzocht. Op 23 december werd een algemene vergadering van de taskforce georganiseerd, omdat het FAVV een mededeling moest verspreiden naar aanleiding van de resultaten van een monitoring in de geitenbedrijven. Minister Laruelle kan u daarvan de resultaten bezorgen. Tijdens die vergaderingen legde het Agentschap voor Geneesmiddelen uit wat de mogelijkheden zijn met betrekking tot de vaccinatie van de geiten. Het vaccin wordt geëvalueerd en de resultaten zouden tegen juni 2010 bekend moeten zijn. In afwachting wordt er momenteel een voorlopige vergunningsaanvraag behandeld. Wetenschappelijke instellingen werd gevraagd alle nuttige informatie over te zenden. Dat is op 8 januari 2010 gebeurd.

Wat de vaccinatie betreft, zou de fabrikant de volledige beschikbare voorraad voorbehouden voor Nederland, waar de dreiging acuut is. Er kunnen natuurlijk akkoorden worden gesloten.

11.03 **Olivier Destrebecq** (MR): Kreeg u al een reactie van de Hoge Gezondheidsraad?

11.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Neen, nog niet!

Het incident is gesloten.

12 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van medisch noodzakelijke tandheelkundige ingrepen" (nr. 17792)**

12.01 **Luc Goutry** (CD&V): Meestal wordt het plaatsen van tandimplantaten niet terugbetaald omdat men er vanuit gaat dat het om een esthetische ingreep gaat. Soms zijn ze echter medisch noodzakelijk na een ernstige ziekte. Dergelijke tandimplantaten zorgen bij sommige mensen voor een enorme rekening. Is de minister het ermee eens dat uitneembare prothesen bij extreem botverlies zouden moeten worden terugbetaald? Wat zou hiervan de budgettaire weerslag zijn?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het gebruik van tandimplantaten bij patiënten met een beperkte retentie van de gebitsprothese aan het kaakbot, is vaak geen luxe, maar pure noodzaak. Op 1 mei 2009 werd een eerste stap gezet ter vergoeding van de behandeling. Rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden, werden twee verstrekkingen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen opgenomen. Een eenmalige verzekeringstegemoetkoming kan dus onder strikte voorwaarden. Op voorwaarde van een budgettaire marge, wordt de maatregel in de toekomst uitgebreid tot alle rechthebbenden ouder dan 50 jaar. Die uitbreiding zou net geen 13 miljoen euro kosten.

12.03 **Luc Goutry** (CD&V): Er is ook een groep van erg jonge mensen die door ernstige ziektes hun tanden verliezen en met enorme kosten opgezadeld worden. Ik vraag mij af of het Bijzonder Solidariteitsfonds voor hen een oplossing zou kunnen bieden.

12.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat hangt enkel van de beschikbare middelen af. Ik verdedig mijn begroting zoveel ik kan, dat is niet altijd gemakkelijk, zelfs ten aanzien van mijn partners.

12.05 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik moet elke dag pijnlijke keuzes maken.

12.06 Luc Goutry (CD&V): De gevallen waarover ik het heb, zijn zo zeldzaam dat er geen budgettair probleem voor de overheid kan zijn. Misschien kan het in de overeenkomstencommissie met de tandartsen verder worden behandeld.

12.07 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Als ik de mogelijkheid heb, zal ik het doen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 17836 van mevrouw Ine Somers wordt ingetrokken.

13 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de nieuwe technieken voor de behandeling van hartfalen" (nr. 17832)

13.01 Maggie De Block (Open Vld): In het *European Journal of Heart Failure* lees ik dat België achterblijft in het gebruik van nieuwe types pacemakers en implanteerbare defibrillatoren bij het behandelen van hartfalen. Nochtans zijn deze nieuwe technologieën gekend door onze artsen én aanwezig in onze ziekenhuizen. Dat wij achterop geraken zou veeleer te wijten zijn aan het beleid.

Hoe reageert de minister op onze slechte score? Wat zijn de gevolgen voor de volksgezondheid? Tijdens vorige besparingsrondes inzake deze technologieën deed de industrie alternatieve besparingsvoorstellen. Waarom werd daarop niet ingegaan?

13.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): In het artikel in kwestie wordt geen onderscheid gemaakt tussen primo implantaties en vervangingen. Dit kan een vertekend beeld geven, want enkel de primo implantaties zijn hier belangrijk. Volgens het bewuste artikel werden in 2008 in België per miljoen inwoners 112 inwendige defibrillatoren (ICD's) ingeplant, maar volgens de cijfers van het RIZIV zijn dat er 146. Dat laatste cijfer brengt ons op een niet onaardige vijfde plaats in Europa. Bovendien worden in België voor de ICD's en de pacemaker defibrillator (CRTD's) Europese richtlijnen gehanteerd in de overeenkomst die de terugbetalingen bepaalt. Het kenniscentrum bereidt een studie voor over de plaats van alle diverse technologieën in de behandeling van hartfalen.

De huidige terugbetalingcriteria voor implantaten voorzien in een specifieke terugbetaling voor beperkte klinische toepassing. Die zogenaamde categorie 5 laat toe om nieuwe technieken gedurende een evaluatieperiode op te nemen voor terugbetaling. CRTD wordt al vergoed via de revalidatieovereenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren. Aangezien het kenniscentrum een studie uitvoert over *cardiac resynchronization therapy* (CRTP) is het aangewezen daarvan het resultaat af te wachten vooraleer in terugbetaling te voorzien.

Het debat over deze technieken is nog volop aan de gang. Ik zal na afloop van de studie van het kenniscentrum het advies vragen van het College van het zorgprogramma cardiale pathologie.

13.03 Maggie De Block (Open Vld): Dat het College van het zorgprogramma cardiale pathologie advies geeft, is zeker nuttig. De minister moet erover waken dat de bevolking kan worden behandeld volgens de meest actuele stand van de wetenschap.

Het incident is gesloten.

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Martine De Maght** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de geplande controles in het kader van de nieuwe wetgeving rond het rookverbod" (nr. 17881)

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het rookverbod in de eetcafés"

(nr. 18106)

- mevrouw Ilse Uyttersprot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het amateurisme bij het callcenter rookverbod horeca van de FOD Volksgezondheid" (nr. 18160)
- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de toepassing van de wet betreffende het rookverbod in de horeca" (nr. 18165)
- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de tegenstrijdige adviezen van het callcenter van de FOD Volksgezondheid omtrent het rookverbod in de horeca" (nr. 18204)
- mevrouw Carine Lecomte aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de informatie over de wetgeving inzake het rookverbod in de horeca" (nr. 18207)
- mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de controles op de nieuwe rookwetgeving in de horeca" (nr. 18240)

14.01 Martine De Maght (LDD): De minister meldde dat de FOD Volksgezondheid en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV) in het eerste kwartaal van 2010 10.000 controles op het rookverbod zouden uitvoeren, vooral in de centrumsteden. De volgende negen maanden zouden er nog eens 10.000 controles volgen. Ik heb al meermaals gevraagd op welke basis die controles zullen plaatsvinden. Er werd niet in een overgangperiode voorzien om toelichting te kunnen geven bij de nieuwe wetgeving.

Inmiddels blijkt dat cafébazen die naar het callcenter bellen, dat sinds januari ter beschikking is, vaak tegenstrijdige informatie krijgen. Hoeveel mensen werken in dat callcenter en waarom zijn zij blijkbaar onvoldoende op de hoogte van de wet? Hoe zal de minister de problemen in het callcenter verhelpen? Welke gevolgen zal dit hebben voor de aangekondigde controles? Zullen er boetes en andere straffen worden opgelegd of komt er toch nog een overgangperiode met duidelijke communicatie over wat de overheid van de horeca-uitbaters verwacht?

14.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Ik heb dezelfde vragen. Het callcenter zaait verwarring over wat beschouwd wordt als eten en wat als drinken. Welke maatregelen zal u nemen? Hoe verlopen de controles op de correcte toepassing van de wet?

14.03 Carine Lecomte (MR): Het callcenter beantwoordt niet aan de verwachtingen van de caféhouders. Welke voedingsmiddelen mag men serveren in gelegenheden waar er gerookt wordt? Het onderscheid tussen wat er verkocht en wat er aangeboden wordt, zou een criterium kunnen zijn.

14.04 Sarah Smeyers (N-VA): Volgens berichten in de media wordt het rookverbod in de horeca goed nageleefd. Wordt dit bevestigd door de minister? Hoeveel controles gebeurden er al en waar? Wat zijn de meest voorkomende overtredingen en wat de meest gehoorde vragen van de uitbaters? Hoe evalueren de controleurs de situatie? Zijn er veel eetcafés biercafés geworden? Zijn er op dit vlak regionale of lokale verschillen te merken?

14.05 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Kritiek geven is gemakkelijk. Ik wil de medewerkers van het callcenter persoonlijk voor hun inzet danken. De wet werd pas op 17 december aangenomen en is al op 1 januari in werking getreden. Het was dus niet gemakkelijk. Sommigen hadden er plezier in de meest complexe vragen te stellen om het callcenter er vervolgens van te kunnen beschuldigen dat het geen precieze antwoorden kon geven. Op een website staan de antwoorden op de vaakst gestelde vragen. Er bestaat een e-mailadres en er is een callcenter. De beroepsfederaties werden daarvan op de hoogte gesteld. We hebben de sector ook gevraagd voorzichtig met investeringen om te springen, omdat het algemeen verbod op 1 januari 2010 en 1 juli 2014 in werking treedt.

(Nederlands) In samenwerking met de inspectiediensten werd afgesproken dat de controles tijdens de drie komende maanden informatief en communicatief zouden zijn. Bij de eerste controles bleken de meeste horecazaken reeds goed op de hoogte van de nieuwe wetgeving, ook al bleven er nog vragen. Daarom zullen

de controlediensten een overgangperiode respecteren. De uitbaters die niet in regel zijn, krijgen een waarschuwing en een termijn om hun zaak in orde te brengen. Deze overgangsregels gelden uiteraard niet voor de horecazaken die reeds langer betrokken partij zijn bij de antitabakwetgeving.

De ambtenaren die in het callcenter werken, kregen bij het begin van het jaar een opleiding waardoor zij op de meeste vragen correct kunnen antwoorden. Ik ontken echter niet dat de – opzettelijk – complexe en tot interpretatie leidende vragen die het NSZ stelde tijdens de eerste werkingsuren, tot de nodige verwarring hebben geleid.

Sinds die beginperiode en de fouten zijn er extra informatierondes gehouden. De lijst met FAQ's en de lijst van voedingswaren die in drankgelegenheden toegestaan zijn, worden constant bijgewerkt en aan de operatoren meegedeeld. Zij worden ook verzocht om delicate vragen in geval van twijfel aan de experts te bezorgen.

(Frans) Een wetgeving die in uitzonderingen voorziet, leidt per definitie tot uiteenlopende interpretaties. De enige manier om dergelijke problemen te voorkomen is de invoering van een totaalverbod. Dat principe werd ook goedgekeurd.

Het is nog te vroeg voor een gedetailleerde evaluatie. Die zal gebeuren nadat de controleurs drie maanden op pad zijn geweest.

Ik wil ook vragen dat men geen klimaat van haat zou creëren ten aanzien van de controleurs, die soms in moeilijke omstandigheden moeten werken, maar die hun werk op een respectvolle en objectieve manier uitvoeren. U hebt een en ander zelf kunnen vaststellen toen vorige week zeven televisie- en radioploegen onze controleurs hebben vergezeld.

De FOD organiseert ook regelmatig opleidingen om de controleurs op alle mogelijke situaties voor te bereiden.

Er werd beslist om gedurende de eerste drie maanden preventieve controles uit te voeren op de toepassing van de nieuwe wetgeving, zodat de sector over een redelijke termijn beschikt om de nodige aanpassingen te doen.

Niettemin heeft iedereen er belang bij om zich naar de nieuwe wetgeving te schikken, aangezien de controleurs niet aankondigen wanneer de volgende controle zal plaatsvinden. We zullen streng optreden ten aanzien van horeca-inrichtingen die nog steeds niet in orde zijn met de oude regelgeving, die al sinds 1990 van kracht was.

Zoals u weet vallen eventuele kostenverlagende maatregelen ten behoeve van de horeca buiten mijn bevoegdheid.

14.06 Martine De Maght (LDD): We hadden toch beter vooraf in een overgangsperiode voorzien. Het is echt jammer dat de minister de datum van inwerkingtreding niet heeft uitgesteld. De minister zal het Parlement over drie maanden inlichten. Gaat het dan alleen over de overgangsperiode of krijgen we dan een ruimer beeld van de toepassing van het rookverbod?

14.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Dat er een overgangsperiode geldt, daar kunnen we in komen, maar er moet snel werk gemaakt worden van controles en eventuele sancties.

14.08 Carine Lecomte (MR): Ik zou hier uitdrukking willen geven aan de verwarring van de caféhouders, die niet meer weten welke etenswaren ze nu al dan niet nog mogen aanbieden. Zo mogen ze geen ijsjes meer verkopen, maar mag een milkshake met ijs dan nog wel?

14.09 Sarah Smeyers (N-VA): Ik vind het vreemd dat we nu een informatieronde van drie maanden moeten houden, terwijl de wet al wel in werking is getreden. De controlediensten moeten zeker ook een tweede bezoek brengen. De horecazaken die de wet naleven, storen zich aan de zaken die dat niet doen. Er is blijkbaar nog altijd onduidelijkheid over de toepassing van de wet. Een algemeen rookverbod ware beter geweest.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.40 uur.

La réunion publique est ouverte à 10 h 29 par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente.

01 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le dépistage précoce du diabète de type 1 et le financement du Registre Belge du Diabète" (n° 17092)

01.01 Maggie De Block (Open Vld): En Belgique, on recense tous les ans environ dix nouveaux patients diabétiques de type 1 de moins de 40 ans pour 100 000 habitants. Chez les enfants de moins de 10 ans, le nombre de nouveaux cas a doublé en quinze ans. Le Registre Belge du Diabète procède à une collecte systématique de données confidentielles sur les diabétiques de moins de 40 ans et sur leurs parents. En outre, il est procédé à des évaluations de risques afin d'augmenter l'efficacité de la thérapie.

De plus, une attention particulière sera prêtée aux parents au premier degré des patients. En Belgique, beaucoup de recherches sont menées dans le but de traiter le diabète ou d'en ralentir l'évolution. Aussi un dépistage précoce du diabète de type 1 revêt-il une importance majeure. C'est la raison pour laquelle les endocrinologues belges préconisent que l'on collecte davantage de données épidémiologiques relatives aux patients de plus de 40 ans et qu'un dépistage du diabète de type 1 soit effectué chez les groupes à risque.

Un projet axé sur le diabète gestationnel existe déjà et il serait judicieux de lancer aussi un projet axé sur les autres groupes à risque. La ministre est-elle convaincue de l'utilité d'un programme de dépistage à l'intention de tous les groupes à risque? Est-elle disposée à prévoir un financement suffisant pour ce projet en concertation avec les Communautés et les Régions?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Le test de dépistage du diabète de type 1 vise actuellement les personnes présentant un risque familial, les jeunes obèses et les femmes enceintes. Aucune recommandation internationale ne concerne la détection du diabète de ce type. De plus, l'intérêt d'un dépistage précoce n'a jamais été scientifiquement démontré pour d'autres groupes cibles. Les tests cliniques réalisés pour le Registre Belge du Diabète sont en partie financés par le Fonds de la Recherche scientifique. Le coût logistique est notamment supporté par le gouvernement flamand, et la Communauté française apportait également son soutien jusqu'il y a quelques années. Étant donné l'utilité de ce registre et la fin des subventions accordées par le gouvernement flamand, annoncée pour cette année, je proposerai à la conférence interministérielle de créer un groupe de travail sur le sujet.

01.03 Maggie De Block (Open Vld): Il existe assurément des méthodes pour effectuer des dépistages chez les enfants de cinq à dix ans avant l'apparition du diabète de type 1. Je ne puis accepter que la ministre ait apparemment entendu que la science ne le permettrait pas encore à l'heure actuelle. La création d'un groupe de travail sur le financement futur témoigne d'un sens aigu des responsabilités. Quand cette conférence interministérielle aura-t-elle lieu?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Je pense qu'elle aura lieu au mois de mars. Tous les aspects pourront être abordés au sein du groupe de travail.

01.05 Maggie De Block (Open Vld): Je suppose qu'en ce qui concerne la scission du Fonds national de la recherche scientifique en une branche flamande et une branche francophone, un règlement financier sera élaboré.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les pollutions intérieures et la collaboration avec les Régions" (n° 17473)

02.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Le site www.airinterieur.be, mis en ligne par le SPF

Santé publique, prodigue des conseils à caractère préventif concernant les pollutions intérieures. Quel service est-il à l'origine de cette campagne? Quelles en ont été les motivations?
Quelle collaboration avez-vous mise en place avec les Régions, également compétentes en la matière?

Pourquoi le site ne parle-t-il pas du plomb, ni du rayonnement électromagnétique?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Ce site n'est qu'un élément de la campagne "L'air de votre maison a besoin d'être nettoyé", mise en œuvre par le service "Politique des produits" de la direction générale Environnement du SPF Santé publique.

À l'origine, cette campagne est une initiative de mon collègue M. Magnette, par ailleurs président de la CIMES (Conférence interministérielle mixte de l'Environnement élargie à la Santé).

Les motivations de cette initiative se trouvent dans le plan d'actions 2009-2012 "Contribution fédérale à la lutte contre la pollution de l'air". Diverses études fédérales ont conduit à l'introduction d'un volet "Intérieur" dans le plan "Air".

Un renouvellement de l'air des locaux de vie n'est pas toujours approprié. Le risque encouru lors de l'exposition aux émissions, notamment des produits, n'a pas encore été évalué. Une campagne ciblée sur la problématique du renouvellement de l'air a donc été envisagée pour rappeler les bonnes pratiques liées à l'usage des produits de consommation.

Les problèmes liés aux peintures au plomb et aux ondes électromagnétiques ne peuvent être solutionnés par l'aération.

Les appareils qui émettent des ondes électromagnétiques pourront éventuellement faire l'objet de campagnes ultérieures. La mise sur le marché de peintures contenant du plomb est déjà interdite par le règlement REACH.

La campagne, lancée par la DG Communication externe du SPF Chancellerie du premier ministre, a été réalisée par l'agence Leo Burnett. La population a été informée de l'existence du site www.airinterieur.be par différents moyens: des visuels dans la presse hebdomadaire, des bandes d'information sur différents sites, des actions en collaboration avec l'ONEm et les chèques-services, un quiz internet, un dossier écologique, des communiqués à la presse, des articles et interviews radio, etc.

Nous ne disposons pas encore d'une évaluation complète de la campagne, qui a eu lieu du 22 septembre 2009 à fin octobre.

La collaboration avec les Régions se fait via la Conférence interministérielle et, en ce qui concerne les normes de produits, via la Conférence interministérielle Environnement. Les actions fédérales sont consécutives aux travaux réalisés dans le cadre du Plan d'action national Environnement-Santé.

Régions, Communautés et État fédéral donnent les suites qu'ils jugent nécessaires à ces projets. L'État fédéral va rappeler les règles qui permettent de réduire les risques liés à des produits mis sur le marché en Belgique.

Il n'existe, à ce jour, aucun cadre légal européen qui fixe des critères de santé pour l'air intérieur. L'établissement de normes de produits contraignantes doit s'appuyer sur des dossiers scientifiques et techniques, au cas par cas. C'est un processus de longue haleine.

02.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je suis heureuse de découvrir l'ampleur de cette campagne.

Les pollutions électromagnétiques ne sont pas négligeables, et nous souhaiterions que l'on organise une campagne sur l'utilisation des équipements à l'intérieur des maisons.

L'enquête réalisée séparément par la Région wallonne et la Région flamande dans les crèches a permis de détecter des débris de peintures au plomb encore présents dans pas mal de bâtiments. Les petits enfants

mettent leurs doigts partout, c'est pourquoi ce problème ne doit pas être considéré comme résolu.

L'incident est clos.

03 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la création d'une structure tripartite pour élaborer les recommandations de prescription des médicaments" (n° 17239)

03.01 Daniel Bacquelaine (MR): L'arrêté royal d'exécution nécessaire à la création, dans le cadre de la loi portant dispositions diverses du 8 juin 2008, de la structure tripartite (médecins, mutualités et associations scientifiques) chargée de préparer les recommandations de prescriptions des médicaments utiles pour le traitement de l'asthme et de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BCPO), classés au chapitre II, n'a pas encore été pris.

Où le dossier en est-il? Qu'est-ce qui justifie ce retard? Quand la structure tripartite sera-t-elle créée?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Après que de nombreux médecins ont soulevé la difficulté d'application de l'arrêté royal fixant les modalités de remboursement des médicaments asthme-BCPO au sein du chapitre II, j'ai suspendu les mesures de contrôle a posteriori en attendant la mise en place du nouveau système comprenant un groupe de travail tripartite chargé d'étudier au préalable toute décision relative au passage de médicaments de la classe IV à la classe II.

J'ai demandé à l'INAMI de modifier les articles 79*bis* et *ter* de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 et l'arrêté royal du 30 décembre 2005 de façon, d'une part, à établir une distinction claire entre les recommandations et les conditions de remboursement des spécialités transférées du chapitre IV au chapitre II et, d'autre part, à créer ce groupe de travail tripartite au sein de la Commission de remboursement des médicaments.

Le projet d'arrêté a été transmis à l'Inspection des finances, qui s'est interrogée sur la neutralité budgétaire de l'opération; il a reçu l'accord du Budget et a été soumis au Conseil d'État, dont j'attends l'avis courant janvier.

03.03 Daniel Bacquelaine (MR): Je me réjouis d'apprendre que cet arrêté sera publié rapidement, surtout au regard de l'attractivité de la médecine générale, qui peut être compromise par la charge administrative et l'ambiance parfois délétère en matière de contrôle.

Le **président**: Comme Mme De Maght n'est toujours pas présente, nous supprimons sa question n° 17323.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la situation des victimes de la thalidomide" (n° 17476)

04.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): En 1962, on a retiré de la vente le Softenon (thalidomide) – médicament prescrit aux femmes enceintes pour éviter les nausées - suite au constat de malformations chez les nouveau-nés.

À l'heure actuelle, on ignore le nombre exact de victimes de la thalidomide en Belgique, aucun recensement n'ayant été réalisé, ce qui implique qu'aucune catégorie en matière de handicap n'a été clairement définie en ce qui les concerne. Il est donc difficile de leur réserver un traitement spécifique.

Par ailleurs, un arrêté royal du 13 février 2005 interdit l'importation, la cession et la délivrance de médicaments contenant de la thalidomide, sauf dans le cadre de la mise en application d'un programme de gestion des risques liés à son utilisation.

N'est-il pas urgent d'opérer un recensement des victimes de la thalidomide afin d'établir une classification des thalidomidiens, de préciser leur statut et de leur proposer une aide? En outre, pourrait-on envisager une indemnité plus importante permettant de recevoir une aide adaptée aux besoins, qui puisse même devenir quasi-permanente, d'autant plus que les indemnités sont réduites à 65 ans alors que le vieillissement des victimes ne fait qu'augmenter leur dépendance?

À l'image de la Grande-Bretagne, l'État belge peut-il reconnaître ses erreurs dans l'appréciation des risques à l'époque, comme le demandent les victimes – une association s'étant récemment constituée?

Enfin, en ce qui concerne l'arrêté royal du 13 février 2005, quelle est l'importance des importations encore autorisées, pour quelles maladies utilise-t-on ces médicaments et comment assure-t-on cette maîtrise des risques demandée dans l'arrêté royal? Au niveau international, ne pourrait-on pas tenter d'arrêter la prolifération de cette molécule ou trouver définitivement une alternative?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je suis en contact avec cette association, avec qui je souhaite continuer à travailler.

L'arrêté royal du 13 février 2005 permet l'application d'un programme de gestion de risques extrêmement strict, dans le but d'assurer que le médicament est utilisé à bon escient, que tous les acteurs sont bien en possession de l'information nécessaire et que toutes les précautions sont prises pour exclure toute grossesse.

Il faut souligner que cette dérogation existe déjà depuis 1990, quand il est apparu que la thalidomide pouvait constituer un traitement alternatif efficace lors d'échecs thérapeutiques pour une série de maladies.

Jusque là limitée à quelques dizaines de cas, l'utilisation de la thalidomide a connu un essor assez important quand il a été démontré qu'elle pouvait être importante dans le traitement du myélome multiple.

En ce qui concerne cette indication, la firme Celgene a obtenu en avril 2008 une autorisation de mise sur le marché au niveau européen du médicament thalidomide Celgene 50 mg, sous condition de mise en place d'un programme de gestion des risques qui prévoit notamment la mise en place d'un système de distribution contrôlée du médicament et la mise à disposition d'informations à destination des professionnels de la santé et des patients. Les professionnels de la santé doivent notamment veiller à ce que leurs patients utilisent des mesures de contraception, le cas échéant.

À la suite du procès de la thalidomide, qui a pris fin en Allemagne en 1970, un plan d'indemnisation des victimes de la thalidomide a été mis en place par la firme. Cela dit, je veux travailler à l'élaboration d'un système qui permette de rendre justice à ces victimes qui ont subi le retrait d'autorisation tardif.

04.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je ne peux pas personnellement me prononcer sur la pertinence de l'utilisation de cette molécule dans le cadre très strict que vous avez décrit. Dans la mesure où il n'y a pas d'alternative, peut-être est-il en effet encore opportun de l'utiliser.

Par ailleurs, votre réponse n'est pas très claire sur les possibilités de reconnaître l'erreur. L'Angleterre l'a fait sous la pression d'une fondation créée par les parents des victimes. C'est très récent mais je crois que c'est en raison du fait que ces victimes atteignent un certain âge et qu'elles ont besoin de soutien. Nous devrions nous diriger dans cette voie.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): À l'instar de ce qui s'est passé en Angleterre, je voudrais qu'il y ait une solution immédiate pour les victimes. Nous y travaillons.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'application du MAF 'malades chroniques' pour les patients atteints de démence" (n° 17492)

05.01 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Le nouveau système de maximum à facturer pour les maladies chroniques ne se fonde pas sur les pathologies. Tout patient ayant acquitté 450 euros au moins en ticket modérateur au cours des deux dernières années peut bénéficier d'une intervention. Autrement dit, seuls les soins médicaux remboursés entrent en considération. Les patients souffrant de démence, maladie chronique reconnue, n'atteignent pas toujours le plafond du maximum à facturer car les frais supportés sont essentiellement non médicaux.

Combien de patients souffrant de démence sont susceptibles de bénéficier du maximum à facturer? Un geste en faveur des patients n'entrant pas en considération est-il malgré tout envisageable?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Le montant des tickets modérateurs constitue l'unique critère pour pouvoir bénéficier du maximum à facturer pour les malades chroniques. Cette mesure n'est pas fondée sur des affections spécifiques, de sorte qu'un groupe d'ayant droits le plus large possible puisse en bénéficier. Dans le régime de l'assurance obligatoire, les remboursements sont également effectués par prestation et pas par affection. Par conséquent, il n'existe pas de chiffres concernant le nombre d'ayants droit à la facture maximale pour les malades chroniques par affection.

Une mesure est actuellement en préparation concernant un statut pour les malades chroniques. Les experts de l'INAMI mettent la dernière main à un modèle qui tient compte des remarques d'un groupe de travail de 2009. Mes services attendent, avant la fin de ce mois-ci encore, la version définitive des critères d'identification.

05.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Il est à espérer que ce statut englobera aussi les patients déments.

05.04 Luc Goutry (CD&V): J'ai quand même du mal à imaginer que tous les patients souffrant d'une maladie chronique pourront systématiquement bénéficier du maximum à facturer! Ce serait intenable!

05.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je souhaiterais que le statut de malade chronique puisse être attribué aussi aux personnes atteintes d'une maladie rare, orpheline ou incurable et dégénérative, telle l'Alzheimer. Ceci fait actuellement l'objet d'un débat au sein de l'INAMI. J'attends les conclusions du groupe de travail.

05.06 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Espérons que le nouveau statut tiendra compte des patients souffrant d'une maladie de longue durée dont le coût varie en fonction de la phase d'évolution de la maladie, comme c'est le cas pour la démence par exemple.

L'incident est clos.

06 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la position du ministre de la Santé suédois en matière de don du sang des homosexuels" (n° 17581)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): "Ostraciser" les homosexuels du don de sang semble continuel. Concernant la problématique de la grippe, vous aviez prévu l'intensification du don de sang, tout en excluant la possibilité pour les homosexuels de donner leur sang. On est loin de l'époque où la gauche de la gauche menait les réformes puisque c'est le gouvernement suédois de centre-droit qui a décidé de faire bouger les choses.

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Le gouvernement de gauche espagnol les a fait bouger avant lui!

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Le ministre suédois de la Santé et des Affaires sociales, Göran Hägglund, vient de lever le refus de don sang pour les homosexuels. Il exige cependant une absence de relation avec un homme ou une femme pendant l'année précédant le don de sang. Nous tournons donc bien en rond!

Je ne conteste pas que les pratiques homosexuelles soient, pour certaines d'entre elles, potentiellement plus contaminantes. Le problème est que ces pratiques ne sont pas spécifiquement homosexuelles. Le débat porte sur une différence d'approche entre "groupe à risque" et "comportement à risque".

On souligne un maintien, voire une progression des contaminations, particulièrement dans la population homosexuelle. N'est-ce pas tout simplement parce que les campagnes de prévention, dont la forme a progressé avec le temps, sont insuffisantes? Car le fait de considérer que le don de sang d'un homosexuel est potentiellement plus risqué que celui d'un autre citoyen semble relever d'une bien piètre considération de l'esprit civique des donneurs de sang homosexuels.

Il faut trouver un moyen entre les différents organes de pouvoir, depuis les Régions jusqu'à l'Europe, pour améliorer considérablement le contenu et le nombre de campagnes de prévention en vue d'éviter qu'il y ait des donneurs de sang, quelle que soit leur orientation sexuelle, potentiellement porteur d'une MST.

Dans la perspective de la future présidence belge de l'Union européenne, comment comptez-vous aborder le débat?

06.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Contrairement à ce que vous voulez croire, j'ai envie d'avancer dans ce dossier. La prochaine réunion des experts est prévue pour le 29 janvier 2010. Nous examinerons ce qu'ont fait mon collègue de centre-droit suédois et ma collègue de gauche espagnole. J'espère faire à court terme des propositions, tout en respectant la sécurité des dons de sang

06.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je ne doute pas qu'à titre personnel vous en ayez envie mais, parfois, je souhaiterais faire avancer plus vite votre envie!

L'incident est clos.

07 Question de M. Jacques Otlet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'information aux patients des jours et heures d'adhésion aux conventions des dispensateurs de soins" (n° 17675)

07.01 Jacques Otlet (MR): Il arrive que des médecins établissent, pendant des heures durant lesquelles ils ne sont pas conventionnés, le protocole relatif à un acte technique médical, ce qui leur permet de réclamer des honoraires supplémentaires.

L'article 50, § 3bis de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire "soins de santé et indemnités" prévoit que les honoraires ne peuvent pas dépasser les tarifs conventionnés, si le bénéficiaire n'en a pas préalablement été informé.

Vous avez récemment précisé que le Roi peut fixer les règles d'application relativement à l'information que les dispensateurs de soins doivent communiquer aux bénéficiaires sur le fait qu'ils aient ou non adhéré aux accords ou conventions qui les concernent.

Avez-vous prévu des dispositions précises et concrètes imposant l'information aux patients, dès la prise de rendez-vous téléphonique, en particulier pour les actes techniques?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je n'ai encore déposé aucun projet d'arrêté visant à fixer des règles d'application plus précises en tenant compte, notamment, des spécificités des lieux de prestation ou des catégories de prestataires.

L'article 50, § 3 et § 3bis de loi Santé s'impose déjà aux prestataires ou établissements visés par ces dispositions. Il en sera de même très prochainement pour l'article 73 nouveau.

L'article 50 paragraphe 3bis impose, à charge de l'établissement hospitalier, une information préalable et expresse du bénéficiaire. À défaut d'une telle information, la consultation ne peut être facturée qu'au tarif fixé par la nomenclature. En cas de contestation par le bénéficiaire, c'est à l'établissement hospitalier qu'il revient

de prouver qu'il a bien rempli cette obligation d'information.

L'accord national médico-mutualiste 2009-2010 prévoit, outre la volonté de promouvoir une information la plus claire et complète envers les parties intéressées, une adaptation de la loi AMI afin de permettre un affichage clair et adapté du statut du médecin quant au fait qu'il ait adhéré complètement, partiellement ou pas à l'accord, ainsi que les périodes de conventionnement.

L'article 73 prévoit désormais la possibilité de fixer des modalités spécifiques outre l'affiche claire et visible. Je vais demander à l'INAMI d'étudier cette question et de me proposer des solutions pratiques.

L'incident est clos.

08 Questions jointes de

- **Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le blanchiment des dents dans les salons de beauté" (n° 17680)**

- **Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le blanchiment des dents en dehors des cabinets dentaires" (n° 17736)**

08.01 Lieve Van Daele (CD&V): Le *Verbond van Vlaamse Tandartsen* (VVT – syndicat des dentistes flamands) a déjà déposé plusieurs plaintes contre les salons de beauté qui blanchissent les dents, car selon ce syndicat, le blanchiment des dents relève d'une intervention chirurgicale. Le ministre a-t-il déjà pris des mesures pour mettre fin à cette dispute de longue date? A-t-il connaissance de plaintes concernant des traitements pratiqués dans les salons de beauté qui auraient mené à des dommages pour la santé?

08.02 Rita De Bont (VB): Le VVT estime, avec raison, que le blanchiment des dents ne peut être effectué que par un médecin ou un dentiste diplômé parce qu'il peut, en effet, entraîner des problèmes pour la santé ou la santé des dents. Les centres de beauté objectent qu'ils confient la réalisation de ces traitements à des hygiénistes dentaires formés alors que cette profession n'est pas encore reconnue en Belgique. Les hygiénistes dentaires – qui ne sont pas reconnus en Belgique – peuvent-ils effectuer ces traitements? Des discussions sont en cours sur la reconnaissance de la profession d'hygiéniste dentaire. Ne serait-il néanmoins pas recommandé qu'ils travaillent sous la surveillance ou la responsabilité d'un médecin ou d'un dentiste?

08.03 Laurette Onkelinx, ministre (en français): La définition de l'art dentaire est incluse dans l'article 3 de l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934.

(En néerlandais) Sur pied de l'article 3 de l'arrêté royal n° 78, nul ne peut exercer l'art dentaire s'il n'est porteur du diplôme de licencié en science dentaire. Plusieurs centres de blanchiment dentaire ont déjà été condamnés pour exercice illégal de l'art dentaire. Ainsi, seul un dentiste peut prendre des empreintes. L'article premier de la loi d'avril 1958 dispose que nul ne peut se livrer directement ou indirectement à quelque publicité que ce soit en vue de soigner ou de faire soigner par une personne qualifiée ou non les affections, lésions ou anomalies de la bouche et des dents.

Le Comité scientifique des produits de consommation de la Commission européenne a formulé plusieurs avis détaillés concernant l'utilisation du dentifrice, des bains de bouche et des produits de blanchiment dentaire.

D'un point de vue légal, l'Europe considère les produits contenant moins de 0,1 % de peroxyde d'hydrogène utilisés pour le blanchiment des dents à des fins esthétiques comme des produits cosmétiques. L'utilisation de ces produits n'est pas exclusivement réservée aux dentistes. Cette matière est régie par une directive d'octobre 1997, qui prévoit une concentration maximale de 0,1 % de peroxyde d'hydrogène pour les produits destinés au blanchiment des dents.

(En français) Des produits contenant des concentrations supérieures, et utilisés dans les salons d'esthétique,

sont présents sur le marché européen. Des discussions sont actuellement en cours au niveau européen pour réglementer cette utilisation par des modalités strictes comme l'intervention d'un dentiste pour les produits contenant plus de 0,1 % de peroxyde d'hydrogène.

(En néerlandais) Mon administration n'a pas reçu de plaintes concernant des effets indésirables pour la santé. Je ne dispose pas de chiffres sur les activités des 'cliniques esthétiques' car elles ne sont soumises à aucun agrément. Il n'existe même aucune définition de ces cliniques. Nos fonctionnaires ne possèdent par ailleurs aucune compétence de police. La Commission médicale francophone du Brabant a examiné quelques dossiers bruxellois avec l'aide de la police. En l'absence d'une liste de ces dossiers, je ne puis confirmer qu'il s'agit spécifiquement de dossiers relatifs au blanchiment des dents.

Il faut donc effectivement légiférer à propos des cliniques esthétiques. Nous pouvons tenter de réglementer l'activité en application de l'article 73ter de l'arrêté royal n° 78, comme pour les salons de tatouage et de piercing. Nous pouvons également instaurer une nouvelle législation visant à reconnaître un nouveau type d'établissements de soins.

Les commissions médicales m'ont déjà transmis un projet relatif aux cliniques esthétiques, qui est actuellement à l'étude. J'ai demandé un avis au Conseil supérieur de la santé.

(En français) Il sera possible de prévoir la catégorie des hygiénistes dentaires comme profession paramédicale. Une étude d'opportunité claire est nécessaire à cette fin.

08.04 **Lieve Van Daele** (CD&V): Le problème est dû en grande partie à l'impossibilité de procéder à des contrôles. De très nombreux salons de beauté font de la publicité pour des actes qui ne peuvent pas être posés légalement. La formation des prestataires de soins et des médecins qui travaillent dans les hôpitaux, d'une part, et celle des prestataires de soins dans les salons de beauté, d'autre part, est très différente. Il est positif qu'on accorde plus d'importance, aux niveaux européen et fédéral, à une réglementation claire en matière de formation, d'agrément et de contrôle dans le domaine de la prestation de soins.

08.05 **Rita De Bont** (VB): J'aurais souhaité avoir des précisions sur la profession d'hygiéniste dentaire. Je me réjouis d'entendre que la ministre fera examiner la nécessité de soumettre le blanchiment des dents à une réglementation plus précise, mais il convient aussi de contrôler davantage, en raison des risques pour la santé. De plus, les conséquences ne sont pas seulement observables pour les patients, mais aussi au niveau du budget de l'INAMI.

L'incident est clos.

09 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la contrefaçon du Viagra" (n° 17760)**

09.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Les tarifs très attractifs, et surtout l'absence d'exigence de prescription médicale, font exploser la vente de médicaments sur internet. Mais l'acheteur risque de se retrouver face à un produit ne contenant pas les principes actifs censés s'y trouver ou contenant des produits dangereux pour la santé.

Le Viagra, produit depuis de nombreuses années, a désormais une version générique. Mais son coût reste élevé et il faut une prescription médicale pour l'obtenir en Belgique (ce n'est pas le cas en Espagne). Au nom de l'égalité d'accès aux plaisirs charnels, et au nom de la sécurité sanitaire de nos concitoyens, ne serait-il pas préférable de faire baisser considérablement le prix de ce produit?

Ne pourrait-on, éventuellement après une première visite de contrôle garantissant la bonne santé de l'acquéreur, mettre ce produit en vente sans ordonnance?

J'ai testé la commande des substituts du Viagra par internet (site www.kamagra.com). À la fin de votre commande, ce site indique que "ceci vaut prescription médicale".

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): C'est un site de quelle origine?

09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): C'est un site britannique.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Faire baisser le prix du Viagra n'est pas de mon ressort. Pour les médicaments non remboursés, la compétence est dans les mains du ministre des Affaires économiques, M. Van Quickenborne.

Se procurer du Viagra sans ordonnance est indéfendable en termes de santé publique. Ce médicament doit faire l'objet des mêmes mesures de précaution que les autres médicaments, voire même d'une prudence particulière. Il y a en effet des contre-indications importantes. La notice scientifique du Viagra le mentionne elle-même. Le plaisir oui, mais pas à n'importe quel prix. Attention à ne pas détruire sa santé.

L'achat de médicaments sans ordonnance par internet est illégal et dangereux. Il n'existe aucune garantie que le produit acheté soit bien du Viagra.

09.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Cette vente via internet a lieu, de toute façon. Je vous invite à prendre contact avec votre collègue espagnol de la Santé, pour aboutir à une législation commune en Europe sur cette problématique.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la composition de la section consultative de l'Observatoire" (n° 17650)

10.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Un effort particulier a déjà été consenti pour venir en aide aux personnes souffrant de maladies rares. Les hautes instances des associations de patients concernées par les maladies rares n'ont toutefois pas de rôle à jouer dans la création de l'Observatoire des maladies chroniques. La ministre estime-t-elle que les associations de patients organisées au niveau fédéral ou national doivent aussi pouvoir être représentées au comité consultatif de l'Observatoire? A-t-elle l'intention de modifier l'arrêté royal en ce sens?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): La section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques sera composée de représentants d'associations représentatives de patients et d'organisations d'assureurs. Ces organisations faitières ont été choisies afin d'assurer la représentation la plus complète possible des différents types ou groupes de pathologies. L'arrêté royal prévoit en outre que les membres de cet Observatoire peuvent inviter des experts et des représentants d'associations spécifiques selon le sujet traité. Dans ce système, la représentation des patients souffrant d'une maladie rare est garantie. C'est la raison pour laquelle il n'est pas nécessaire à mon avis de changer la composition de la section consultative. Afin d'améliorer la cohérence des actions entreprises au profit des malades chroniques, j'encouragerai la collaboration et la communication entre l'Observatoire et les autres organes intéressés.

L'incident est clos.

11 Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la fièvre Q" (n° 17779)

11.01 Olivier Destrebecq (MR): Vous avez déjà été interpellée sur le sujet. Notre mode de fonctionnement a cependant fait en sorte que ma question tombe aujourd'hui.

La fièvre Q est une maladie infectieuse transmissible à l'homme, présente notamment chez des animaux domestiques, provoquant des inflammations aux poumons et au cœur.

Les cas les plus graves peuvent être mortels. Depuis 2007, 11 personnes ont succombé à cette maladie aux Pays-Bas. Cette année, 19 personnes ont été infectées par la fièvre Q en Flandre. Cela mérite une attention particulière.

Comptez-vous mettre en place une démarche spécifique? Ne pensez-vous pas que des mesures de

prévention et de protection devraient être appliquées?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Une réunion présidée par le ministre-président Peeters a abouti, le 10 décembre dernier, à des conclusions selon lesquelles la situation relative à la fièvre Q est, pour l'instant, sous contrôle. Cependant, en raison de la situation hollandaise, une vigilance accrue est nécessaire. Aussi avons-nous demandé aux services compétents en Santé publique et en médecine vétérinaire de suivre la situation de très près.

En décembre dernier, j'ai demandé un avis en urgence au Conseil supérieur de la Santé. Une réunion générale de la task force a été organisée le 23 décembre dernier, parce que l'Afsca devait faire une communication à la suite des résultats d'un monitoring réalisé dans les exploitations avec chèvres. Mme Laruelle pourra vous en donner les résultats. Lors de cette réunion, l'agence des médicaments a expliqué les possibilités de vaccination des chèvres. Le vaccin est évalué. Un résultat est attendu pour juin 2010. En attendant, une demande d'autorisation provisoire est en cours de traitement. Des institutions scientifiques ont été invitées à transmettre toutes les informations utiles et viennent de le faire le 8 janvier.

En ce qui concerne la vaccination, il semble que le fabricant ait destiné l'entièreté du stock disponible aux Pays-Bas, menacés par un danger imminent. Des accords sont évidemment possibles.

11.03 Olivier Destrebecq (MR): Avez-vous déjà eu des réactions du Conseil supérieur de la santé?

11.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Non, pas encore!

L'incident est clos.

12 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement des interventions dentaires nécessaires sur le plan médical" (n° 17792)

12.01 Luc Goutry (CD&V): La pose d'implants dentaires n'est généralement pas remboursée parce que l'on estime qu'il s'agit d'une intervention esthétique. Toutefois, ces implants répondent quelquefois à une nécessité médicale, notamment après une maladie grave. Chez certaines personnes, ils sont très onéreux. La ministre pense-t-elle comme moi qu'il conviendrait de rembourser les prothèses amovibles en cas de perte osseuse extrêmement importante? Quelle serait l'incidence budgétaire de ce remboursement?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Il n'est pas rare que le recours à des implants dentaires chez les patients présentant une rétention limitée de la prothèse dentaire au niveau du maxillaire ne soit pas un luxe mais réponde purement et simplement à une nécessité. Le 1^{er} mai 2009, une première étape sur la voie d'une indemnisation de ce traitement a été franchie. Compte tenu des possibilités budgétaires, deux prestations ont été incluses dans la nomenclature des prestations de santé. Dans des conditions strictement définies, une intervention ponctuelle de l'assurance est donc possible. Si une marge budgétaire nous le permet, nous étendrons le champ d'application de cette mesure à tous les ayants droit de plus de 50 ans. Cette extension coûterait un peu moins de 13 millions d'euros.

12.03 Luc Goutry (CD&V): Il y a aussi un groupe de très jeunes patients qui perdent leurs dents en raison d'une maladie grave et qui doivent faire face à des frais énormes. Je me demande si le Fonds spécial de solidarité ne pourrait pas résoudre leur problème.

12.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Cela dépend juste des moyens disponibles. Je défends mon budget bec et ongles, ce n'est pas toujours facile, même vis-à-vis de mes partenaires.

12.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je suis amenée quotidiennement à opérer des choix douloureux.

12.06 Luc Goutry (CD&V): Les cas dont je parle sont tellement rares qu'ils ne sauraient constituer un

problème budgétaire pour les pouvoirs publics. Peut-être cette question pourrait-elle être traitée plus avant avec les dentistes au sein de la commission des conventions.

12.07 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je le ferai si la possibilité existe.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 17836 de Mme Ine Somers est retirée.

13 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nouvelles techniques de traitement de l'insuffisance cardiaque" (n° 17832)

13.01 Maggie De Block (Open Vld): J'ai lu dans le *European Journal of Heart Failure* que la Belgique est à la traîne en ce qui concerne l'utilisation des nouveaux modèles de stimulateurs cardiaques et de défibrillateurs implantables pour le traitement des défaillances cardiaques. Nos médecins connaissent toutefois ces nouvelles technologies et elles sont appliquées dans nos hôpitaux. Notre retard serait plutôt dû à la politique menée.

Quelle réaction ce mauvais résultat inspire-t-il à la ministre? Quelles sont les conséquences pour la santé publique? Le monde industriel a formulé des propositions d'économies alternatives dans le cadre des précédentes mesures d'économie concernant ces technologies. Pourquoi aucune suite n'y a-t-elle été réservée?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Aucune distinction n'est établie dans l'article en question entre les primo-implantations et les remplacements. Il peut en résulter une image tronquée car seules les primo-implantations importent ici. Selon l'article, on aurait implanté en Belgique, en 2008, 112 défibrillateurs internes (DCI) par million d'habitants alors que, sur la base des chiffres de l'INAMI, il s'agirait que de 146. Ce dernier chiffre nous vaut une belle cinquième place au classement européen. En outre, pour les DCI et les défibrillateurs pacemaker (CRTD), on applique en Belgique des directives européennes dans le cadre de la convention qui détermine les remboursements. Le centre d'expertise prépare une étude sur la place qu'occupent les différentes technologies dans les traitements de défaillances cardiaques.

Les actuels critères de remboursement des implants prévoient un remboursement spécifique pour des applications cliniques restreintes. Cette catégorie, dite catégorie 5, permet, en vue du remboursement, de prendre de nouvelles techniques en considération pour la durée d'une période d'évaluation. Les CRTD sont déjà remboursés par le biais de la convention de revalidation en matière de défibrillateurs cardiaques implantables. Puisque le centre d'expertise effectue une étude sur la thérapie de resynchronisation cardiaque, il s'indique d'en attendre les résultats avant de prévoir le remboursement.

Le débat sur ces techniques bat son plein. À l'issue de cette étude du centre d'expertise, je prendrai l'avis du Collège du programme de soins de pathologie cardiaque.

13.03 Maggie De Block (Open Vld): Que le Collège du programme de soins pathologie cardiaque émette un avis est certainement utile. La ministre doit veiller à ce que la population puisse être traitée conformément aux derniers progrès en médecine.

L'incident est clos.

14 Questions jointes de

- **Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les contrôles programmés dans le cadre de la nouvelle législation relative à l'interdiction de fumer" (n° 17881)**

- **Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'interdiction de fumer dans les cafés où l'on sert également à manger" (n° 18106)**

- **Mme Ilse Uyttersprot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé**

publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'amateurisme au sein du call center sur l'interdiction de fumer dans l'horeca mis en place par le SPF Santé publique" (n° 18160)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'application de la loi relative à l'interdiction de fumer dans l'horeca" (n° 18165)

- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les conseils contradictoires donnés par le call center du SPF Santé publique concernant l'interdiction de fumer dans l'horeca" (n° 18204)

- Mme Carine Lecomte à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'information sur la législation interdisant le tabagisme dans l'horeca" (n° 18207)

- Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les contrôles du respect de la nouvelle législation relative au tabac dans l'horeca" (n° 18240)

14.01 Martine De Maght (LDD): La ministre a mentionné que le SPF Santé publique et l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) effectueraient 10 000 contrôles du respect de l'interdiction de fumer sur le premier trimestre 2010 et ceci surtout dans les villes centrales. Dix milles autres contrôles sont également prévus sur les neuf mois suivants. J'ai déjà demandé à plusieurs reprises qu'on me dise sur quelle base reposeront ces contrôles. Aucune période de transition n'a été prévue pour donner des explications sur la nouvelle législation.

Entre-temps les patrons de café qui appellent le call center mis à leur disposition depuis janvier y reçoivent souvent des informations contradictoires. Combien de personnes travaillent dans ce call center et pourquoi ne sont-elles manifestement pas suffisamment au courant de la loi? Comment la ministre a-t-elle l'intention de remédier à ce problème au niveau du call center? Quelles en seront les conséquences sur les contrôles annoncés? Des amendes et d'autres peines seront-elles infligées ou y aura-t-il une période transitoire et une information claire de ce que les autorités attendent des exploitants horeca?

14.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Mes questions sont identiques. Le call center induit des confusions concernant ce qui est considéré comme nourriture et ce qui est considéré comme boisson. Quelles mesures comptez-vous prendre? Comment se déroulent les contrôles de la bonne application de la loi?

14.03 Carine Lecomte (MR): Le call center ne répond pas aux attentes des cafetiers. Quelles denrées alimentaires peut-on servir là où l'on fume?

Un critère pourrait être la distinction entre ce qui est vendu et ce qui est offert.

14.04 Sarah Smeyers (N-VA): Selon les médias, l'interdiction de fumer dans le secteur horeca est bien respectée. La ministre le confirme-t-elle? Combien de contrôles ont-ils déjà été réalisés et dans quelles régions? Quelles sont les infractions les plus courantes et les questions les plus fréquentes des exploitants? Comment les contrôleurs évaluent-ils la situation? Beaucoup de tavernes sont-elles devenues des cafés? Existe-t-il des différences régionales ou locales à ce sujet?

14.05 Laurette Onkelinx, ministre (en français): La critique est facile. Moi, je remercie les employés du *call-center* pour leur travail. La loi n'a été votée que le 17 décembre pour être mise en application le 1^{er} janvier. Ce n'était donc pas simple. Certains se sont amusés à poser les questions les plus complexes possible pour pouvoir accuser le *call-center* de ne pas répondre précisément. Un site web reprend les réponses aux questions les plus fréquemment posées, il existe une adresse mail et un *call-center*, ce dont les fédérations professionnelles ont été avisées. Nous avons également invité le secteur à la prudence dans les investissements, puisque l'interdiction générale entrera en vigueur entre le 1^{er} janvier 2010 et le 1^{er} juillet 2014.

(En néerlandais) En concertation avec les services d'inspection, il a été convenu que les contrôles des trois prochains mois seraient effectués dans le but d'informer et de communiquer. Lors des premiers contrôles, la plupart des commerces horeca étaient manifestement déjà bien informés de la nouvelle législation, même si

des questions subsistaient. Les services de contrôle appliqueront dès lors une période transitoire. Les exploitants qui ne sont pas en règle reçoivent un avertissement et disposent d'un délai pour se conformer à la réglementation. Ces dispositions transitoires ne s'appliquent bien sûr pas aux commerces horeca qui appliquent déjà la législation anti-tabac.

Au début de l'année, les agents du call center ont suivi une formation grâce à laquelle ils peuvent répondre correctement à la plupart des questions. Je ne nie toutefois pas que les questions volontairement complexes et entraînant différentes interprétations qu'a posées le SNI pendant les premières heures d'application de la réglementation ont entraîné une certaine confusion.

Depuis que la réglementation a été instaurée et des erreurs constatées, des séances d'information supplémentaires ont été organisées. La liste des FAQ et des denrées alimentaires autorisées dans les débits de boissons est constamment actualisée et communiquée aux opérateurs. Ces derniers sont tenus de communiquer les questions délicates aux experts en cas de doute.

(En français) Une législation permettant des exceptions entraîne par définition des interprétations diverses. Le seul moyen d'éviter de tels problèmes, c'est l'interdiction totale, dont le principe a été approuvé.

Il est trop tôt pour des évaluations précises. On le fera après trois mois de travail avec les contrôleurs.

Je voudrais aussi demander qu'on ne travaille pas dans un climat de haine à l'égard des contrôleurs de la santé. Les contrôles ont parfois lieu dans des conditions difficiles mais sont opérés de manière respectueuse et objective. Vous avez pu vous-même le constater la semaine dernière quand sept équipes de télévision et de radio ont accompagné nos contrôleurs.

Le SPF organise aussi régulièrement des formations pour les préparer à toutes les situations possibles.

Il a été décidé de contrôler à titre préventif l'application de la nouvelle législation pendant les trois premiers mois, de telle sorte que le secteur dispose d'un délai raisonnable pour s'adapter.

Cela étant dit, tout le monde a intérêt à se mettre en conformité parce que les contrôleurs ne disent pas quand le nouveau contrôle aura lieu. On agira sévèrement contre les établissements qui ne sont toujours pas en ordre avec les anciennes règles qui étaient déjà d'application depuis 1990.

Enfin, quant aux éventuelles mesures d'allègement de coûts à prendre au bénéfice des établissements horeca, comme vous le savez, cela dépasse le cadre de mes compétences.

14.06 Martine De Maght (LDD): Il aurait été préférable de prévoir une période transitoire. Il est regrettable que la ministre n'ait pas reporté la date d'entrée en vigueur. La ministre informera le Parlement passé un délai de trois mois. S'agira-t-il uniquement de la période transitoire ou nous donnera-t-on une idée plus large de l'application de l'interdiction de fumer?

14.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Une période transitoire, c'est compréhensible, mais le contrôle et la sanction éventuelle doivent progresser rapidement.

14.08 Carine Lecomte (MR): Je voulais exprimer le désarroi des cafetiers qui ne savent plus s'ils peuvent vendre un milkshake à base de glace quand il leur est interdit de vendre des crèmes à la glace!

14.09 Sarah Smeyers (N-VA): Il me paraît étrange d'organiser une session d'information de trois mois maintenant, alors que la loi est déjà entrée en vigueur. Les services de contrôle devront certainement procéder à une deuxième visite aussi. Les établissements horeca qui respectent la loi s'irritent de constater que ce n'est pas le cas partout. Apparemment, une certaine confusion règne toujours concernant l'application de la loi. Une interdiction générale de fumer eût été préférable.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 40.