

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

du

MARDI 23 JANVIER 2007

Après-midi

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 23 JANUARI 2007

Namiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 15.26 heures. La réunion est présidée par Mme Marie-Claire Lambert.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.26 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Marie-Claire Lambert.

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het terugdringen van MRSA-infecties" (nr. 13660)

- mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisbacterie MRSA bij varkens" (nr. 13669)

01 Questions jointes de

- M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre les infections MRSA" (n° 13660)

- Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la bactérie nosocomiale MRSA chez le porc" (n° 13669)

01.01 Mark Verhaegen (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik wil eerst mevrouw Lahaye-Battheu bedanken omdat zij de vraag wou uitstellen, zodat ik kon aansluiten. Ik stel deze vraag ook in naam van mevrouw Muylle die een gelijkaardige vraag heeft ingetrokken.

Een Nederlands onderzoek bracht aan het licht dat varkens dezer dagen massaal zijn besmet met de ziekenhuisbacterie MRSA, de tegen methicilline resistente staphylococcus aureus. Dat is op zich een vrij banale bacterie, maar het gevaar schuilt in de verzwakte toestand van de ziekenhuis- of rusthuispatiënt. Ik las in de laatste Artsenkrant dat een studie van de universiteit van Leuven ook heeft aangetoond dat MRSA-kolonisatie onder rusthuisbewoners gepaard gaat met een verhoogd sterftecijfer. Mensen met cognitief lagere functies of die minder mobiel zijn, zoals rusthuisbewoners, zijn immers gevoeliger voor de ziekenhuisbacterie.

Vier op tien varkens zouden drager zijn, evenals de helft van de ziekenhuispatiënten uit de agrarische sector, blijkt uit een Nederlands onderzoek. Zij zorgen dus voor gevaar, ook voor mensen die in de varkenssector zijn tewerkgesteld. MRSA is ook resistent tegen zowat 80% van de gekende antibiotica. Dat maakt de zaken natuurlijk moeilijker. Jaarlijks zouden hierdoor 2.500 tot 3.000 sterftegevallen in ons land worden veroorzaakt.

Toegegeven mijnheer de minister, de campagnes die u organiseert rond verantwoord antibioticagebruik en extra handhygiëne in ziekenhuizen missen hun doel niet. Dit nieuw fenomeen behoeft echter een verdergaande aanpak. Dat zou kunnen gaan van quarantainemaatregelen in ziekenhuizen – dat is natuurlijk heel drastisch – tot screening van varkenskwekers en hun familieleden, die in het ziekenhuis terechtkomen. Ook zouden de ziekenhuizen reeds kunnen worden aangezet om alle hoge risicogeveallen te screenen. Het is dus werkelijk tijd om ter zake een actieplan uit te voeren.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van het Nederlands onderzoek? Bent u bereid om zo snel

mogelijk een nationaal actieplan uit te werken om het aantal MRSA-infecties in de ziekenhuizen verder terug te dringen, rekening houdend met de nieuwe vaststellingen? Zo ja, welke? Bent u zinnens om ook een onderzoek in te stellen naar de besmettingsgraad in de varkenssector? Zo ja, geldt dit zowel voor de dieren als voor de mensen die er beroepshalve mee in contact komen?

01.02 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag is gelijklopend met die van collega Verhaegen. Mijn collega heeft al verwezen naar het onderzoek in Nederland dat er onder andere toe heeft geleid heeft dat sinds juli vorig jaar in Nederlandse ziekenhuizen varkenshouders, veeartsen en medewerkers van slachthuizen apart moeten worden verpleegd tot er duidelijkheid is of zij al of niet drager zijn van het MRSA-virus. Pas dan mogen zij in een kamer met andere patiënten liggen.

Een tijdje geleden is een West-Vlaamse slachter ziek geworden doordat hij, volgens hetgeen wij via de pers hebben vernomen, de ziekenhuisbacterie in een wondje kreeg. De bacterie kan enkel gevaarlijk worden bij patiënten die al ernstig ziek zijn.

Daarom zou ik u, ten eerste, willen vragen of het klopt dat de FOD Volksgezondheid een onderzoek wil organiseren ter zake.

Ten tweede, worden enkel varkens gescreend op die ziekenhuisbacterie?

Ten derde, wat zijn de mogelijke gevolgen voor de varkenssector?

Ten slotte, krijgen Belgische ziekenhuizen dezelfde richtlijnen als in Nederland inzake het apart houden van die risicopatiënten die ik zojuist heb genoemd?

01.03 Minister Rudy Demotte: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Verhaegen, mevrouw Lahaye-Battheu, ik ben inderdaad op de hoogte van deze problematiek. Ik ben mij ook bewust van de mogelijke implicaties voor de volksgezondheid en de veterinaire sector.

Zoals ik reeds vorige week heb gezegd aan mevrouw Muylle, heb ik op 10 januari een vergadering georganiseerd met de vertegenwoordigers van het Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, het zogenaamde BAPCOC, van het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne, van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, het WIV, van het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie, het CODA, van het Referentielaboratorium voor MRSA, van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen, het FAVV, en van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Tijdens deze vergadering werden concrete afspraken gemaakt.

Ten eerste, de Hoge Gezondheidsraad zal worden gevraagd aanbevelingen te doen ten behoeve van ziekenhuizen en huisartsen, omtrent de aanpak van patiënten uit de risicogroep: varkenshouders, slachters, beenhouwers, dierenartsen, en hun directe omgeving, die zich presenteren met infecties die te wijten kunnen zijn aan de *Stafylococcus Aureus*.

Ten tweede, op korte termijn zal er een studie worden opgezet om de prevalentie van het MRSA-dragerschap na te gaan bij de bovenvermelde risicogroep, maar ook bij de varkens zelf. Op basis van de bevindingen van deze studie zal de verdere aanpak van het probleem worden bepaald. Een belangrijke kwestie hierbij is inderdaad de vraag of de ziekenhuizen moeten worden aangemoedigd om bij opname van een dergelijke risicopatiënt systematisch te screenen op MRSA-dragerschap.

Zoals reeds aangegeven wil ik snel werk maken van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad ten behoeve van ziekenhuizen en huisartsen, omtrent de aanpak van patiënten uit deze risicogroep. Op basis van een verdere analyse van de omvang van het probleem, zowel bij de mens als het dier, zullen de nodige bijkomende initiatieven worden genomen, zoals bijvoorbeeld het verstrengen van de systematische MRSA-screening bij opname in het ziekenhuis.

Ik wil erop wijzen dat de bijkomende maatregelen worden geënt op de reeds bestaande initiatieven. Ik verwijs bijvoorbeeld naar de geplande verstrekkingen van de ziekenhuizen, de hygiëneteams, de campagnes in verband met handhygiëne en de werking van de antibiotherapiebeleidsgroepen in onze

ziekenhuizen. U weet dat er verschillende maatregelen genomen zijn om de teams te versterken.

Over de kosten van de studie kan ik het volgende meedelen. Momenteel wordt er gewerkt aan het protocol van die studie, zodat ik daarover nog geen concrete informatie kan geven. Er is ook nog niet beslist welk financieringsplan voor de studie zal worden gebruikt, aangezien er nog geen duidelijkheid is over het vereiste budget.

Ik kan mij nog niet uitspreken over de mogelijke gevolgen voor de varkenssector. Toch wil ik twee zeer belangrijke punten benadrukken.

Ten eerste, de varkens zijn slechts drager van de MRSA; zij zijn dus niet ziek. Er bestaat dus geen vrees voor grote verliezen in de varkensstapel.

Ten tweede, er is geen overdracht van MRSA mogelijk door consumptie van varkensvlees. Die informatie is toch ook belangrijk. De varkens blijven dus geschikt voor consumptie, waardoor hun commerciële waarde behouden blijft.

01.04 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw heel duidelijk antwoord. Ik hoop dat het nodige studiewerk heel snel kan gebeuren, zodat wij de mensen in de varkenssector gerust kunnen stellen, want een aantal van die mensen heeft het echt benauwd, zo hebben ze mij gezegd.

Ik denk dat het daarnaast ook belangrijk is, ten opzichte van de ziekenhuizen, dat de hoge risicogeveallen snel kunnen worden gescreend. Tegenwoordig kunnen, met een vrij beperkte screening in de vorm van een DNA-test, die bacteriën binnen twee tot drie uur worden geïdentificeerd. Ik denk dat de mogelijkheid moet bestaan om dat iets grootschaliger te doen. Daar zit namelijk blijkbaar het grote risico van de ziekenhuisbesmettingen.

Ik dank u alvast voor uw hoopgevend antwoord.

01.05 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Tevens bedankt voor uw alerte reactie op de problematiek: de vergadering, waarover u toelichting hebt gegeven, vond blijkbaar al plaats op 10 januari.

Ik volg de studie die zal worden gehouden, op de voet.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

02 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het jeugdsanctierecht en de kinder- en jeugdpsychiatrie" (nr. 13667)

02 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le droit pénal de la jeunesse et la psychiatrie infantile et juvénile" (n° 13667)

02.01 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, in verband met de kinderpsychiatrie is er reeds verschillende keren aan de alarmbel getrokken en niet het minst door professor Deboutte, professor jeugdpsychiatrie uit Antwerpen. Door het nieuwe jeugdsanctierecht - dat is niet uw bevoegdheid, maar die van minister Onkelinx - zijn er minderjarigen terechtgekomen op afdelingen van volwassenen. Op die manier kunnen zij niet de juiste behandeling krijgen; de doorverwijzing naar de jeugdpsychiatrie is op zijn minst problematisch. Een kind colloqueren moet niet alleen binnen een kader gebeuren, maar vooral moet het gecolloqueerde kind naar een jeugdpsychiatrische dienst kunnen worden doorverwezen.

De jeugdpsychiaters die nadien hiermee worden geconfronteerd, hebben te maken met gedwongen opnames en behandelingen. In de psychiatrie is dat altijd al moeilijk geweest, als de opname niet vrijwillig gebeurt. Als de jeugdpsychiaters niet worden betrokken bij de opmaak van een advies of beslissing tot collocatie of gedwongen opname, dan is er toch wel een fundamenteel probleem. Het gaat wel niet over grote aantallen. Hoe dan ook moet er tussen u en minister Onkelinx ter zake worden overlegd.

De jeugdpsychiaters trekken ook aan de alarmbel, omdat zij niet betrokken zijn bij het netwerk van forensische jeugdpsychiatrische zorg. Er werd geen overleg gepleegd met de Vlaamse kinder- en jeugdpsychiatrie, die nochtans zelf – u hebt dit reeds onderschreven – de kar hebben getrokken voor de

ontwikkeling van jeugd- en kinderspsychiatrie. U hebt zelf trouwens middelen gereserveerd om het aantal jeugdpsychiaters te kunnen verhogen.

Die schaalvergroting en samenwerking zijn essentieel voor alle netten en alle opvangcentra, voor de geestelijke gezondheidszorg, maar vooral voor de residentiële zorg. De scheidingslijn met de bijzondere jeugdzorg is inderdaad heel vaak zeer gering.

Ik lees in een persbericht dat men twijfelt aan de doelmatigheid van een apart forensisch jeugdpsychiatrisch netwerk. De Vlaamse psychiaters pleiten voor initiatieven om kinderen met ernstige agressiestoornissen voldoende toegang te geven tot de bestaande provinciale netwerken van kinder- en jeugdpsychiatrische zorg. Daarnaast pleit men voor meer ruimte, uiteraard voor de uitbouw van outreachinghulp en voor een consultatiefunctie ten behoeve van de kinderen in de bijzondere jeugdbijstand.

De scheidingslijn tussen de bijzondere jeugdzorg, justitie en psychiatrie is een smal spoor. Het voornaamste is toch, mijnheer de minister, dat men heeft vastgesteld dat 70 procent van de jonge delinquenten uiteindelijk patiënten zijn. Als men niet vroeg screent, vroeg detecteert en – vooral – juist behandelt, dan creëert men ook maatschappelijke problemen voor de toekomst.

Een tweede resultaat van een Antwerps onderzoek, dat destijds ook door professor Deboutte is gevoerd, is heel duidelijk dat indien men minder middelen heeft, men niet terecht kan bij de jeugd- of kinderspsychiatrie, waardoor men een dubbele hypotheek legt op die kinderen, die uiteindelijk ook psychiatrisch ziek zijn.

Mijnheer de minister, zult u overleg plegen met de Vlaamse kinder- en jeugdpsychiaters die zowel inzake delinquentie als inzake forensische psychiatrie, een grote expertise hebben?

02.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Avontroodt, ik denk dat het duidelijk is dat ik geen rechtstreekse onderhandelingen kan voeren met de verschillende verenigingen.

Ik heb mij tijdens de laatste Interministeriële Conferentie Volksgezondheid al geëngageerd om dit plan met de verschillende Gemeenschappen en Gewesten verder te concretiseren. Dat betekent dus concrete contacten met de verschillende organisaties, instellingen en verenigingen die zich bezighouden met deze problematiek.

Bovendien zullen binnenkort ook overlegmomenten worden georganiseerd met de overlegplatforms binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dat zijn dus twee zeer concrete punten die werden aangekaart tijdens de laatste Interministeriële Conferentie.

Dat is natuurlijk niet alles. Eerder was er door de Interministeriële Conferentie binnen een interkabinettengroep al werk gemaakt van de oprichting van een taskforce GGZ - geestelijke gezondheidszorg. Dat is een subwerkgroep van de werkgroep jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd. De leden ervan zijn momenteel bezig met het uitwerken van een protocolakkoord tussen de federale regering en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de organisatie van een zorgtraject voor jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd, als onderdeel van een globaal zorgprogramma voor kinderen en jongeren.

Dat heeft ook te maken met preventie. De uitbouw van een zorgtraject voor deze doelgroep is alleen mogelijk mits een goede organisatie en afstemming tussen Justitie, Welzijn en het geheel van de GGZ-zorgverleners voor de doelgroep kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd.

In het kader van het huidige pilootproject van de FOD Volksgezondheid, omtrent het aanbod van een intensieve klinische behandeling voor de delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek, werden de leden van het begeleidingscomité geraadpleegd.

Deze personen werken reeds jaren mee aan pilootprojecten omtrent deze jongeren en ik veronderstel dat zij bijgevolg over de nodige expertise beschikken. Zij werden gevraagd om advies te verlenen bij de ontwerpversies van het samenwerkingsakkoord. In de mate dat zij advies gaven, werd hiermee ook rekening gehouden.

Dit voorstel van samenwerkingsakkoord zal worden uitgetest in het kader van het protocolakkoord omtrent

de organisatie van een zorgtraject bestemd voor jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd.

Het voorstel van samenwerkingsakkoord zal worden uitgetest in het kader van het protocolakkoord over de organisatie van een zorgtraject bestemd voor jongeren met een psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd.

Bovendien werd eind december 2006 een informatievergadering met alle K-diensten in Vlaanderen gehouden over mijn intenties inzake de ontwikkeling van een zorgtraject voor de forensische kinderen en jongeren. Ik heb op voornoemde vergadering niet vernomen dat er twijfel zou bestaan over de doelmatigheid van een forensisch jeugdpsychiatrisch netwerk binnen de doelgroep kinderen en jongeren. Er werd wel terecht aangehaald dat het plan niet alle vragen van de jeugdpsychiatrie oplost. Ik heb u dat trouwens tijdens debatten in het verleden al gezegd. Ik herhaal het nu nogmaals.

Het is echter een van mijn grote bezorgdheden om een concreet antwoord te kunnen bieden, gebaseerd op evidence-based informatie. Wij moeten ons immers niet enkel op de huidige literatuur baseren, maar ook op de expertise van de verschillende groepen die nu al bestaan in het raam van de interministeriële conferentie en binnen de verschillende platforms die zich ermee bezighouden.

02.03 Yolande Avontroodt (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik meen uit uw antwoord te mogen besluiten dat u wel met de Vlaamse Vereniging in contact bent en dat u haar zal horen of minstens aandacht zal schenken aan haar expertise, die op wereldniveau staat.

Ten tweede, ik stelde ook een vraag naar de samenwerking met uw collega, mevrouw Onkelinx.

02.04 Minister Rudy Demotte: Ik heb impliciet gezegd – ik zal het nu explicieter zeggen – dat er overleg met Justitie moet worden gepleegd. In het raam van de verschillende elementen waarover ik nu reeds beschik, plan ik een beter op elkaar afstemmen met Justitie. Er zijn nu contacten tussen de twee kabinetten, die tot nu toe nog niet tot concrete voorstellen hebben geleid. Wij zijn nu echter bezig om het werk af te ronden.

02.05 Yolande Avontroodt (VLD): Hopelijk gebeurt dit op korte termijn. Inmiddels heerst immers een en al onduidelijkheid, ook bij de jeugdrechters.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

03 Question de M. Jacques Germeaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le thème éthique de l'administration de thérapies de blocage de la croissance chez des enfants handicapés" (n° 13673)

03 Vraag van de heer Jacques Germeaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ethische thema rond het 'bevriezen' van gehandicapte kinderen" (nr. 13673)

03.01 Jacques Germeaux (VLD): Mijnheer de minister, naar aanleiding van enkele recente krantenberichten en tv-reportages kwam de problematiek van het "bevriezen" van gehandicapte kinderen in de belangstelling. Vanuit mijn persoonlijke ervaring kreeg ik ook reeds te maken met vervelende situaties omtrent ongewenst seksueel gedrag en uiteindelijk sterilisatie bij een gehandicapte patiënte.

Er ontstond dan ook heel wat commotie inzake de hormoonbehandeling van een 9-jarig gehandicapt meisje in de Verenigde Staten. Ik zou graag weten van u, mijnheer de minister, in welke mate wij meer duidelijkheid kunnen hebben over de volgende vragen.

In welke mate bestaat die problematiek en is die erkend in België? Welke regels – als er regels zijn – gelden daarvoor? Wordt op die praktijken dan toezicht gehouden? Bestaat er enige afspraak in het raam van good medical practice? Wij kennen reeds het probleem van dwerggroei en reuzegroei. Kunnen er volgens u overeenkomstige criteria worden gebruikt ten opzichte van dit ethische thema? Ik bedoel daarmee het volgende. Wij kennen praktisch reeds de problematiek van de reuzegroei en de dwerggroei, waarbij op het terrein duidelijk en volgens vastgelegde criteria kan worden ingegrepen.

Mijn vraag is vervolgens of ter zake nog wetgevend werk moet worden opgebouwd? Ten slotte, kan volgens u een 8- of 10-jarige beslissen tegen die eerder drastische ingrepen?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: De heelkundige behandelingsmethode zoals die recent in de actualiteit was, wordt in België niet toegepast. Dat wordt mij bevestigd door de voorzitter van de Belgische Studiegroep voor Pediatrische Endocrinologie. In België worden enkel medicamenteuze behandelingsmethoden gebruikt om de groei te beperken, en dat ook bij gehandicapte kinderen.

Het is duidelijk dat de ethische aspecten van het beperken van de groei van gehandicapte kinderen vragen oproepen. Er is een diepgaande herziening, met deskundigen op dat gebied, noodzakelijk. Daarom vraag ik een advies daarover aan het raadgevend comité voor Bio-ethiek.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: À la demande de M. David Geerts, sa question n° 13758 est transformée en question écrite.

04 Question de M. Denis Ducarme au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de fumer dans le secteur horeca" (n° 13823)

04 Vraag van de heer Denis Ducarme aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookverbod in de horeca" (nr. 13823)

04.01 **Denis Ducarme** (MR): Monsieur le ministre, depuis le 1^{er} janvier 2007, l'interdiction de fumer dans le secteur horeca est effective. Concrètement, on ne peut plus fumer dans les restaurants, les snacks, les pâtisseries et les salons de dégustation. On a toutefois maintenu la possibilité d'installer un fumoir. Une dérogation a été accordée aux débits de boisson: cafés, bars, bistrot et autres lieux où on consomme de l'alcool sans devoir consommer des plats préparés, pour autant que la part des repas représente moins d'un tiers des denrées proposées à la consommation, les plats servis représentant de la petite restauration.

Il semblerait que le secteur horeca n'a pas pris conscience de tous les tenants et aboutissants de la loi. Il subsiste un manque d'information. Partagez-vous cette impression? Croyez-vous qu'il faille procéder à une nouvelle vague d'information?

Dans les établissements où il est autorisé de fumer, il y a obligation pour l'exploitant d'installer un système d'aération, de réserver aux non-fumeurs une zone représentant au moins 50% de la superficie totale du lieu. Ces dernières dispositions ne s'appliquent pas aux établissements dont la superficie n'atteint pas 50 m². Ceci ne s'éloigne pas beaucoup des anciennes dispositions en la matière. Par ailleurs, aucune dérogation n'est accordée aux buvettes de clubs sportifs, établissements horeca situés dans un lieu public fermé où il est interdit de fumer, cafétérias non cloisonnées dans une plaine de jeux intérieure ou une salle de sport.

Je voudrais demander une précision à ce sujet: si j'ai bien compris la loi, les buvettes où on consomme de l'alcool sans consommer des denrées alimentaires qu'on pourrait assimiler à des repas consistants sont assimilées à des salles de sport plutôt qu'à des buvettes. On peut dès lors estimer que des buvettes de club sportif ne feront jamais l'objet de dérogations.

Voici une question supplémentaire. Sans ignorer le fait que la mesure vient d'entrer en vigueur, quel est le nombre de contrôles effectués à ce jour dans les établissements horeca et d'après ceux-ci, quel est le nombre d'établissements conformes au prescrit de la loi? Globalement, combien de contrôles sont-ils prévus en 2007 pour s'assurer du respect de la législation? Enfin, et c'est important également, combien d'agents sont-ils affectés au contrôle de l'interdiction de fumer dans le secteur horeca?

04.02 **Rudy Demotte**, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, durant la première quinzaine de janvier, 1.200 contrôles ont été effectués: 670 par l'AFSCA et 530 par le SPF Santé publique. On peut conclure que, dans 96% des cas, les établissements sont en conformité par rapport au principe de base de la réglementation, à savoir l'interdiction totale de fumer dans les restaurants y compris leur fumoir et la possibilité pour certains débits de boissons de prévoir une zone fumeurs.

Dans 76% des cas, on constate que les établissements sont tout à fait en ordre par rapport à la nouvelle réglementation dans sa globalité tandis que, dans 26% des établissements contrôlés, on constate certaines infractions qualifiées de plus légères: absence de logo à l'entrée, présence de cendriers, taille minimale des zones non-fumeurs, etc.

Dans 4% des établissements, des contrôleurs ont constaté une infraction lourde: on fumait dans des lieux où la nouvelle réglementation l'interdit.

Pour répondre à votre deuxième question, en 2007, 25.000 contrôles sont prévus, dont la moitié doit avoir lieu dans le courant du premier trimestre de l'année.

En ce qui concerne votre troisième question, en tout près de 100 contrôleurs (80 de l'AFSCA, 20 du SPF) sont affectés au contrôle de la réglementation tabac dans l'horeca.

Quant à votre question supplémentaire concernant les moyens de publicité, on a négocié avec le secteur. Celui-ci a reçu – si je me souviens bien – environ 500.000 euros pour informer les différents membres des mesures à prendre. Cette information continue à être diffusée dans les organes, etc. mais il faudra encore un certain temps avant que l'information n'atteigne les derniers établissements, sachant qu'une forme d'autorégulation commence à jouer: il arrive que les gens s'échangent ces informations, leur fonctionnement, etc.

À titre personnel, j'étais favorable à une réglementation plus légère et plus linéaire, applicable à tout le secteur, qu'il s'agisse des cafés ou des restaurants. Le gouvernement m'a donné mission de négocier avec le secteur. Maintenant, il revient bien évidemment au secteur, sur la base du résultat des négociations, de faire état auprès de ses membres des mesures qui ont été prises. Cela passe souvent par les fédérations principales. Je sens aujourd'hui une nette amélioration dans la connaissance des faits.

04.03 Denis Ducarme (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces renseignements mais également d'avoir répondu à la question que je n'ai pas soumise de manière écrite.

Cette loi implique une telle transformation que la diffusion d'informations est essentielle. J'entends bien que, même si vous percevez une amélioration de la communication, vous reconnaissez également qu'une partie du secteur doit encore être pleinement informée.

J'ai une sous-question à vous poser à ce sujet. Vous dites avoir constaté que, dans 24% des cas, des petites infractions étaient encore commises au sein du secteur, contre 4% pour les lourdes infractions. En la matière, compte tenu que l'information n'est pas encore pleinement diffusée, ces contrôles ont-ils force de police ou sont-ils aussi d'ordre pédagogique? En cas de petite infraction constatée, le responsable du café, du snack ou du restaurant va-t-il se voir strictement imposer une amende ou lui demande-t-on avec plus de pédagogie de respecter la loi en lui laissant un laps de temps pour s'adapter, pour apposer des autocollants "interdiction de fumer", etc.? En résumé, les contrôleurs jouent-ils à la police ou sont-ils davantage des pédagogues? Ma question est simple.

04.04 Rudy Demotte, ministre: Monsieur Ducarme, je peux confirmer notre souhait de tout d'abord dresser des procès-verbaux d'avertissement. C'est le but des premiers contrôles. Dans les contrôles de seconde ligne, c'est-à-dire lorsque le procès-verbal d'avertissement a déjà été dressé, les sanctions sont évidemment appliquées, mais on passe toujours – c'est la règle – par le procès-verbal d'avertissement. Nous ne nous inscrivons donc pas dans une logique purement répressive.

Je voudrais ajouter un commentaire qui m'a été rapporté par les agents du service de contrôle. Il apparaît que de nombreuses personnes qui avaient des doutes au sujet de la réglementation et qui en ont subi le contrôle, s'en servent à des fins pédagogiques. C'est véritablement un contrôle qui leur sert à améliorer les procédures. Il reste quelques resquilleurs mais qui sont très minoritaires et qui en font, en quelque sorte, un débat médiatique. C'est de bonne guerre, même s'il n'est pas recommandé de défendre le tabac. Tout se passe bien dans l'ensemble.

04.05 Denis Ducarme (MR): L'approche développée dans le chef de votre ministère est donc de veiller à être pédagogue, à ne pas sanctionner directement, mais à laisser au secteur horeca - un des premiers pourvoyeurs d'emplois dans ce pays -, le temps pour s'adapter. Cela répond à une logique rationnelle et je pense que cette attitude s'inscrit dans le bon sens.

04.06 Jacques Germeaux (VLD): Mijnheer de minister, u weet dat ik als overtuigd tabaksgebruiker nooit hebt geloofd dat u erin zou slagen, maar ik voel de laatste weken dat u uw strijd uiteindelijk hebt gewonnen. Ik ben daardoor heel verrast. Ik geloofde er niet echt in.

Ik voel dat op het terrein. De onduidelijkheid op het terrein is te wijten aan mensen zoals ik die hebben gelobbyd om die maatregelen af te zwakken. Uiteindelijk werkt dat nu compleet averechts. Uit miserie ben ik dan maar gestopt met roken, tenminste ik doe een poging.

Ik moet het toegeven. Ik had drie jaar geleden niet verwacht dat het u zou lukken. Ik dacht dat het u uw broek zou kosten. Bravo, ik had het niet gedacht.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les traitements de la grippe" (n° 13772)

05 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandelingen tegen griep" (nr. 13772)

05.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, une étude récente du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fait le point sur les traitements contre la grippe.

La crainte d'une pandémie de grippe aviaire avait mis le Tamiflu et le Relenza sur le devant de la scène. On en reparle aujourd'hui dans le cadre du traitement de la grippe saisonnière. Les experts du KCE préconisent l'utilisation parcimonieuse de ces substances.

Selon cet organisme, "il n'existe aucune preuve scientifique que ce traitement diminue les complications graves ou les décès. De manière générale, le traitement de la grippe au moyen de ces médicaments n'est donc pas recommandé". Ces médicaments pourraient également déclencher des effets secondaires gênants. Le Tamiflu peut entraîner des nausées et le Relenza des crises d'asthme chez les personnes prédisposées à ce genre de pathologie. Les autorités américaines auraient même dénoncé des troubles du comportement liés à la prise de Tamiflu. L'utilisation fréquente de ces médicaments s'accompagnerait du développement d'une résistance au virus.

Monsieur le ministre, quelles conclusions tirez-vous de cette étude? Faut-il encore encourager la prescription de tels médicaments et en stocker massivement en prévision d'une épidémie? Faut-il distinguer les effets en cas de grippe saisonnière ou pandémique?

05.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, madame Burgeon, le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé qui porte pour titre "Les médicaments antiviraux en cas de grippe saisonnière et pandémique. Revue de littérature et recommandations de bonne pratique", fait un état des lieux des connaissances scientifiques.

Les auteurs opèrent clairement une distinction entre les deux types de grippe. D'une part, il n'existe aucune information "evidence based" concernant le virus qui sera responsable de la prochaine pandémie. D'autre part, le risque de développement d'une résistance du virus à ces antiviraux invite à les utiliser de manière rationnelle.

Ma politique en matière de grippe saisonnière, à travers la campagne de vaccination, vise donc à favoriser l'accès aux groupes à risque à la vaccination gratuite. Quant aux antiviraux, dans le cadre de la grippe saisonnière, comme le souligne le rapport, c'est au médecin à décider au cas par cas, s'il estime le traitement justifié. Il est bon de rappeler que la prescription médicale fait partie des libertés thérapeutiques du médecin au chevet de son malade.

La Belgique prévoit, en effet, dans son plan national "pandémie" l'utilisation d'antiviraux de manière préventive ou thérapeutique selon la phase de développement de l'épidémie mondiale. Cette stratégie du Commissariat interministériel Influenza a par ailleurs été approuvée et donc validée par le Conseil des ministres.

05.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'absence de convention dento-mutualiste pour 2007-2008" (n° 13773)

- Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-respect des conventions conclues dans le cadre de l'Accord 'dentistes-mutuelles'" (n° 13820)

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontbreken van een akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen voor 2007-2008" (nr. 13773)

- mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het niet nakomen van gemaakte afspraken binnen het Akkoord tandartsen-ziekenfondsen" (nr. 13820)

06.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, depuis le 1^{er} janvier, les dentistes sont libres de fixer leurs honoraires. Cette situation est potentiellement néfaste pour les patients. La cause est à trouver dans l'absence de convention dento-mutualiste pour les années 2007 et 2008.

Selon le porte-parole de la Société belge de Médecine dentaire, le flou qui règne actuellement en matière tarifaire pourrait être dissipé rapidement. Le problème serait que la commission dento-mutualiste ne peut prendre aucune décision faute de président. Mais le ministère a démenti cette information.

Monsieur le ministre, le président a-t-il bien été désigné? L'arrêté royal officialisant cette nomination a-t-il été publié? Si oui, quand?

Quand verra-t-on la conclusion de l'accord dento-mutualiste?

Quelles sont les hausses moyennes des honoraires enregistrées à ce jour?

06.02 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, wanneer er geen voorzitter is aangesteld in de commissie, kunnen er inderdaad geen beslissingen worden genomen. Ik denk echter dat dokter De Ridder weldra zal worden aangesteld. Dat is, mijns inziens, evenwel niet de enige oorzaak voor het ontbreken van een akkoord. Verschillende tandartsenverenigingen zijn het wel een beetje beu dat er geen rekening wordt gehouden met gemaakte afspraken. Heel wat punten worden uitvoerig besproken en er worden data vastgelegd om uitvoering te geven aan de verschillende punten, maar toch wordt het akkoord niet nageleefd. Er wordt een akkoord gesloten op alle niveaus. Eerst wordt het budget gecontroleerd. Het verzekeringcomité gaat akkoord. De controle gaat naar de Raad van State en de minister van Begroting controleert. Toch worden de data niet gerespecteerd.

Het budget Tandheelkunde werkt volgens een envelopsysteem en de tandartsen houden zich daaraan. Wanneer het budget niet wordt opgebruikt, dan is het natuurlijk niet overdraagbaar naar het volgende jaar. Dat budget gaat dus volledig verloren. Er wordt dus liefst toch rekening gehouden met alles wat is afgesproken.

Zoals mevrouw Burgeon stelde, het is inderdaad slecht voor de patiënten, als er geen overeenkomst is. De tandartsen hoeven zich dan immers niet te houden aan de prijzen. Anderzijds zullen tandartsen die zichzelf en hun patiënten respecteren, dezelfde honoraria gebruiken die ze ook in het verleden gebruikten. Het is ook niet allemaal rooskleurig voor de tandartsen. De tandartsen die nog willen geconventioneerd zijn, kunnen door het ontbreken van een akkoord immers niet de accreditering en het gewaarborgd inkomen van het RIZIV genieten.

Mijnheer de minister, waarom worden gemaakte afspraken niet tot in detail gerespecteerd? Wanneer wordt de overeenkomst gesloten? Ik hoop dat dat een van de volgende dagen zal gebeuren. Misschien is het vandaag of gisteren al gebeurd.

06.03 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, je répondrai dans l'ordre des questions.

Madame Burgeon, le président de la Commission nationale dento-mutualiste, le Dr Henri De Ridder, fonctionnaire dirigeant du service des soins de santé de l'INAMI, a été nommé par arrêté royal du 11 janvier 2007; cet arrêté royal n'a pu être pris qu'après que la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités a été modifiée pour ce faire, par la loi du 13 décembre 2006 parue au Moniteur belge du 22 décembre 2006 et d'application au 1^{er} janvier 2007.

Dès ce 17 janvier 2007, la Commission nationale dento-mutualiste a été réunie, notamment en vue de la conclusion d'un Accord dento-mutualiste 2007-2008. La date est symbolique: c'est la fête d'un thaumaturge, Saint Antoine.

17 januari is het feest van Sint-Antonius, een genezer. Op die dag heeft de nationale Medicomutcommissie vergaderd.

Un projet d'accord est d'ailleurs présenté. Il a été discuté une première fois. La prochaine réunion de cette Commission est prévue pour le 24 janvier 2007, donc demain; j'ai très bon espoir d'y voir se dégager un accord. Il est vrai que, depuis le 1^{er} janvier 2007, les dentistes sont libres de pratiquer les honoraires qu'ils souhaitent.

Le Roi, sur ma proposition, a pris un arrêté royal, applicable à partir du 1^{er} janvier, par lequel la base de remboursement des prestations dentaires pour les patients a été indexée de 1,65%. Cette base a été calculée à partir des montants de référence débutant au 1^{er} janvier 2007 et correspondant à une indexation linéaire de 1,65% des honoraires applicables au 31 décembre 2006.

Certes, ces montants ne sont pas obligatoires, vu l'absence d'accord, mais je peux constater sur le terrain que les dentistes qui appliquaient déjà l'accord précédent pratiquent des honoraires qui s'inspirent de ces montants.

Ik zal nu enkele vragen behandelen die ik nog niet beantwoord heb of waarop ik graag terugkom.

Bij elk punt van het Nationaal akkoord tandheekkundigen-ziekenfondsen 2005-2006 (...), datum van uitvoering, zal ik enige toelichting zal geven.

Punt 1.3 van het Nationaal akkoord voorziet in het uitwerken van een voorstel van koninklijk besluit tegen 1 januari 2007 dat als basis zal dienen voor de accreditering. Dit besluit werd opgemaakt en voorgelegd aan de Raad van State. Aangezien die een aantal inhoudelijke opmerkingen had geformuleerd bij dit voorstel, werd in samenspraak met de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen, beslist het advies grondig door te nemen en het besluit pas later in werking te laten treden.

Onder punt 2 van het Nationaal akkoord werden vijf nomenclatuurvoorstellen opgenomen met een datum van inwerkingtreding. De vijf projecten werden gerealiseerd op de geplande data. Onder hetzelfde punt 2 vindt men een aantal prioritaire voorstellen die slechts konden worden uitgevoerd indien het partiële begrotingsobjectief 2006 dit toeliet. In een datum van uitvoering was hier niet voorzien. Niettemin werd er ondertussen uitvoering gegeven aan vier van de acht voorstellen. Ze zijn in werking getreden op 1 december 2006 en 1 januari 2007.

De indexering van de honoraria werd, in uitvoering van punt 3 van het Nationaal akkoord, telkens toegekend op de geplande data. In het Nationaal akkoord werden verder geen afspraken opgenomen waarin een datum van uitvoering was opgenomen.

Ten laatste, wat betreft uw tweede vraag, mevrouw Dierickx. Volgens mij is het Nationaal akkoord 2005-2006 volledig uitgevoerd. De data van inwerkingtreding werden gerespecteerd en er werden conform de vastgelegde principes in het akkoord, bijkomende maatregelen genomen.

06.04 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses complètes. Il est vrai que les médias ont relaté qu'un nombre très limité de dentistes avaient profité de leur liberté pour modifier à la hausse le prix des consultations.

Il est cependant dommage que cela se soit produit. Essayons de faire en sorte, pour 2009 et 2010, que l'accord soit conclu plus tôt, qu'il s'agisse des dentistes ou d'autres praticiens.

06.05 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, ik hoop dat morgen een akkoord kan worden ondertekend. Ik betreur het niettemin dat om technische redenen een maand verloren is gegaan.

Voor het overige sluit ik mij aan bij mevrouw Burgeon en hoop dat de tandartsen zich zoveel mogelijk hebben gehouden aan wat zij in 2006 qua honorarium gewend waren.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

07 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tbc-opsporing" (nr. 13812)

07 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de la tuberculose" (n° 13812)

07.01 Yolande Avontroodt (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag heeft eigenlijk ook met doelmatigheid te maken. Zoals u weet wordt vandaag de hele horecasector jaarlijks gescreend op eventuele tbc-besmetting. Dit gebeurt door middel van een huidtest, een tuberculinetest en/of een radiografie. Dit betreft alle personen die werkzaam zijn in de horeca, die rechtstreeks met voedingswaren in aanraking komen, deze theoretisch kunnen verontreinigen of besmetten en daardoor een besmettelijke tuberculose zouden kunnen overdragen.

Mijnheer de minister, deze vaststelling dateert nog uit vorige tijden, zou ik durven zeggen. Tuberculose kan op zich niet door voedingswaren worden overgebracht. Tuberculose wordt overgedragen door rechtstreeks contact. Door een hoestbui op de tram, de bus of op de trein of door in aanraking te komen met een open tuberculose, kan men eventueel besmet geraken.

Op basis van wetenschappelijke principes – evidence based medicine – stapt men er nu in de praktijk reeds vanaf om tuberculose op te sporen bij alle werknemers die in de voedingssector aanwezig zijn of werken. Die systematische screening wordt niet meer verantwoord geacht, maar staat nog wel in de wetgeving. Vandaar dat wij zouden willen vragen een totaal andere methode van tuberculoseopsporing op punt te stellen en mensen bovendien niet meer nutteloos bloot te stellen aan ioniserende straling.

Daarom heb ik de volgende, heel concrete vragen, mijnheer de minister.

Zult u bereid zijn artikel 2 van het koninklijk besluit van 17 maart 1971 te schrappen en op een andere manier te sensibiliseren over tuberculosebesmetting en het opsporen van een eventuele recente infectie?

07.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw Avontroodt, ik zal een zeer kort antwoord geven. Ik ben a priori geen voorstander van de opschorting van het artikel dat verouderd of nutteloos is geworden. Toch zal ik een advies aan Volksgezondheid vragen om de wenselijkheid van een dergelijke aanpassing van de wet te onderzoeken, zonder een optimale bescherming van de verschillende mensen in de voedselketen en van de voedselketen zelf uit het oog te verliezen. Ik heb nu dus nog geen wetenschappelijke basis waarop ik mij kan baseren.

Mevrouw Avontroodt, ik ben a priori iemand die met veel aandacht naar uw argumenten luistert. Ik ben ook geen tegenstander van de opschorting van het artikel. Wij zullen dat laten nagaan door de FOD Volksgezondheid, opdat er op zeer korte termijn een voorstel komt met een antwoord op de vraag of dat al dan niet nodig is.

07.03 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, ik wil u vragen om daar concreet een termijn op te kleven. Vanwege de wetenschappelijke verenigingen is er namelijk al verschillende keren een brief vertrokken naar de administratie om dat te vragen, maar daarop werd niet gereageerd. Men meldt mij dat daarover briefwisseling bestaat sinds 2004.

07.04 Minister Rudy Demotte: Mevrouw Avontroodt, zij kunnen hun brief rechtstreeks aan mijn administratie sturen om een vaste termijn te vragen. Ik kan er nu geen termijn op kleven van drie weken, zes weken of drie maanden, want ik weet het niet. Ik zal aan mijn administratie vragen om een termijn te bepalen, zodat we een concreet antwoord kunnen geven aan de mensen die een verandering verwachten. Dat lijkt mij het meest logisch.

07.05 Yolande Avontroodt (VLD): Mijnheer de minister, voor het einde van deze legislatuur zal ik er nog eens naar vragen. Het gaat immers eenvoudig om de schrapping van een artikel.

(...): (...)

07.06 **Yolande Avontroodt** (VLD): Gaat dat niet? Toch wel, schrappen is gemakkelijk.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de a posteriori controle van geneesmiddelen" (nr. 13784)**

08 **Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle a posteriori des médicaments" (n° 13784)**

08.01 **Yolande Avontroodt** (VLD): Mijnheer de minister, deze vraag is heel kort. Ik wil hierover geen nieuwe polemieken ontketenen. Wij zijn zelf vragende partij geweest voor een administratieve vereenvoudiging inzake de belasting van de artsen – de huisartsen en de specialisten – voor het voorschrijven van medicatie. Nu blijkt dat het grootste artsensyndicaat veel problemen heeft met de a-posterioriconrole wegens de onzekerheid die deze met zich zou brengen over de verantwoordelijkheid van de voorschrijver.

Vandaar dat ik in u in de eerste plaats wil vragen, mijnheer de minister, of die a-posterioriconroles al daadwerkelijk gebeurd zijn, of er al een evaluatie is, of er al betwistingen zijn, en of er een lijst is van de eventuele moeilijkheden die men ondervindt bij het uitvoeren van die a-posterioriconroles?

08.02 Minister **Rudy Demotte**: Ik heb een lange verduidelijking, maar ik heb ook zeer concrete antwoorden. Ik stel voor dat ik mijn antwoord alvast aan mevrouw Avontroodt geef zodat zij kennis kan nemen van de verschillende argumenten die worden aangekaart door mijn administratie. Ik zal nu concreet op uw drie vragen antwoorden.

Uw eerste vraag was: hoeveel a-posterioriconroles hebben reeds plaatsgevonden? Het antwoord is: geen. Het wettelijk kader dat de a-posterioriconroles regelt, werd aangepast door de wet van 13 december 2006. Een bepaling van die wet voorziet erin dat alle maatregelen inzake de verantwoordelijkheid van de zorgverstrekkers in werking zullen treden op de datum die wordt vastgelegd door de Koning.

Uw tweede vraag was: hoeveel geschillen zijn er? En uw derde vraag was: met welke moeilijkheden krijgt men te maken? Er zijn geen geschillen in verband met a-posterioriconroles en ook geen moeilijkheden te melden.

Ik herhaal, mevrouw Avontroodt, dat ik over een zeer lang antwoord beschik, dat ik rechtstreeks aan u doorgeef.

08.03 **Yolande Avontroodt** (VLD): (...).

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 **Question de Mme Véronique Ghenne au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments en vente libre" (n° 13811)**

09 **Vraag van mevrouw Véronique Ghenne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vrij verkrijgbare geneesmiddelen" (nr. 13811)**

09.01 **Véronique Ghenne** (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, un récent sondage montre que 37% des personnes seraient favorables à une extension de la liste des médicaments disponibles en vente libre. Ce souhait est essentiellement motivé par des gains de temps et d'argent.

Même si l'automédication ne peut concerner que les pathologies les moins sévères, il me semble que de nombreux dangers sont liés à un tel comportement. En effet, un diagnostic posé par le malade lui-même ou par un pharmacien ne disposant ni du dossier médical du malade ni des qualifications requises peut s'avérer erroné et, ainsi, la pathologie non soignée correctement peut s'aggraver. Des problèmes de dosages ou encore d'interactions médicamenteuses peuvent également se produire.

Ainsi, une hausse de l'automédication ne rimerait pas toujours avec une plus grande sécurité médicale.

Même si ce sondage ne vous semble pas tout à fait digne de confiance, il permet néanmoins d'ouvrir le débat sur les médicaments en vente libre.

J'ai pu prendre connaissance d'un système mis en œuvre au Québec, nommé le Code du médicament. L'objectif de ce programme est simple: informer le malade des précautions minimales à prendre avec les médicaments disponibles sans ordonnance en pharmacie. Ce programme est obligatoire depuis 1995 dans toutes les pharmacies de la province qui proposent ces médicaments. Il s'agit de 6 lettres-codes, chacune correspondant à une mise en garde précise que le pharmacien est tenu d'apposer sur l'étiquetage du médicament vendu. Par exemple, la lettre A prévient le malade que le médicament consommé peut occasionner de la somnolence. La lettre H est synonyme de risque de dépendance au médicament, qu'il faut donc éviter d'utiliser sur une longue période.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes.

Quel pourcentage représentent, en termes de disponibilité sur le marché de vente, les médicaments en vente libre par rapport à ceux qui nécessitent une prescription médicale?

A-t-on constaté une hausse de la consommation de ce type de médicaments?

Avez-vous eu écho du système québécois? Qu'en pensez-vous?

Estimez-vous que les Belges sont suffisamment informés des risques potentiels liés à l'automédication?

09.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la présidente, madame la députée, de ce sondage payé par l'industrie, il ressort des données fournies que les volumes de médicaments en vente libre sont très stables et se situeraient autour des 90 millions de conditionnements, ce qui représente 40% en parts de boîtes vendues.

Ces chiffres peuvent varier d'une année à l'autre, toujours d'après ces sources, en fonction de l'acuité des pathologies hivernales mais on ne peut pas vraiment parler d'une hausse de la consommation ces dernières années.

Pour ce qui est du système québécois, je viens d'en avoir écho par vous. Ce système de lettre-code peut avoir un intérêt si la lettre est apposée au moment de la délivrance, qu'elle témoigne de l'avertissement donné de manière explicite par le pharmacien et qu'elle sert à le rappeler au patient par la suite. Il serait donc intéressant de disposer davantage d'informations sur ce système. Néanmoins, je pense que les patients belges sont, de manière générale, bien informés des risques de l'automédication.

En tant que ministre de la santé, je rappelle à nouveau qu'il est important pour tout un chacun de ne courir aucune aventure en matière d'automédication. Je rappelle aussi, à titre informatif, qu'une des pièces maîtresses de la réforme du statut du pharmacien porte précisément sur le "counseling" par rapport aux médicaments de comptoir.

Vous posez la question du rôle de conseiller joué par le pharmacien. Ce rôle peut être amené à se renforcer car le pharmacien peut non seulement savoir quels sont les médicaments de comptoir qu'il délivre mais également leur interaction éventuelle avec des médicaments prescrits. Par contre, au moment de la prescription, le médecin ne peut avoir connaissance des autres médicaments. À la délivrance de médicaments au comptoir, on peut conseiller le patient.

La sécurité du patient est, bien sûr, un souci constant pour la Santé publique. C'est la raison pour laquelle nous avons amélioré les notices. L'Europe l'a fait et nous l'avons implémenté sur le territoire national.

Nous vérifions également les publicités qui doivent faire l'objet d'un contrôle préalable à leur diffusion, notamment par rapport à la conformité du dossier d'autorisation de mise sur le marché mais aussi la présence des mentions obligatoires qui incitent à lire attentivement la notice, etc.

Des mentions spécifiques peuvent également être imposées, comme les contre-indications chez les enfants, en cas de grossesse, bref, pour les catégories socio-sanitaires qui peuvent être concernées. Sont également interdites les publicités qui pourraient conduire, par une description détaillée de l'anamnèse, à un faux auto-

diagnostic; en d'autres termes, donner le sentiment, par une description détaillée de l'anamnèse que l'on peut soi-même recourir à cette molécule sans risques en ne tenant pas toujours compte de la connaissance relative que peuvent avoir des citoyens lambda.

Pour ce qui est de la notice, la loi du 1^{er} mai 2006 a, en outre, introduit l'obligation nouvelle pour les firmes de soumettre aux autorités, dans la demande d'autorisation du médicament, les résultats de la consultation du groupe de patients permettant de vérifier la lisibilité, la clarté ainsi que la facilité d'utilisation de ladite notice.

09.03 Véronique Ghenne (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. En ce qui concerne le code du médicament en vigueur au Québec – mais vous n'en avez apparemment pas connaissance –, peut-être pourrions-nous imaginer la mise en place de ce système en Belgique? En effet, la carte délivrée au patient qui désire obtenir des médicaments en vente libre doit être remplie avec le concours du pharmacien.

09.04 Rudy Demotte, ministre: Madame Ghenne, la réponse est très facile pour moi. Étant donné que je n'ai pas connaissance de ce code, je ne peux vous dire s'il est applicable en Belgique. Je peux vous fournir une réponse encore plus facile: s'il nous semble bon de le faire au regard des critères que je viens de décrire, nous aurions intérêt à le faire et, raisonnant a contrario, si nous pensions que le système socio-sanitaire belge et les avantages relatifs à notre système font en sorte que ce code apparaîtrait plutôt comme un élément de complexité et sans plus-value, nous ne l'appliquerions pas. Je pense que ma réponse est, par définition, frustrante.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16.31 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.31 uur.