

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 12 JANUARI 2010

Voormiddag

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

du

MARDI 12 JANVIER 2010

Matin

La séance est ouverte à 10.29 heures et présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.

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-eerste minister 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 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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, mijn vraag gaat over het vroegtijdig opsporen van diabetes type 1 en de financiering van het Belgisch Diabetes Register.

Mevrouw de minister, het probleem is u zeker niet onbekend. In België zijn er jaarlijks ongeveer 10 nieuwe patiënten met diabetes type 1 jonger dan 40 jaar per 100 000 inwoners. Er bestaat geen toename van het aantal nieuwe gevallen van diabetes type 1 onder de 40 jaar, maar er is wel een belangrijke toename van het aantal nieuwe gevallen bij kinderen. De ziekte komt op steeds jongere leeftijd voor. Over een periode van 15 jaar verdubbelde het aantal nieuwe gevallen bij kinderen jonger dan 10 jaar, nog meer bij jongens dan bij meisjes.

Het Belgisch Diabetes Register verzamelt op systematische wijze en strikt vertrouwelijk gegevens over diabetici jonger dan 40 jaar en hun verwanten. Op die manier verzamelt het belangrijke gegevens voor de opvolging van het diabetesbeleid.

Het doet ook aan een risicobepaling. Dat is zeer belangrijk, omdat diabetes type 1 meestal pas wordt vastgesteld wanneer al een groot deel van de bètacellen in de pancreas is vernietigd, waardoor de therapie veel moeilijker wordt.

Daarbij focust het op de eerstegraadsverwanten, zussen of kinderen of kinderen van zussen en broers, van type 1-diabetespatiënten jonger dan 40 jaar.

In België gebeurt heel wat onderzoek naar hoe diabetes kan worden afgeremd of kan worden behandeld. Een van deze studies werkt met het toedienen van CD3-antilichamen, waardoor de afbraak van de bètacellen in de pancreas wordt vertraagd. Een andere studie werkt rond de transplantatie van de bètacellen. In dit licht is het belangrijk dat diabetes type 1 snel wordt opgespoord.

Als aan endocrinologen gevraagd wordt wat er nog moet gebeuren in België, zijn er twee essentiële zaken.

Ten eerste willen ze meer epidemiologische gegevens over de groep ouder dan 40 jaar.

Ten tweede willen ze een screening van de risicogroepen. Dat is belangrijk om de kinderen op tijd te kunnen

opsporen en behandelen. Vlaanderen noch België hebben een georganiseerd screeningprogramma voor diabetes type 1. Wij vragen geen massascreening, wel een screening van de risicogroepen, zoals vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben vertoond, mensen jonger dan 40 jaar die in de familie iemand met diabetes type 1 hebben en bepaalde voorbestemde etnische groepen.

Met betrekking tot zwangerschapsdiabetes bestaat reeds een project. Het zou goed zijn als ook voor de andere risicogroepen een project zou worden opgestart.

Mevrouw de minister, bent u gewonnen voor een screeningprogramma voor risicogroepen? De financiering van het Belgisch Diabetes Register valt ten prooi aan een bevoegdheidsdiscussie. Daardoor voelt geen enkel niveau zich echt verantwoordelijk. Nochtans heeft het een belangrijke rol te vervullen. Bent u bereid om in samenspraak met de Gemeenschappen en Gewesten te zorgen voor voldoende financiering om dit project te bestendigen? Het zou jammer zijn als ook dit communautair een kind van de rekening zou zijn.

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De screening van diabetes type 1 is gerechtvaardigd en gebeurt momenteel bij personen met een familiaal risico, bij jonge personen met obesitas en ook systematisch bij zwangere vrouwen. Op internationaal niveau bestaat er blijkbaar geen aanbeveling op het vlak van het opsporen van diabetes type 1. Bepaalde nationale diabetesverenigingen preciseren zelfs dat een dergelijke opsporing niet is aan te bevelen. Bovendien bestaat er thans geen interventie die het mogelijk maakt om het opduiken van diabetes type 1 te vertragen of te verhinderen. In de huidige stand van de wetenschappelijke gegevens is de meerwaarde van een systematische voortijdige opsporing voor andere doelgroepen niet aangetoond.

Sinds de stichting in 1989 verzamelt het Belgisch Diabetesregister systematisch en strikt vertrouwelijk gegevens van diabetespatiënten en hun verwanten van jonger dan 40 jaar. Het register heeft tot doel de preventie te verbeteren en tegen deze aandoening te strijden door de registratie ervan performanter te maken en door de risicofactoren beter af te bakenen. De klinische testen worden gedeeltelijk gefinancierd door het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek. De logistieke kosten van deze vzw, namelijk de codering van de gegevens, worden gedeeltelijk gefinancierd door de Vlaamse regering en tot drie à vier jaar geleden ook door de Franse Gemeenschap.

Volgens het register zou de Vlaamse regering aangekondigd hebben dat ze haar subsidie vanaf 2010 zal stopzetten. In het licht van die omstandigheden en omdat ik van mening ben dat een diabetesregister met daarin alle gediagnosticeerde diabetespatiënten type 1 en type 2 epidemiologisch gezien essentieel is om diabetes in ons land beter te kunnen aanpakken, zal ik voorstellen om een werkgroep hierover op te richten in de interministeriële conferentie.

01.03 **Maggie De Block** (Open Vld): U weet dat artsen geacht worden om zich bij te scholen, en antwoorden en behandelingen te geven aan hun patiënten die getoetst zijn aan de huidige stand van de wetenschap. Ik merk dat het eerste deel van uw antwoord niet getoetst is aan de huidige stand van de wetenschap. Er zijn wel degelijk opsporingsmethodes bij kinderen om vijf of tien jaar vóór het uitbreken van diabetes type 1 opsporingen te doen. Ik weet niet wie u dat heeft geadviseerd, maar ik dring erop aan dat die mijnheer of mevrouw dringend contact opneemt met onder andere het kinderziekenhuis van de VUB, de dienst van professor Pipeleers, die medische research doet rond de transplantatie van bètacellen. Ik heb vroeger nog examens bij hem gedaan en dat waren niet van de leukste.

Ik ben verontwaardigd, mevrouw, dat het eerste deel van het antwoord – en dat ligt niet aan u, u wordt niet geacht een diabetesdeskundige te zijn – niet klopt. Ik zou graag hebben dat het antwoord getuigt van een kennis die in België alom verspreid is en ook in de literatuur is terug te vinden. Pediaters en zelfs huisartsen als ik hebben hier weet van.

Ik zal hier zeker op terugkomen want ik vind dat dit niet kan.

Het tweede deel van uw antwoord over het wegvallen van de financiering en uw bereidheid ter zake om een werkgroep op te richten, getuigt van veel verantwoordelijkheid. Ik neem aan dat het doel van de werkgroep is een verdere financiering van het diabetesregister uit te dokteren. Ik vraag u alleen nog wanneer u denkt dat de interministeriële conferentie zal plaatsvinden. Wanneer kan ik daarop terugkomen?

Mevrouw, ik ben niet de kwaadste, maar ik ben wel verontwaardigd over het antwoord op het eerste gedeelte.

01.04 Minister **Laurette Onkelinx**: (...) volgende interministeriële conferentie wachten. Ik ken de datum niet van de volgende interministeriële conferentie. Ik denk dat dit misschien in maart zal zijn, maar ik moet dit nog verifiëren.

01.05 **Maggie De Block** (Open Vld): Dat zijn twee losse zaken: de toekenning en de manier van werken, de methodologie.

01.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Ja, alle aspecten zullen worden bestudeerd in de werkgroep van de interministeriële conferentie.

01.07 **Maggie De Block** (Open Vld): Het Fonds voor wetenschappelijk onderzoek is ook al opgesplitst in een Vlaams en een Frans fonds.

Dat is al gebeurd. Vroeger was het ook een nationaal fonds. Ik neem aan dat voor de financiering ervan een regeling zal kunnen worden getroffen. Ik kom er nog op terug.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Gilkinet et M. Bacquelaine se trouvent en commission des Affaires sociales et ont demandé à pouvoir poser leurs questions plus tard.

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 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister 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!): Madame la ministre, j'avais déposé cette question il y a longtemps. Je l'ai ensuite déposée à nouveau après la mise en place du nouveau gouvernement.

Le SPF Santé publique, Protection de la chaîne alimentaire et Environnement a mis en ligne un site dénommé "airintérieur.be" qui, comme son nom l'indique, a trait aux pollutions intérieures. Ce site met l'accent sur ces pollutions, que ce soit à la maison ou au lieu de travail. Sont visées les sources de pollution dues à certains types de matériaux (le tabac, les combustions) et sont pointés les risques pour la santé. Tout naturellement, des conseils à caractère préventif sont prodigués autour de quelques fenêtres que l'internaute est invité à ouvrir. Des références de sites pour poursuivre la recherche d'informations sont également données.

Il s'agit-là d'une bonne initiative. Pourriez-vous me dire quel est le service initiateur de cette campagne? Quelles en ont été les motivations? Quel est l'opérateur qui a concrétisé le site? Quel est le cahier des charges lié à la concrétisation de ce site?

Les Régions sont également concernées par cette question. Quelle collaboration avez-vous mise en place avec les Régions qui ont dans leurs compétences les pollutions intérieures en matière de prévention de politique de logement, etc.?

Sur le plan du contenu, pourquoi ne parle-t-on pas du plomb dans les pollutions intérieures, ni du rayonnement électromagnétique, sujet sur lequel je vous ai déjà interpellée? Il faudrait, selon moi, mentionner ce type de pollution sur ce site.

02.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, le service qui met en œuvre la campagne "L'air de votre maison a besoin d'être nettoyé", dont le site n'est qu'un élément, est le service Politique des produits de la DG Environnement du SPF Santé publique.

À l'origine, cette campagne est une initiative de mon collègue Paul Magnette, par ailleurs président de la

CIMES, que je soutiens activement dans ses efforts pour protéger l'environnement, mais aussi la santé publique.

Les motivations de cette initiative se trouvent dans le plan d'action 2009-2012 "Contribution fédérale à la lutte contre la pollution de l'air". Diverses études fédérales des émissions de produits tels que les matériaux de construction, les désodorisants, les détergents ont conduit à l'introduction d'un volet intérieur dans le plan Air.

Par ailleurs, des études menées dans le cadre du plan d'action national Environnement-Santé nous ont montré qu'un renouvellement de l'air des locaux de vie n'est pas toujours approprié. Je pense ici à certains polluants, notamment ceux issus de produits qui s'y accumulent.

Enfin, le risque encouru lors de l'exposition au cocktail de substances constitué par les émissions, notamment des produits, n'est actuellement pas évalué.

Cela n'est pas sans conséquences pour les risques liés aux produits mis sur le marché en Belgique. 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.

En ce qui concerne le problème des peintures au plomb ou des ondes électromagnétiques, il ne peut être solutionné par l'aération.

L'aération constituant le message principal de la campagne, introduire ces polluants aurait rendu le message trop complexe. Les appareils qui émettent des ondes électromagnétiques pourront éventuellement faire l'objet de campagnes ultérieures. S'agissant du plomb, la mise sur le marché de peintures qui en contiennent est déjà interdite par le règlement REACH.

C'est l'agence Leo Burnett qui a été chargée de réaliser la campagne dans sa globalité, dont le site – je le rappelle – n'est qu'un élément constitutif. À la suite d'une procédure négociée sans publicité préalable lancée par la DG Communication externe du SPF Chancellerie du premier ministre, la population a été informée de l'existence du site "airinterieur.be" par une campagne composée des éléments suivants:

- des annonces print: trois visuels différents dans les magazines de la presse hebdomadaire;
- des bandes d'information sur différents sites d'information ainsi que sur les sites .be et du SPF Santé publique;
- une action tactique: nous avons collaboré avec l'ONEM et le système des chèques-services pour diffuser un flux d'informations à la population cible;
- une Action-Pas: en collaboration avec l'ONEM, nous avons envoyé l'Action-Pas à 500 000 ménages belges;
- une collaboration avec les médias afin d'assurer une approche plus ludique avec un quiz internet, un dossier écologique reprenant entre autres le thème de la pollution intérieure;
- la relation avec la presse sous forme de communiqués avec comme résultat de nombreux articles et interviews lors d'émissions radio.

La campagne a débuté le 22 septembre 2009 et s'est prolongée jusqu'à la fin octobre. Nous ne disposons donc pas encore d'une évaluation complète.

Par ailleurs, pour ce qui est de la collaboration avec les Régions, elle est portée sur la problématique en général. Cette collaboration avec les Régions se fait via la Conférence interministérielle, d'une part. D'autre part, en ce qui concerne les normes de produits, dans la Conférence interministérielle non pas Santé publique mais Environnement, les actions fédérales sont consécutives aux travaux réalisés dans le cadre du plan d'action national Environnement-Santé et notamment dans le cadre de la définition des priorités en termes de substances polluantes présentes dans les produits mais aussi les résultats d'un projet-pilote d'évaluation de la qualité de l'air dans les crèches en Belgique.

Tant les Régions que les Communautés ou l'État fédéral donnent les suites qu'ils jugent nécessaires à ces projets, chacun dans le cadre de ses compétences. L'État fédéral est en charge des normes de produits et veille à rappeler les règles qui permettent de réduire les risques liés à des produits mis sur le marché en Belgique.

En outre, 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 établis au cas par cas. Compte tenu des règles européennes, la mise au point de normes est donc un processus de longue haleine mais il est évident que la santé du citoyen ne peut attendre.

02.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je suis heureuse d'apprendre l'ampleur de cette campagne. Je vous avoue que je ne l'avais pas repérée, sans doute parce que je ne regarde pas suffisamment la télévision.

Je trouve néanmoins important de ne pas négliger la question des pollutions électromagnétiques. Cela ne colle pas avec le concept d'aération des locaux, mais, par ailleurs, nous aimerions avoir une telle campagne sur l'utilisation des équipements à l'intérieur des maisons. Des tas de conseils sont à prodiguer aux gens, qui n'ont encore jamais été diffusés.

Par ailleurs, la pollution au plomb reste importante. Pourtant, la quantité de plomb dans les produits a nettement diminué, mais l'enquête réalisée séparément par la Région wallonne et la Région flamande dans les crèches a quand même permis de détecter des débris de peintures au plomb dans pas mal de bâtiments anciens ou repeints au moyen de fonds de peintures anciennes. Les stocks en contiennent encore beaucoup. La pollution au plomb n'est donc pas du tout négligeable. Il ne s'agit donc pas de lâcher cette question du plomb surtout vis-à-vis des petits enfants qui mettent leurs doigts partout et mangent ce qu'ils ramassent.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

03.01 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, madame la vice-première ministre, vous savez que je suis concerné par tout ce qui touche aux prescriptions en général, à divers titres mais plus particulièrement parce que j'estime que c'est l'un des éléments fondateurs de l'attrait de la médecine générale. La façon dont sont organisés la prescription et son contrôle induit une attitude du médecin généraliste. C'est un élément important dans la manière dont il vit son métier.

Je suis déjà intervenu à diverses reprises, notamment lors de la publication des arrêtés relatifs au traitement par les produits utiles dans l'asthme et la bronchite chronique. Suite au mécontentement provoqué par la publication de l'arrêté Asthme/BPCO, la convention médico-mutuelliste de 2008 prévoyait la création d'une structure tripartite, associant les organisations professionnelles, les assureurs et les associations scientifiques, pour élaborer les recommandations de prescription des médicaments.

La loi du 8 juin 2008 portant des dispositions diverses a concrétisé cet accord et a adapté la réglementation des médicaments en chapitre II (médicaments assortis de recommandations en matière de prescriptions et d'un contrôle a posteriori).

Ainsi la procédure de réalisation des recommandations des médicaments a été adaptée. Il a été convenu que lorsque la ministre prenait l'initiative de classer des spécialités dans le groupe des médicaments avec un contrôle a posteriori (chapitre II), un groupe de travail tripartite (composé de médecins, mutualités et associations scientifiques) préparait les recommandations. Les propositions ne sont pas présentées à la CRM si elles sont rejetées à l'unanimité des membres d'une des trois parties.

À ce jour, l'arrêté d'exécution nécessaire à la création de la structure tripartite n'a toujours pas été publié. Il n'est donc pas possible de mettre en œuvre cette procédure. Je rappelle qu'il s'agit d'une loi du 8 juin 2008, soit voici 18 mois.

Madame la ministre, mes questions sont simples.

Pouvez-vous faire le point sur ce dossier?

Quelles sont les raisons qui justifient un tel retard?

Quand sera créée la structure tripartite ainsi prévue par la loi du 8 juin 2008?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, lors de la parution de l'arrêté fixant les modalités de remboursement au sein du chapitre II des médicaments Asthme/BPCO, de nombreux médecins – vous l'aviez fait également – avaient soulevé la difficulté d'application de ces mesures; nous en avons amplement discuté à l'époque.

Après concertation avec les acteurs de terrain, j'ai proposé de suspendre les mesures de contrôle *a posteriori* de ces médicaments en attendant la mise en place d'un nouveau système créant un groupe tripartite, impliquant de manière directe les médecins de terrain, et amené à étudier avant toute décision de la Commission de remboursement des médicaments d'éventuels passages de spécialités pharmaceutiques de la classe 4 vers la classe 2.

J'ai demandé à l'administration de l'INAMI de rédiger un projet d'arrêté royal modifiant les articles 79bis et ter de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, qui fixe les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, et aussi l'arrêté royal du 30 décembre 2005 fixant les modalités de publication des recommandations, notamment en vue de la simplification administrative de remboursement des médicaments de chapitre II.

Les deux principales modifications consistent, d'une part, à établir une distinction claire entre les recommandations de bonnes prescriptions et les conditions de remboursement de spécialités transférées du chapitre IV vers le chapitre II; d'autre part, à créer ce groupe de travail tripartite au sein de la CRM afin d'établir les propositions de recommandation.

Le projet d'arrêté a été transmis à l'Inspection des Finances qui s'est interrogée sur la manière d'assurer le respect du non-impact budgétaire lors des passages du chapitre IV vers le chapitre II, puisque j'avais dit que l'arrêté n'avait pas d'impact budgétaire. Le texte a ensuite été soumis au Budget qui a remis son accord et le projet a été soumis pour avis au Conseil d'État.

J'attends cet avis pour ce mois de janvier, normalement, et l'arrêté pourrait donc être adopté très prochainement.

03.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je me réjouis que cet arrêté soit publié le plus rapidement possible, d'abord parce que c'était un engagement pris et que le respect des engagements est essentiel pour la crédibilité du politique. Ensuite, plus particulièrement, et nous en discutons cet après-midi, à cause de l'attractivité de la médecine générale au profit de laquelle les procédures en matière de prescriptions et de leur contrôle sont essentielles.

L'attractivité de la profession ne consiste pas seulement en des problèmes de revenus ou de gardes, bien que ces derniers restent très importants, mais c'est aussi toute la charge administrative et l'ambiance parfois délétère en matière de contrôles qui entraînent le refus de certains de s'engager dans la médecine générale. Si nous voulons parler efficacement d'attractivité, le problème de la prescription et de son contrôle doit être résolu afin de respecter les engagements en la matière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister 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!): Madame la ministre, mieux connue sous le nom de

Softenon, la molécule thalidomide est un médicament prescrit aux femmes enceintes dans les années 50 et 60 pour combattre les nausées et les vomissements. Je ne vais pas refaire tout l'historique. Dès 1962, on a retiré le produit de la vente suite au constat de malformations chez les nouveau-nés qu'on a liées à la prise de ce médicament.

À l'heure actuelle, on ignore le nombre exact de victimes de la thalidomide en Belgique, aucun recensement n'ayant été réalisé. Il y a les fameux effets sur les membres des personnes atteintes par cette substance mais il y a aussi des problèmes de vue, des douleurs musculaires, des problèmes d'hygiène, des douleurs perpétuelles. Avec l'âge, les effets s'accroissent et ces personnes éprouvent de grandes difficultés dans leur vie de tous les jours. L'absence de recensement implique également qu'aucune catégorie en matière de handicap n'a été clairement définie en ce qui concerne les thalidomidiens. Il est donc difficile de les identifier et de leur réserver un traitement spécifique.

Par ailleurs, en Belgique, 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. Ce programme vise à assurer la surveillance d'un usage sûr et doit avoir obtenu préalablement un visa accordé par le ministre de la Santé publique.

Madame la ministre, n'est-il pas urgent d'opérer un recensement des victimes de la thalidomide afin d'établir une classification des handicaps liés à l'usage de la thalidomide *in utero* – autrement dit d'établir une catégorie des thalidomidiens. Cela permettra de préciser leur statut et de leur proposer une aide adaptée. En outre, pourrait-on envisager une indemnité plus importante permettant aux personnes affectées en Belgique de recevoir une aide suivant leurs 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, notamment le manque de contrôles et de tests à l'époque, comme le demandent les victimes – une association s'étant récemment constituée? Enfin, en ce qui concerne l'arrêté royal qui autorise l'importation, la cession et la délivrance de médicaments, 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: Madame la présidente, je suis en contact avec cette association et je souhaite continuer à travailler avec elle. J'ai été impressionnée et émue par leur courage mais aussi leur détermination à trouver une solution pour réparer une négligence grave de l'époque, lorsque l'on n'a pas arrêté la circulation de ce médicament. Aujourd'hui, on connaît les conséquences pour ces victimes.

Vous m'interrogez sur l'arrêté royal du 13 février 2005 qui interdit l'importation, la cession et la délivrance de médicaments contenant de la thalidomide. Cet arrêté permet néanmoins que ce médicament soit prescrit et délivré mais dans le cadre de l'application d'un programme de gestion de risques extrêmement strict. Ce programme a pour but d'assurer que le médicament est utilisé à bon escient, que tous les acteurs (médecins, pharmaciens et patients) 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, médicament tristement célèbre pour ses effets tératogènes mais qui a continué à faire l'objet de recherches, pouvait néanmoins constituer un traitement alternatif efficace lors d'échecs thérapeutiques dans des maladies telles l'érythème noueux de la lèpre, des affections dermatologiques comme le lupus érythémateux discoïde, le prurigo nodularis, le syndrome de Weber-Christian, la maladie de Behçet, la stomatite aphteuse récurrente, l'érythème polymorphe light, l'hydroa vacciniforme et la maladie de Jessner-Kanoff.

La maladie du greffon contre l'hôte s'est ajoutée aux indications pouvant justifier l'administration de thalidomide ainsi que la maladie de Crohn réfractaire, la colite ulcéreuse et d'autres affections pour lesquelles un traitement efficace n'est pas connu, mais uniquement dans le cadre d'un essai clinique décrit dans un protocole et approuvé par un comité d'éthique.

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 situation a évolué, puisqu'en avril 2008, la firme Celgene a obtenu l'autorisation de mise sur le marché au niveau européen du médicament thalidomide Celgene 50mg, autorisation qui a été délivrée par la Commission européenne après évaluation par l'Agence européenne des médicaments. Ce médicament est indiqué en association avec le melfalan et la prednisone pour le traitement de première ligne des patients âgés de plus de 65 ans présentant un myélome multiple non traité ou présentant une contre-indication à la chimiothérapie à haute dose.

La maîtrise des risques liés à l'utilisation de la thalidomide se fait également dans un programme de gestion des risques. Ce programme est une condition *sine qua non* d'autorisation de mise sur le marché. Elle est appliquée dans tous les États membres de l'Union européenne.

Il prévoit notamment la mise en place d'un système de distribution contrôlée du médicament. Il est aussi prévu que tous les professionnels de la santé pouvant prescrire ou délivrer de la thalidomide Celgene reçoivent un dossier d'information contenant un guide à destination des professionnels de la santé, une brochure et une carte d'information pour les patients ainsi que le résumé des caractéristiques du produit, la notice destinée aux patients et l'étiquetage du médicament.

Vu les effets tératogènes connus de la thalidomide, les professionnels de la santé doivent veiller que leurs patients traités utilisent, le cas échéant, des mesures de contraception. Ceci entre vraiment dans le programme de gestion des risques.

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 permet de rendre justice à ces victimes qui ont subi un retrait d'autorisation tardif. Parmi les victimes du fameux Softenon, qui étaient devant moi, certaines femmes ont expliqué que leur mère enceinte avait pris le médicament quelques jours avant le retrait de l'autorisation.

D'une part, nous travaillons sur un mode de dédommagement et, d'autre part, nous devons également permettre que cette molécule puisse, dans le cadre de programmes très stricts de gestion des risques, être utilisée, car c'est parfois le seul recours pour des personnes atteintes de certaines maladies graves ou orphelines.

04.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, 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. Il me paraît effectivement prévoir des conditions de sécurité.

Dans la mesure où il n'y a pas d'alternative, peut-être est-il en effet encore opportun de l'utiliser mais dès qu'une alternative existera, je crois qu'il sera bon 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, *The Thalidomide trust*. L'État britannique a présenté des excuses nationales et octroyé à ces victimes 27 000 euros par an depuis décembre 2009. 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. Je fais confiance à vos contacts avec l'association. Nous serons attentifs au fait qu'il y ait une juste reconnaissance et une plus juste indemnisation des victimes.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: Quand j'interviendrai, clairement, 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.

04.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je vous en remercie.

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

05 Vraag van mevrouw Christine Van Broeckhoven aan de vice-eerste minister 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 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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag betreft de toepassing van de maximumfactuur chronisch zieken voor patiënten met dementie.

Het nieuwe systeem met de toepassing van de maximumfactuur voor patiënten met een chronische ziekte maakt geen gebruik van een lijst met pathologieën. Iemand wordt als chronisch ziek beschouwd als zijn of haar medische kosten gedurende de voorbije twee jaar minstens 450 euro aan remgelden bedroegen. Op zich is dit een verbetering van het systeem waardoor gezinnen met een chronisch zieke in hun midden kunnen genieten van een extra verlaging van het plafond van de MAF met 100 euro.

Theoretisch kan men verwachten dat ook patiënten met dementie hiervan zouden moeten kunnen genieten, maar daarover is geen zekerheid omdat als criterium betaalde remgelden wordt gebruikt en dus enkel terugbetaalde medische zorgen in aanmerking worden genomen. Dit criterium geldt overigens ook voor de toekenning van het zorgforfait. Mogelijk komen patiënten met dementie die wel degelijk langdurig chronisch ziek zijn, niet in aanmerking voor een tegemoetkoming doordat er geen lijst met pathologieën wordt gebruikt. Een groot deel van de patiënten met dementie heeft overigens in de beginfase van de ziekte vooral meer niet-medische farmaceutische kosten dan in de eindfase. De ziekte evolueert immers van een chronische begeleidingsbehoefte in de beginfase naar een chronische verzorgingsbehoefte en dit voor elke patiënt op een verschillende wijze.

Mevrouw de minister, beschikt u over informatie over het aandeel van patiënten met dementie die het plafond van 450 euro gedurende twee opeenvolgende jaren bereiken? Ziet u een mogelijkheid om de groep van patiënten met dementie voor een tegemoetkoming voor chronisch zieken in aanmerking te laten komen?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: De hoogte van de remgelden die door een zelfde gezinslid werden gedragen gedurende twee opeenvolgende kalenderjaren van een gegeven jaar, is het enige criterium om te kunnen genieten van de maximumfactuur voor chronisch zieken. Deze maatregel is niet gebaseerd op specifieke aandoeningen om het mogelijk te maken dat een zo groot mogelijke groep rechthebbenden, die getroffen werd door een aandoening die aanleiding geeft tot langdurige medische uitgaven, van deze maatregel zou kunnen genieten. De verzekeringsinstellingen dienen, met het oog op deze maatregel, enkel de hoogte van de gedragen remgelden per aangeslotene bij te houden. Bovendien is meer algemeen het terugbetalingsmechanisme van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geïnd op de terugbetaling per verstrekking of groep verstrekkingen en niet op de terugbetaling per aandoening of diagnose.

Er kunnen dan ook geen cijfers worden voorgelegd over het aantal rechthebbenden op de maximumfactuur voor chronisch zieken overeenkomstig de aandoening of de specifieke diagnose van deze rechthebbenden. Dergelijke becijfering zou trouwens bijzonder moeilijk zijn, gelet op het feit dat dementie verscheidene stadia kent en aanleiding geeft tot diverse verstrekkingen waarvan sommige niet worden terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Een aantal verstrekkingen wordt specifiek ter behandeling van dementie verleend, maar veel verstrekkingen zoals opname in een verpleeginrichting, zijn verstrekkingen die meer algemeen worden verleend voor een groot aantal pathologieën en niet zijn voorbehouden voor patiënten met dementie.

In de mate waarin een of meerdere welbepaalde terugbetaalbare verstrekkingen kunnen worden gelinkt aan de pathologie van dementie, is het zelfs niet zeker dat alle rechthebbenden aan wie die verstrekkingen worden verleend, in aanmerking komen voor de maatregel van de maximumfactuur voor chronisch zieken, aangezien de betrokken rechthebbenden voor twee opeenvolgende jaren 450 euro remgeld dienen te hebben gedragen.

Ook dient rekening te worden gehouden met het feit dat niet-terugbetaalbare verstrekkingen in principe per definitie buiten de maatregel van de maximumfactuur vallen, zodat personen wiens behandeling uitsluitend uit dergelijke verstrekkingen bestaat, niet in de cijfers zouden voorkomen.

Ten slotte moet worden toegevoegd dat een maatregel inzake een statuut voor chronisch zieken in voorbereiding is. Die maatregel heeft tot doel de personen te helpen die aan een ernstige chronische ziekte lijden, om het hoofd te kunnen bieden aan hun uitgaven voor gezondheidszorg. De personen die onder de

voorwaarden van dat statuut vallen, zullen van bepaalde voordelen kunnen genieten. De experts van het RIZIV finaliseren momenteel een model als gevolg van de opmerkingen van de verschillende betrokken partijen in de daartoe opgerichte werkgroep, welke opmerkingen eind 2009 tijdens de voorstelling van dat model voor de laatste opmerkingen en ter goedkeuring werden geformuleerd. De gefinaliseerde versie van de identificatiecriteria wordt door mijn diensten eind januari verwacht.

05.03 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Met het nieuwe systeem voor de chronisch zieken, gebaseerd op minstens twee jaar voor 450 euro aan remgelden, bestaat inderdaad de mogelijkheid dat patiënten met dementie in bepaalde stadia niet zullen voldoen aan dat criterium. Ik meen evenwel begrepen te hebben dat u aan het werken bent aan een nieuw statuut voor chronisch zieken, een maatregel waaronder dementiepatiënten dan eventueel wel zouden passen. Als ik het goed begrepen heb, komt dat ter beschikking of wordt dat bekend op het eind van de maand januari.

05.04 Minister Laurette Onkelinx: Voor eind januari zal ik de voorstellen krijgen en ik zal ze bestuderen.

05.05 Luc Goutry (CD&V): Er zal toch niet automatisch een link zijn met de MAF? Alle mensen die het statuut van chronisch zieke hebben zullen toch niet automatisch binnen de MAF vallen, ongeacht de kosten die ze hebben? Dat is toch onmogelijk?

05.06 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Dat nieuwe statuut voor chronisch zieken zou dan moeten verschillen van de maatregel die wij nu hebben voor chronisch zieken waarbij wordt gewerkt met het criterium van 450 euro aan remgeld voor twee jaar.

05.07 Laurette Onkelinx, ministre: Je l'ai déjà souvent dit: je souhaiterais que le statut "malade chronique" puisse reprendre, outre les personnes qui bénéficient déjà actuellement du MAF maladies chroniques, d'une part, les personnes atteintes d'une maladie rare, orpheline, qui sont dans une situation spéciale avec des problématiques spécifiques, comme par exemple le prix des médicaments et, d'autre part, celles et ceux qui ont une maladie incurable et dégénérative, telle que l'Alzheimer. Nous aurions ainsi un statut qui ne laisserait tomber personne par rapport à la situation actuelle mais qui faciliterait la vie en fonction de la maladie pour les maladies rares ou d'une caractéristique de la maladie pour les maladies incurables ou dégénératives. Tout ceci fait actuellement l'objet d'un débat au sein de l'INAMI. J'attends les conclusions du groupe de travail.

05.08 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik begrijp dat een complementair statuut voor chronisch zieken eraan komt, dat ook van toepassing zou zijn op die grote groep van patiënten met een neurodegeneratieve aandoening, wat een heel langzaam proces is voor deze patiënten en waarbij het type van kosten verschilt van beginfase naar tussenfase naar eindfase. Dat is dus een extra statuut dat dan ook deze patiënten zou moeten opvangen. Zo heb ik toch begrepen wat u hier gezegd hebt, mevrouw de minister. Ik kijk dan ook met veel belangstelling uit naar die nieuwe maatregel en naar dat nieuwe statuut.

La **présidente**: Chère collègue, je vous demande de terminer.

05.09 Christine Van Broeckhoven (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb samengevat wat ik denk dat u gezegd hebt. Ik kijk uit naar dat nieuwe statuut, naar die nieuwe maatregel. Ik hoop uiteraard dat de dementiepatiënten er mee onder zullen vallen.

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

La **présidente**: Chers collègues, je vous demande d'être plus succincts, sinon nous ne pourrions pas achever notre ordre du jour.

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

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, vous savez que je suis déjà intervenu à plusieurs reprises sur cette matière.

On se souviendra qu'en son temps, vous aviez dit que vous attendiez la réaction de votre collègue française (UMP), Mme Roselyne Bachelot. Ensuite, vous aviez mentionné les chiffres de la Grande-Bretagne pour évoquer le fait qu'il fallait continuer à "ostraciser" – si j'ose m'exprimer ainsi – les homosexuels du don de sang.

On avait reparlé de cette question à l'occasion de la problématique de la grippe. En effet, dans le cadre de vos "pouvoirs spéciaux", vous aviez prévu l'intensification du don de sang, tout en excluant la possibilité pour les homosexuels de donner leur sang.

Eureka! On est loin de l'époque – il y a cent ans –, 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: Le gouvernement de gauche d'Espagne les avait fait bouger avant lui!

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Tant mieux!

Le ministre suédois de la Santé et des Affaires sociales, le chrétien-démocrate Göran Hägglund, qui est né en 1959 – donc qui a à peu près votre âge –, vient de lever le refus de don de sang pour les homosexuels. Il semble que les choses bougent dans le chef de certains responsables européens en la matière!

Je n'ai pas oublié la réponse, très soucieuse, de préserver tout transfusé d'un risque potentiel de contamination par le VIH. Notre débat a porté, et porte toujours, sur une différence d'approche entre "groupe à risque" et "comportement à risque".

La question porte surtout sur un discours clair en la matière. La preuve en est que votre collègue suédois exige cependant une absence de relation avec un homme ou une femme pendant l'année précédant le don de sang. Nous en sommes à nous demander si l'objectif est de pousser les homosexuels à l'abstinence sexuelle ou bien à se tourner vers l'hétérosexualité pour avoir une libido. Nous tournons donc bien en rond!

Je ne conteste pas que les pratiques homosexuelles soient, pour certaines d'entre elles, potentiellement plus contaminantes. Je ne parlerai même pas de la réaction du Pape ce week-end. Le seul problème est que ces pratiques ne sont pas spécifiquement homosexuelles. La sodomie est aussi une pratique sexuelle entre hommes et femmes.

Par ailleurs, le fait de souligner que le préservatif ne protège pas totalement de la contamination par une MST ne peut s'entendre que s'il est précisé que la protection est imparfaite parce que, pour la plupart de ces maladies, la transmission se fait aussi via des rapports oraux ou bucco-génitaux. Cela remet l'utilisation des préservatifs en perspective pour ce qui concerne les pénétrations. C'est pourtant sur les pénétrations que la différence est soulignée en termes de traumatisme de la muqueuse anale, beaucoup plus fort que celui du vagin. Il est donc essentiel de préciser le bon usage de la protection en termes d'utilisation, notamment de lubrifiants.

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? Les associations qui ont longtemps été à la pointe en matière de prévention sont-elles toujours suffisamment subventionnées? Ont-elles toujours les effectifs suffisants pour mener des actions efficaces? Ne faut-il pas surtout changer le contenu des campagnes, en expliquant clairement quelles pratiques sont contaminantes? Ce serait le meilleur moyen d'éviter que des gens s'exposent par ignorance et non par goût du risque.

Et voilà enfin le sujet que je voudrais évoquer. 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 et de leur souci du respect des règles de précaution incontournables en la matière en regard de ce que pourraient faire les hétérosexuels en pareille situation.

C'est donc faire injure au sens des responsabilités des citoyens homosexuels, en contrepoint d'une

supposée et bien illusoire plus grande maturité des donneurs de sang hétérosexuels.

Madame la ministre, c'est là dessus qu'il faut agir en améliorant considérablement le contenu et le nombre de campagnes. Je sais bien que notre système politique en donne la responsabilité aux ministres des Communautés. Il faut trouver un moyen entre les différents organes de pouvoir, depuis les Régions jusqu'à l'Europe, pour améliorer cette information cruciale. C'est aussi le meilleur moyen d'éviter qu'il y ait des donneurs de sang, quelle que soit leur orientation sexuelle, potentiellement porteurs d'une MST.

À la lumière de cette évolution de la part d'un ministre de la Santé européen de centre droit, comment comptez-vous aborder le débat avec vos collègues, notamment pour mener à bien une communication claire et offensive en matière de politique de prévention à l'échelon européen?

Je vous remercie d'ores et déjà pour votre réponse dans la perspective de la future présidence belge de l'Union européenne.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Flahaux, 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'a fait mon collègue de centre-droit suédois et ma collègue de gauche espagnole. J'espère faire à court terme des propositions intelligentes en la matière qui permettent de faire une avancée, tout en respectant évidemment la sécurité des dons de sang, ce que nous voulons tous.

Ma réponse est très brève car nous sommes en train d'y travailler activement.

06.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, ma réplique sera brève également. Vous savez que, dans ce domaine, je suis un peu comme un *american staff*. Je ne lâcherai pas la prise! Je serai attentif à vos évolutions et, contrairement à ce que vous pouvez croire, je ne doute pas qu'à titre personnel, vous en ayez envie mais, parfois, je souhaiterais faire avancer plus vite votre envie!

06.06 Laurette Onkelinx, ministre: M. Flahaux veut faire avancer mes envies!

La **présidente**: Heureusement que l'on dit "envies"!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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 Vraag van de heer Jacques Otlet aan de vice-eerste minister 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): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai récemment rencontré des personnes qui avaient eu la mauvaise surprise de recevoir, après avoir pris un rendez-vous pour passer un acte technique médical, une facture qui était doublée par rapport à la tarification INAMI.

Renseignements pris auprès de l'hôpital, il s'avère que le médecin qui avait établi le protocole relatif à l'acte technique médical ainsi presté, l'avait fait pendant des heures durant lesquelles il n'était pas conventionné et que, dès lors, il pouvait réclamer des honoraires supplémentaires.

J'ai trouvé cela particulièrement choquant et je me suis dit que cela vous intéresserait sûrement, compte tenu du fait que 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'a pas préalablement été informé.

Tout récemment, vous avez encore clarifié cette législation en précisant 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.

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

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, comme vous l'avez indiqué, l'article 54 de la loi Santé a été récemment voté.

À ce jour, 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.

Cependant, l'article 50 (§ 3 et § 3bis) de la même loi s'impose déjà aux prestataires ou établissements visés par ces dispositions. Ces dispositions doivent donc être respectées par ces prestataires dans les obligations déjà claires qu'elles édictent. Il en sera de même très prochainement pour l'article 73 nouveau.

Vu votre connaissance de cette législation, je ne vais pas refaire ici l'historique et la genèse de ces dispositions ni de la motivation de la modification récente de l'article 73, du choix de modifier ledit article plutôt que l'article 50.

Qu'en est-il de la problématique que vous soulevez, à savoir l'information préalable sur le statut de conventionnement du prestataire, au moment de la consultation prévue dans un hôpital et particulièrement l'information préalable lors d'une prise de rendez-vous téléphonique pour une telle consultation à l'hôpital?

L'article 50, § 3bis est bien entendu d'application et impose donc à charge de l'établissement hospitalier une information à la fois préalable et expresse du bénéficiaire – le patient – et à défaut d'une telle information, la consultation ne peut être facturée au maximum qu'au tarif fixé par la nomenclature. L'obligation étant à charge de l'établissement hospitalier, il lui appartient d'établir, en cas de contestation par le bénéficiaire, qu'il a bien rempli cette obligation d'information préalable et expresse. La charge de la preuve appartient donc aussi à l'établissement.

À défaut pour l'établissement d'établir cette exécution correcte de l'obligation d'information, le bénéficiaire est en droit de contester et même de refuser la facturation et le paiement d'éventuels suppléments au-delà du tarif de la nomenclature. Cela étant dit, je conviens que c'est plus facile à dire qu'à faire et que cela pourrait créer une certaine confusion ou tension quant à la preuve de l'information fournie ou non lors de la prise de rendez-vous téléphonique, d'un rendez-vous ou même si l'information est confirmée par écrit le jour même de la consultation.

En son point 18.7 relatif à l'information et affichage du statut d'adhésion, l'accord national médico-mutuelliste 2009-2010 prévoit "outre la volonté de promouvoir une information la plus claire et complète envers les parties intéressées, entre autres les patients, 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 qu'il n'ait pas adhéré à l'accord ainsi que les périodes de conventionnement ou de conventionnement partiel".

C'est pourquoi l'article 73 prévoit désormais la possibilité de fixer des modalités spécifiques outre l'affiche claire et visible. Je vais donc demander à l'INAMI d'étudier avec les intéressés la question que vous avez soulevée et de me proposer des solutions pratiques pour mieux répondre à l'obligation d'information.

07.03 Jacques Otlet (MR): Madame la ministre, je vous remercie de prendre ainsi en considération un cas concret et de pouvoir y réserver une suite utile. Les patients sont bien souvent surpris par ce genre de pratique, en particulier quand il s'agit d'un acte technique médical. Souvent, ce sont des techniciens qui réalisent l'acte technique, le protocole étant établi par après. Si le médecin déclare ne pas avoir été conventionné pendant les heures pendant lesquelles il a établi le protocole, il se permet d'augmenter les honoraires, ce qui n'est pas admissible.

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

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister 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-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het bleachen van tanden buiten het tandartsenkabinet" (nr. 17736)

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het Verbond van Vlaamse Tandartsen heeft reeds meermaals klachten ingediend tegen schoonheidssalons die tanden bleachen, want volgens het verbond is dat een tandheelkundige ingreep die enkel door gediplomeerde tandartsen of artsen mag uitgevoerd worden.

Men spreekt niet enkel over economische concurrentie, maar vooral ook over mogelijks minder kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

Mevrouw de minister, bent u inderdaad van oordeel dat het hier gaat om een tandheelkundige ingreep, die bijgevolg ook voorbehouden is voor tandartsen? Indien dat het geval is, zette u ter zake dan reeds stappen? Overweegt u om, in overleg met de collega bevoegd voor schoonheidscentra, een einde te stellen aan dit toch al lang aanslepende dispuut? Hebt u weet van klachten over behandelingen uitgevoerd in schoonheidscentra, die gezondheidsschade tot gevolg hadden?

08.02 Rita De Bont (VB): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde onderwerp en ik stel ze naar aanleiding van het binnenvallen van dertien agenten van de Mechelse federale politie in de Probeautyclinic van Mechelen, op vraag van het Verbond van Vlaamse Tandartsen.

Het verbond klaagt, zoals daarnet meegedeeld, het bleachen van tanden aan in deze beautyklinieken. Men is terecht van mening dat zulks enkel kan gebeuren door gediplomeerde artsen of tandartsen, gezien het gezondheids- en tandgezondheidsprobleem dat daarmee kan gepaard gaan. Het antwoord van de beautyklinieken is dat zij dergelijke behandelingen laten uitvoeren door daartoe opgeleide mondhygiënist, maar bij mijn weten is het beroep van mondhygiënist in België nog niet erkend. Daarvoor moet artikel 78 worden aangepast, wat bij mijn weten nog niet is gebeurd.

Mochten wij overgaan tot het erkennen van het beroep van mondhygiënist, zoals in de ons omringende landen, zou het dan wel geoorloofd zijn deze mondhygiënist op eigen houtje te laten werken? Zou het niet aangewezen zijn dat zij alleen zouden werken in de praktijk van een arts of van een tandarts of onder hun toezicht? Daarom mijn volgende vragen in dat verband.

Ten eerste, vindt u het geoorloofd en in overeenstemming met de volksgezondheid dat bleaching in schoonheidsklinieken wordt uitgevoerd?

Ten tweede, kunnen mondhygiënist, die niet erkend zijn in België, zulke behandelingen uitvoeren?

Ten derde, wat gaat u ondernemen om tegen deze wanpraktijken in te gaan?

Ten vierde, indien mondhygiënist in België erkend zouden worden — ik meen te weten dat daarover besprekingen aan de gang zijn —, is het dan niet nodig dat de handelingen die in de mond worden uitgevoerd enkel onder het toezicht of de verantwoordelijkheid van een arts of een tandarts gebeuren?

08.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, j'ai une très longue réponse et je m'en excuse, mais il s'agit d'un dossier important, tout comme d'autres d'ailleurs.

Je ne vous rappellerai pas la définition de l'art dentaire qui est incluse dans l'article 3 de l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934.

In overeenstemming met artikel 3 van het KB nummer 78, mag, zoals uw weet, niemand de tandheelkunde uitoefenen die het diploma van licentiaat in de tandheelkunde niet bezit. In meerdere vonnissen werden

diverse bedrijven die tanden bleekten veroordeeld voor het illegaal uitoefenen van de tandheelkunde. Er moet inderdaad een diagnose gesteld worden over de aard van de verkleuring en over de oorspronkelijke kleur, waardoor er vaak eerst tandsteen moet worden verwijderd, wat een handeling is die tot de tandheelkunde behoort. Er wordt ook een diagnose gesteld over de vitaliteit van de tanden, door middel van een röntgenfoto van de tanden. Dat is ook uitsluitend voorbehouden voor de tandartsen. Ook de aanwezigheid van amalgaam wordt nagegaan. Op basis van de diagnose wordt bepaald welk type behandeling moet worden toegepast.

Voor het bleken van tanden moeten er ook afdrukken worden gemaakt om aangepaste gootjes te realiseren om het product over de oppervlakte van de te behandelen tanden af te zonderen en te vermijden dat het zich over het tandvlees zou verspreiden en, erger, dat men het zou inslikken. Het nemen van afdrukken is bijvoorbeeld een handeling die alleen door een tandarts uitgevoerd mag worden. Als logisch gevolg hiervan verbiedt artikel 1 van de wet van april 1958 elke rechtstreekse of onrechtstreekse publiciteit voor het verzorgen of het doen verzorgen, door een al dan niet bevoegd persoon, van aandoeningen, letsels of afwijkingen met betrekking tot de mond of de tanden.

Het Wetenschappelijk Comité voor consumentenproducten van de Europese Commissie heeft de volgende adviezen geformuleerd.

Ten eerste, het gebruik van tandpasta, mondwater en tandbleekproducten die tot 0,1 % waterstofperoxide bevatten, vormt geen risico voor de gezondheid van de consument.

Ten tweede, het gebruik van tandbleekproducten die tussen 0,1 en 6 % waterstofperoxide bevatten kan risico's opleveren die toenemen naargelang de concentratie peroxide. Deze risico's kunnen beperkt zijn indien de behandeling behoorlijk wordt toegepast met goedkeuring van een tandarts en onder diens supervisie. Men moet rekening houden met het individuele geval van elke patiënt. De producten die gebruikt worden in de schoonheidssalons gaan echter de 0,1 % ruim te boven, soms tot 15 %.

In verband met de cosmetische producten met minder dan 0,1 % peroxide luidt het advies van Europa dat de producten die gebruikt worden voor het bleken van tanden met esthetische bedoelingen wettelijk beschouwd worden als cosmetica. Zij vallen inderdaad onder de Europese definitie van de cosmetische producten.

Deze producten zijn niet exclusief voorbehouden voor gebruik door tandartsen. Zij zijn op Europees niveau gereguleerd door een richtlijn van oktober 1997 inzake cosmetische producten, die door België omgezet werd door het KB van 15 oktober 1997. Door deze reglementering is in een maximale concentratie van 0,1 % waterstofperoxide voorzien voor producten voor het bleken van tanden.

Des produits contenant des concentrations supérieures sont cependant présents sur le marché européen et il est en effet indispensable de clarifier la situation, puisque ce sont ces derniers qui sont utilisés dans les salons d'esthétique.

Des discussions sont actuellement en cours au niveau européen pour autoriser des concentrations supérieures en peroxyde d'hydrogène, moyennant des avertissements dans l'étiquetage et de strictes modalités d'utilisation. Parmi ces modalités d'utilisation, la Commission européenne a proposé d'imposer l'intervention d'un dentiste pour les produits contenant plus de 0,1 % de peroxyde d'hydrogène. Une nouvelle proposition de la Commission devrait être discutée en comité permanent en février prochain.

Les complications les plus fréquentes dues à l'utilisation de produits à forte teneur en peroxyde sont les brûlures des muqueuses et des lèvres ou l'hypersensibilité des dents. Il y a peu de plaintes enregistrées car le public s'adresse essentiellement aux praticiens dentistes lors d'effets indésirables importants. Quelques dentistes relatent les faits en relation avec des traitements en dehors du circuit légal.

Mijn administratie ontving geen klachten in verband met de ongewenste gezondheidseffecten als gevolg van het gebruik van producten voor het bleken van tanden. Geen enkele informatie van dat type werd gerapporteerd in ons systeem van cosmetovigilantie.

Ik beschik momenteel niet over de cijfers betreffende de activiteiten van de zogenaamde schoonheidsklinieken, want die zijn niet onderworpen aan een erkenning. Er is zelfs geen definitie van. Hoewel mijn administratie een aantal verwittigingen realiseerde op basis van informatie in de Gouden Gids,

kan praktisch gezien niet worden aangetoond welke personen welke activiteiten uitoefenen in die klinieken, omdat onze ambtenaren geen politionele bevoegdheid hebben.

Enkele dossiers, met name voor Brussel, werden behandeld door de Franstalige medische commissie van Brabant en met hulp van de politie, maar dat zijn specifieke gevallen. Bij gebrek aan een lijst van die dossiers kan ik niet garanderen dat het specifiek over dossiers van het bleken van tanden gaat. Het is juist dat de problematiek van de schoonheidsklinieken de aandacht van een wetgevende actie verdient. Ik ben me daarvan bewust. Ik deel ook uw mening dat het bleken van tanden slechts een van de praktijken is die wettelijk gezien twijfelachtig zijn, maar die wel courant zijn geworden.

A priori zijn er twee mogelijkheden in het strikte kader van de volksgezondheid en zonder verplichte interactie met bijvoorbeeld de materies over de bescherming van de consumenten. Wij kunnen ten eerste pogen om de activiteiten te reglementeren door de toepassing van artikel 37ter van het KB nr. 78. Die oplossing werd gebruikt voor de tatoeage- en piercingsalons. Het voordeel ervan is dat zij gebaseerd is op een wetenschappelijke benadering en dat de hygiëne-inspecteurs gemachtigd zijn om tussenbeide te komen. Er is echter wel een duidelijke definitie nodig van elke activiteit, wat niet gemakkelijk is.

Ten tweede kunnen we een nieuwe wetgeving invoeren die de erkenning beoogt van een nieuw type zorginstellingen en ze voorleggen aan het Parlement voor bespreking. Die oplossingen moeten tegen elkaar worden afgewogen wat betreft de problemen en prioriteiten van elkeen ervan.

Tot nu toe ontving ik een wetsontwerp betreffende de schoonheidsklinieken van de medische commissies. Het dossier ligt ter studie en moet het voorwerp zijn van voorafgaande raadplegingen.

Daarnaast heb ik aan de Hoge Gezondheidsraad een advies gevraagd, dat ik zal aanvullen met andere aanvragen om de wetgeving op de tatoeages en de piercings uit te breiden.

S'agissant des hygiénistes dentaires, il sera possible de prévoir cette catégorie professionnelle comme profession paramédicale. Toutefois, une étude d'opportunité claire est nécessaire à cette fin. De même, le secteur doit rendre un avis univoque. Pour le moment, je ne dispose pas d'un tel dossier, mais je n'exclus pas de l'inscrire à l'agenda des conseils ad hoc.

La **présidente**: Je vois que vous avez élargi le sujet de manière intéressante.

08.04 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw inderdaad omstandig antwoord.

Ik verneem dat er al een duidelijke reglementering voor professionele verstrekkers is. Er is ook een duidelijke reglementering omtrent de schadelijkheid van producten. Ik denk dat het probleem grotendeels ligt bij het gebrek aan controlemogelijkheden.

Ik heb er sinds de indiening van de vraag op gelet: heel wat schoonheidssalons maken reclame voor iets wat wettelijk niet kan.

Ik ben ook blij dat u het punt in een ruimer kader plaatst. Naast de behandeling in schoonheidssalons gaat het immers over heel wat meer. Er is in een groot verschil in opleiding tussen de zorgverstrekkers en artsen in ziekenhuizen en de zorgverstrekkers in de schoonheidssalons. Er is vooral ook een groot verschil door het gebrek aan controle van die salons. Die salons hebben zelfs geen erkenning nodig, terwijl toch meer en meer behandelingen worden uitgevoerd. De grens tussen gezondheidszorg en dergelijke esthetische behandelingen is soms dun.

Ik denk dat wij het alleen maar kunnen toejuichen dat er zowel op Europees niveau als hier meer aandacht komt voor een duidelijke wetgeving met betrekking tot opleiding, erkenning en controle. Wij zullen dat zeker mee opvolgen.

08.05 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw heel technische uitleg, waar ik als tandarts uiteraard niet naar had gevraagd. Ik had graag een beetje meer uitleg gekregen over het beroep van de mondhygiënist. Ik zal daarop misschien in een volgende vraag terugkomen.

U hebt gesproken over nieuwe instellingen die bepaalde schoonheidsbehandelingen zouden kunnen uitvoeren. U hebt ook gesproken over een nieuwe paramedische titel. Ik veronderstel dat dat voor

mondhygiënist bestemd zou kunnen zijn. Ik zou graag weten of zij dan ook in de mond mogen werken en of zij als zelfstandige mogen werken. Ik zal daarover later nog vragen stellen.

Ik verheug mij erover dat u onderzoekt of er in verband met tandbleaching geen duidelijker wetgeving zou kunnen worden ontwikkeld. Ik zou er ook op willen aandringen dat er meer controle wordt uitgeoefend, gezien het gezondheidsrisico dat hiermee gepaard gaat. Dat heeft niet alleen nadelige gevolgen voor de patiënt maar ook voor het budget van het RIZIV. Wij zullen de problematiek zeker blijven volgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

09.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, vous savez combien je m'intéresse à la petite pilule bleue, petite par la taille mais grande par les effets. Je vous ai interpellée à de nombreuses reprises à ce sujet et je profite d'un débat que nous avons aussi initié lors de précédentes questions sur le commerce de contrefaçons de médicaments pour en reparler. En effet, la vente de médicaments sur internet a connu une explosion incroyable ces dernières années. Les tarifs très attractifs, et surtout l'absence de prescription médicale préalable, sont à l'origine du boom de ces ventes.

Le risque pour les personnes qui achètent ces médicaments est de se retrouver avec un produit placebo qui ne guérira en rien la pathologie pour laquelle il est pris ou, pire encore, avec un produit qui ne contient pas les principes actifs censés s'y trouver. Ces principes actifs peuvent même être remplacés par des produits dangereux pour la santé.

Madame la ministre, pour en revenir au Viagra, je dirais que la situation actuelle nous commande de corriger le tir. Ce médicament, produit depuis de nombreuses années, a désormais une version générique. Or, son coût est toujours très élevé et il faut une prescription médicale pour l'obtenir. Cela étant dit, je viens de me rendre en Espagne où l'on peut l'obtenir en pharmacie sans prescription médicale. Les hommes qui ont des difficultés érectiles et des revenus limités sont donc condamnés à l'abstinence ou à la fraude!

Madame la ministre, au nom de l'égalité d'accès aux plaisirs charnels, quel que soit le niveau social de chacun, 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 et pour couper court au commerce frauduleux qui nous préoccupe, mettre ce produit en vente sans ordonnance?

J'ai testé la commande des substituts du Viagra par internet. Je vous invite à visiter le site www.kamagra.com, où vous pouvez en acheter très facilement. À la fin de votre commande, ce site indique que "ceci vaut prescription médicale".

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: C'est un site de quelle origine?

09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): C'est un site britannique. C'est à Londres que cela se passe!

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: En ce qui concerne la demande de faire baisser le prix du Viagra, même si elle peut se comprendre en raison du prix élevé de ce médicament, ce 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.

En ce qui concerne la possibilité de se procurer du Viagra sans ordonnance, je pense que c'est indéfendable en termes de santé publique. Ce médicament doit en effet 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. Je vous rappelle que ce médicament est notamment dangereux pour les patients sous

traitement pour certaines pathologies cardiaques ou ayant eu un accident vasculaire cérébral.

La notice scientifique du Viagra mentionne elle-même, je la cite, "Depuis sa mise sur le marché, des événements cardiovasculaires graves tels que infarctus du myocarde, angor instable, mort subite d'origine cardiaque, arythmie ventriculaire, hémorragie cérébrovasculaire, hypertension et hypotension ont été rapportés lors de l'utilisation du Viagra." La plupart de ces patients, mais pas tous, présentaient des facteurs de risques cardiovasculaires préexistant. Il faut donc faire très attention. Le plaisir oui, mais pas à n'importe quel prix. Attention à ne pas détruire sa santé.

D'ailleurs, je vous remercie de me donner l'occasion d'insister sur le fait que l'achat de médicaments sans ordonnance par internet est non seulement illégal mais dangereux. Outre l'absence de vérification par un médecin des contre-indications pour le patient, il n'existe, comme vous le soulignez, aucune garantie que le produit acheté soit bien du Viagra.

09.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je rebondis directement sur vos derniers propos. Je constate que cette vente via internet se fait de toute façon.

Par ailleurs, vous avez tout à l'heure, en réponse à d'autres questions que j'ai posées, évoqué votre collègue espagnole de la Santé, de gauche. J'attire ici votre attention sur le fait que cela se fait en Espagne sans prescription médicale. Je vous invite à prendre contact avec elle pour aboutir à une législation commune en Europe sur cette problématique. Sinon, cela ne fait pas très crédible et incite à la création de circuits parallèles.

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

09.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, plus loin dans l'ordre du jour figure également une question de Mme Avontroodt sur mes priorités de santé publique lors de la présidence belge de l'Union européenne. Nous n'aurons certainement pas l'occasion d'y répondre aujourd'hui mais cela me semble un peu bizarre car la commission des Questions européennes Chambre-Sénat est en train d'organiser l'audition de chaque ministre pour connaître leurs priorités.

La **présidente:** Madame Avontroodt, je vous invite à réfléchir à la pertinence de cette question. Vous avez à présent la parole pour votre question n° 17650.

In afwachting daarvan, geef ik u het woord voor uw vraag onder agendapunt 9.

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

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): Mevrouw de voorzitter, uiteraard zal ik daarover nadenken. Ik dacht dat een discussie daarover ook in deze commissie aan bod zou kunnen komen. Het moet blijkbaar in een andere commissie gebeuren, al meen ik dat hiervoor hier wel gespreksruimte aanwezig is.

Mevrouw de minister, deze vraag gaat over de samenstelling van de raadgevende afdeling van het Observatorium.

Ik wens eerst te benadrukken dat er effectief bijzondere inspanningen geleverd zijn om tegemoet te komen aan de mensen die getroffen werden door een zeldzame ziekte. Ik denk aan de oprichting van het College VAN Geneesheren voor Weesgeneesmiddelen of de ondersteuning ervan, aan de onderzoeken van het KCJ, alsook aan het budget dat vrijgemaakt werd teneinde een nieuw nationaal plan te kunnen opstellen, en aan de steun aan RaDiOrg.be aangaande de initiatieven die zij genomen hebben.

De vraag die voorligt, gaat over de vertegenwoordiging van de vertegenwoordigers voor zeldzame aandoeningen in het op te richten observatorium voor chronische ziekten. De raadgevende afdeling van dat

observatorium is samengesteld op basis van twaalf leden aangeduid door de verzekeringsinstellingen, en van twaalf leden van de patiëntenverenigingen, aangeduid door het Vlaams Patiëntenplatform, het LUSS en de Patiënten Rat & Treff, dus de Duitstalige Gemeenschap. Die organisaties zijn effectief geënt op de Gemeenschappen.

De koepel van de patiëntenorganisaties die betrokken zijn met zeldzame ziekten, is, wegens het feit dat die organisaties nationaal georganiseerd zijn, niet vertegenwoordigd en heeft evenmin koepel een raadgevende stem in het observatorium.

Mevrouw de minister, vandaar heb ik de volgende drie vragen;

Bent u het met mij eens dat ook federaal of nationaal georganiseerde patiëntenverenigingen deel moeten kunnen uitmaken van de raadgevende afdeling van het observatorium?

Bent u bereid om het koninklijk besluit in die zin aan te passen?

Zou u ten aanzien van patiëntenverenigingen van patiënten met een zeldzame ziekte waarborgen kunnen geven om vertegenwoordigd te zijn met een raadgevende stem in het observatorium?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, de toekomstige raadgevende afdeling van het Observatorium voor de chronische ziekten, zal samengesteld zijn uit de leden voorgesteld door de representatieve patiëntenverenigingen, namelijk LUS, VPP en Patiënten Ratt & Treff, evenals door de verzekeringsorganismen.

Gelet op het aantal en de diversiteit van de patiëntenverenigingen in België, werden deze koepels gekozen, want zij verzamelen een groot aantal verenigingen, met betrekking tot zeer diverse ziektebeelden. Zij organiseren overleg om de behoeften van de patiënten naar boven te brengen. Hoewel zij georganiseerd zijn in de specifieke gemeenschappen, groeperen zij niet alleen verenigingen die exclusief actief zijn in één enkele Gemeenschap, maar ook verenigingen die over het hele grondgebied actief zijn. Om de diversiteit van de chronische ziektebeelden zo goed mogelijk te vertegenwoordigen, zullen deze koepels vertegenwoordigers voorstellen van patiënten die lijden aan verschillende types of groepen van ziektebeelden, onder meer de zeldzame ziekten. Het KB bepaalt voorziet bovendien dat de leden van het observatorium verschillende experts en vertegenwoordigers van specifieke verenigingen kunnen uitnodigen in functie van het behandelde onderwerp.

Ik kan u verzekeren dat de vertegenwoordigers van de patiënten die aan een zeldzame ziekte lijden, deel zullen uitmaken van deze afdeling van het observatorium. Ik heb bovendien aan de koepels gevraagd een plaats voor te behouden voor RaDiOrg.be, als Belgische alliantie voor zeldzame ziekten.

Op basis van deze elementen denk ik dan ook dat het niet noodzakelijk is de samenstelling te wijzigen van de raadgevende afdeling van het observatorium zoals voorzien is in het KB. Om de coherentie te verbeteren van de acties ten voordele van de chronisch zieken, engageer ik mij ertoe om de uitwisselingen en de communicatie te bevorderen tussen het observatorium en andere organen die ingesteld zijn voor het uitwerken van aanbevelingen of het nemen van initiatieven voor deze patiënten. In dat verband denk ik aan het Fonds voor Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen, het Kankercentrum, enzovoort.

10.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, als u effectief de vraag hebt gericht aan de koepels om een plaats voor te behouden voor de vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen voor patiënten met een zeldzame ziekte, dank ik u daarvoor. Hun stem zal dan wel effectief in het observatorium worden gehoord of toch ten minste aan bod komen, indien uiteraard deze koepels op uw vraag willen ingaan.

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

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

11.01 Olivier Destrebecq (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je sais que vous avez déjà été interpellée sur le sujet et que vous y avez déjà répondu. 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, provoquée par une bactérie présente notamment chez des animaux domestiques et autres, tels que chèvres, moutons, vaches, etc. La bactérie peut être propagée dans l'air et contaminer les humains, en 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.

Il semble qu'aucun lien n'ait été établi entre les malades et des exploitations comptant des chèvres ou des moutons. Des personnes contaminées ne sont peut-être pas reprises dans les statistiques car le lien n'est pas toujours fait en cas d'infection des poumons. En outre, les malades ont pu contracter l'infection à l'étranger ou via des animaux contaminés en Belgique.

Madame la ministre, le nombre de personnes infectées par ce virus me semble déjà relativement important. Je pense que cela mérite une attention particulière. Comptez-vous mettre en place une démarche spécifique? À l'instar de la grippe A, ne pensez-vous pas que des mesures de prévention et de protection devraient être appliquées en fonction des éléments déjà en notre possession aujourd'hui?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Destrebecq, 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 et ne prend heureusement pas les mêmes proportions qu'aux Pays-Bas. Cependant, en raison de la situation hollandaise, une vigilance accrue est nécessaire. Aussi avons-nous demandé aux services compétents en Santé publique, tant au niveau fédéral qu'au niveau communautaire, et aux services compétents 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 en ce qui concerne la stratégie à mettre en place au sujet de l'aspect humain de cette fièvre. L'approche à adopter de la problématique de la fièvre Q a été débattue lors d'une réunion générale de la *task force*. Cette réunion a été organisée par mes services 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 d'ailleurs vous en donner les résultats.

Lors de cette réunion, l'agence des médicaments a expliqué les possibilités de vaccination des chèvres. L'agence suit le dossier introduit par les fabricants, via la procédure générale, à l'EMA à Londres pour la commercialisation d'un vaccin contre la grippe Q. Le vaccin est évalué sur le plan de la qualité, de la sécurité et de la vigilance. Un résultat est attendu pour le mois de juin 2010. En attendant, une demande d'autorisation provisoire est en cours de traitement à la commission des médicaments de l'Agence des médicaments. Les institutions scientifiques ont été invitées à transmettre toutes les informations utiles. Elles viennent de le faire pour le 8 janvier.

En ce qui concerne la vaccination, un problème risque de se profiler. En effet, 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 entre les Pays-Bas et la Flandre, notamment visée par cette fièvre Q.

11.03 Olivier Destrebecq (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous parlez du Conseil supérieur de la Santé. Avez-vous déjà eu des réactions?

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: Non, je n'en ai pas encore!

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

12 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van medisch

noodzakelijke tandheelkundige ingrepen" (nr. 17792)

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het plaatsen van tandimplantaten wordt in de meeste gevallen niet terugbetaald, omdat men er automatisch van uitgaat dat het zou gaan om een esthetische ingreep.

In een aantal gevallen van ernstige ziekte, waarbij mensen al hun tanden verliezen of bepaalde tanden verliezen, heeft het echter helemaal niets met esthetica te maken maar wel met het zeer erge gevolg van ernstige ziekte en moeten medisch noodzakelijke implantaten worden geplaatst. Bij een patiënt die bijvoorbeeld lijdt aan extreem botverlies is een prothese zelfs niet mogelijk. Daar moet men werken met implantaatgedragen uitneembare prothesen.

Meestal is de terugbetaling voor dergelijke prothesen zeer miniem, maar gaat het meestal om zeer grote kosten. Daarom heb ik volgende vragen.

Is het u bekend dat implantaten van tanden bij bepaalde mensen soms zeer grote kosten kunnen veroorzaken?

Bent u het ermee eens dat een terugbetaling van uitneembare prothesen bij patiënten met extreem botverlies zou moeten kunnen gebeuren?

Welke maatregelen zult u desgevallend nemen om in een tussenkomst hiervoor te voorzien?

Is er een raming van de budgettaire weerslag en kunt u hiervoor in het budget een bedrag uittrekken?

12.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, het gebruik van tandimplantaten bij patiënten met een beperkte retentie van de gebitsprothese aan het kaakbot is vaak geen luxe doch pure noodzaak. Dat geldt in het bijzonder voor edentate patiënten met aanhoudende protheseklachten in de onder- of bovenkaak, vaak ten gevolge van extreem botverlies. In het bijzonder voor de onderkaak bestaat er daarom ook een grote wetenschappelijke consensus dat de twee implantaatgedragen prothesen als standaardbehandeling gelden.

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. De verzekeringstegemoetkoming hiervoor is eenmalig en wordt alleen vergoed bij rechthebbenden vanaf de zeventigste verjaardag die minstens één jaar drager zijn van een uitneembare volledige onderprothese op een volledig edentate onderkaak. Zonder dieper in te gaan op alle vergoedingscriteria, worden op die wijze twee implantaten, twee abutments en de verankering ervan in de bestaande volledige onderprothese vergoed. Op voorwaarde dat er hiervoor een budgettaire marge zal zijn, wordt de maatregel in de toekomst uitgebreid tot alle rechthebbenden ouder dan 50 jaar, wat ook de leeftijdsgrens is voor uitneembare tandprothesen. Wij moeten wel noteren dat indien de vergoedingscriteria ongewijzigd blijven, de meerkosten hiervoor worden geschat op iets minder dan 13 miljoen euro.

12.03 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, dat zal wel een oplossing zijn voor de vijftigplussers, maar ik heb het voornamelijk over soms zeer jonge mensen, die ten gevolge van zeer ernstige ziekten hun tanden verliezen en dus zeer zware kosten hebben omdat de ingreep niet wordt terugbetaald. Ik vraag mij af of het Bijzonder Solidariteitsfonds hiervoor een oplossing zou kunnen bieden. Het zou belangrijk zijn, mocht u kunnen aankondigen dat u ook voor die jonge mensen in een vergoeding zou kunnen voorzien in uitzonderlijke gevallen, bij zware aandoeningen waarvoor het medisch totaal verantwoord is en als ze dat ook kunnen aantonen.

12.04 Laurette Onkelinx, ministre: Cela dépend juste des moyens disponibles. Comme je défends mon budget bec et ongles, ce n'est pas toujours facile, même vis-à-vis de mes partenaires mais s'il y a de la marge ...

(...): ...

12.05 Laurette Onkelinx, ministre: Madame, jour après jour, j'opère des choix – douloureux, car choisir, c'est renoncer.

12.06 Luc Goutry (CD&V): De gevallen waarover ik spreek zijn zo zeldzaam dat er budgettair geen probleem is. Het is vooral een probleem voor die enkele mensen die de kost moeten dragen.

12.07 Laurette Onkelinx, ministre: Si j'ai la possibilité d'élargir à ce public jeune, je le ferai.

12.08 Luc Goutry (CD&V): Er moet een bereidheid zijn. In de overeenkomstencommissie met de tandartsen kan dit misschien verder worden behandeld. Daar blijf ik op aandringen.

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

La **présidente**: Chers collègues, un mot sur l'ordre des travaux: je propose d'aller jusqu'au point 17 de l'ordre du jour y compris.

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

12.09 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je suis désolée mais le point 17 concernant l'interdiction de fumer dans le secteur horeca compte sept intervenants; ce sera un mini-débat qui prendra trois quarts d'heure. Je ne pourrai pas rester: j'ai une réunion à 12 h 30.

La **présidente**: Plusieurs intervenants sont absents: cela devrait prendre moins de temps.

12.10 Laurette Onkelinx, ministre: Quatre intervenants sont présents, madame la présidente. Ou alors vous vous référez à la question écrite et je vous donne tout de suite la réponse.

La **présidente**: Nous ferons très court dans nos questions pour avoir la réponse.

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

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): Mevrouw de voorzitter, uit respect voor de agenda van de minister en het feit dat ik ook op dat overleg moet zijn, zal ik heel kort zijn.

Een studie gepubliceerd in het European Journal of Heart Failure toont aan dat België achterblijft in het gebruik van nieuwe technologieën bij de behandeling van hartfalen. Het gaat om een periode tussen 2004 en 2008. De cijfers hebt u in de vraag, mevrouw de minister.

Het blijkt dat België vooral in de behandeling met nieuwe types hartpacemakers en implanteerbare hartdefibrillatoren op de achtste en negende plaats staat. Dat is zeker geen gunstige rangschikking. Wij scoren daardoor op het vlak van de toepassing van nieuwe technologieën zeer slecht.

Mevrouw de minister, vragen rijzen over de behandeling van de patiënten met hartfalen. Het is niet zo dat deze nieuwe technieken niet aanwezig of gekend zijn door de artsen in onze ziekenhuizen. Het zou meer aan beleidsmatige maatregelen te wijten zijn en aan het feit dat dit niet genoeg of niet snel genoeg wordt terugbetaald.

Mevrouw de minister, wat is uw reactie op de plaats van België in deze ranking? Zal dit geen gevolgen hebben op de gezondheid van onze bevolking? Moeten wij net als in de geneesmiddelensector niet nagaan wat wij concreet kunnen doen om voldoende nieuwe technieken te introduceren in onze behandelingen?

Er zijn ook al besparingsrondes geweest met betrekking tot deze implanteerbare defibrillatoren en

pacemakers. Toen zijn ook alternatieve besparingsvoorstellen door de industrie gedaan. Waarom werd daarop niet eerder ingegaan om geld vrij te maken voor betere en meer recente medische toepassingen?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ten eerste, wat de cijfers betreft, het geciteerde artikel spreekt over implantation rates zonder een onderscheid te maken tussen de primo implantaties en de vervangingen. Dit kan een vertekend beeld geven want enkel de primo implantaties zijn belangrijk omdat dit juist het aantal nieuwe patiënten zijn met een device.

Ten tweede, een vergelijking tussen de cijfers van Eucomed en het RIZIV geeft voor 2008 het volgende. Volgens het artikel zijn in 2008 in België 112 ICD's per miljoen inwoners ingeplant. Volgens de RIZIV-cijfers is de totale implantatierate voor België voor 2008 wel merkkelijk hoger, namelijk 146 ICD's per miljoen inwoners. Dit juiste cijfers brengt ons op de vijfde plaats.

Ten derde, België haalt hier verre van een oneervolle plaats, zeker als de juiste cijfers worden gebruikt.

Ik kom dan tot de tweede vraag. Er kan moeilijk sprake zijn van een achterstand met deze resultaten. Bovendien worden in België voor de ICD's en de CRTD's de internationale, Europese guidelines gehanteerd in de overeenkomst die de terugbetalingen bepaalt. Hieraan kan voor alle volledigheid worden toegevoegd dat het Kenniscentrum momenteel een studie voorbereidt waar de plaats van de CRT, zowel de CRTP als de CRTD, in de behandeling van hartfalen zal worden ontrafeld.

Ik kom tot uw derde vraag. Binnen de huidige terugbetalingscriteria voor implantaten is via artikel 35 van de nomenclatuur voorzien in een specifieke terugbetaling voor beperkte klinische toepassing, de zogenaamde categorie 5. Die categorie 5 laat toe om nieuwe technieken gedurende een bepaalde evaluatieperiode voor terugbetaling op te nemen. Zoals hiervoor al vermeld, wordt CRTD momenteel al vergoed via de revalidatieovereenkomst inzake implanteerbare hartdefibrillatoren. Voor CRTP is nog niet in een specifieke vergoeding voorzien. Aangezien het Kenniscentrum momenteel een studie over Cardiac Resynchronisation Therapy uitvoert, lijkt het aangewezen op de resultaten ervan te wachten alvorens eventueel een terugbetaling voor CRTP in te voeren.

Het debat over de plaats van invasieve technieken voor de behandeling van ernstig hartfalen, dat refractair is aan geneesmiddelen, is nog steeds aan de gang. Na de studies die gebeuren in het kader van het Kenniscentrum heb ik de intentie om ook het college van het zorgprogramma Cardiale Pathologieën om advies te vragen en meer in het bijzonder hen te verzoeken een kwalitatieve toetsing te verrichten van de medische activiteit op dit domein in ons land.

13.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik neem er nota van dat het kenniscentrum met een studie daaromtrent bezig is. Zoals al vaker gebeurd is, zal het kenniscentrum waarschijnlijk ons met zijn kennis en zijn diensten daarbij kunnen begeleiden. Ik hoop dat de studie dan ook in de nodige beleidsmatige maatregelen omgezet zal worden. Dit is inderdaad de tweede hindernis die we moeten nemen: na de uitvoering van de studie moeten de conclusies in beleidsmaatregelen worden omgezet.

Ook het college voor zorgprogramma's voor cardiale pathologie wordt om een advies gevraagd. Dat lijkt mij ook nuttig.

Mevrouw de minister, u bent ook minister van Volksgezondheid. Ik pleit ervoor dat u er zeker over waakt dat onze bevolking behandeld kan worden, navenant de huidige stand van de medische wetenschap en technieken.

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

Le **président**: Si nous sommes d'accord de le faire en un quart d'heure et que la ministre peut dépasser 12 h 30 de quelques minutes, nous poursuivons le débat. Il convient de s'engager à être assez brefs dans nos questions.

13.04 **Sarah Smeyers** (N-VA): Alleen de vraag stellen, duurt al een kwartier. Ik vind dat een aanfluiting van ons parlementair werk.

La **présidente**: Le temps de parole pour les question, c'est deux minutes, Mme. Smeyers.

13.05 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, de enige garantie welke ik zou willen krijgen, is dat er hierover op een degelijke manier een minidebat gevoerd kan worden, want de vragen dateren niet van gisteren. Een aantal zaken die er onrechtstreeks mee te maken hebben, blijven ook aanslepen. Ik verwijs daarvoor ook naar mijn toegevoegde vraag. Kan het onderwerp, als dit voor de minister mogelijk is, worden uitgediept?

La **présidente**: Madame, la ministre, nous pouvons travailler jusqu'à 12 h 45?

13.06 Laurette Onkelinx, ministre: J'ai une réunion avec énormément de personnes à 12 h 30. Si tout le monde respecte le temps de parole de 2 minutes par question, je donnerai des réponses courtes. Respectez le Règlement et cela ira.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Martine De Maght** aan de vice-eerste minister 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-eerste minister 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-eerste minister 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-eerste minister 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-eerste minister 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-eerste minister 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-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de controles op de nieuwe rookwetgeving in de horeca" (nr. 18240)

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag zal kort zijn, maar ik hoop dat het antwoord niet navenant is en voldoende wordt toegelicht.

Tijdens de besprekingen van de beleidsnota inzake Volksgezondheid en de wetsvoorstellen rond het rookverbod bleek meermaals dat wel degelijk vergaande controles werden gepland door FOD Volksgezondheid en het FAVV. U had het over 10 000 controles in het eerste kwartaal van 2010, vooral in de centrumsteden. De volgende negen maanden, van april tot december 2010, zouden dan nog eens 10 000 controles volgen.

Op het ogenblik dat het wetsvoorstel en de beleidsnota waarin de controles werden opgenomen, werden goedgekeurd, heb ik u meermaals gevraagd op welke basis die controles zouden plaatsvinden. Het goedgekeurde wetsvoorstel noch de beleidsnota bepalen immers in welke mate en op welke manier de maatregelen die zouden worden getroffen, moeten worden georganiseerd om in overeenstemming met de vigerende wetgeving.

Vandaag blijken inderdaad veel vragen te rijzen. U hebt ook niet voorzien in een overgangperiode om toelichting te geven bij de nieuwe wetgeving, zoals wij nochtans zeer expliciet hadden gevraagd.

Er werd een callcenter opgericht en café-uitbaters kunnen zich daartoe wenden sinds begin januari. Het personeel van het callcenter zou blijkbaar allesbehalve op de hoogte zijn van de nieuwe wetgeving en zou foutieve en tegenstrijdige informatie geven aan degenen die om informatie vragen. Dat stond ook zo in de krant.

Mevrouw de minister, wat zal worden gecontroleerd bij de 10 000 geplande controles in het eerste kwartaal? Als er al zal worden gecontroleerd, bent u op de hoogte van de mistoestanden van het callcenter waar verkeerde informatie wordt gegeven? Ik hoop dat er geen sancties zullen volgen op de verkeerde informatie die door de horeca zal worden toegepast.

Welke maatregelen zult u nemen om de problemen die zich vandaag met het callcenter voordoen zo snel mogelijk te verhelpen? Hoeveel mensen werken in het callcenter en waarom werden zij niet voldoende op de hoogte gebracht? Waarom zijn zij niet competent om de horecasector een antwoord te geven dat betrokkenen verder zou kunnen helpen, zeker met het oog op de geplande controles?

Welke gevolgen zal dit op de aangekondigde controles hebben? Zullen er boetes en sancties worden opgelegd of zal men eerst nog een overgangperiode instellen waarin duidelijk zal worden gecommuniceerd wat men verwacht van de horeca-uitbater en op welke manier een en ander zal worden toegepast.

14.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je serai correcte, donc brève. Mes questions sont identiques.

Il y a eu des confusions par rapport au *call center* quant à la question de savoir ce qui est considéré comme nourriture et ce qui est considéré comme boisson. Visiblement, le *call center* ne répond pas toujours de la même manière.

Face à ces difficultés et à ces confusions, quelles mesures comptez-vous prendre? Comment se déroulent les contrôles de la bonne application de la loi?

14.03 Carine Lecomte (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je serai très courte. Simplement: que là où l'on mange, on ne peut plus fumer, c'est sain. Là où l'on fume, c'est plus problématique en ce qui concerne les denrées alimentaires que l'on peut servir.

Manifestement, le *call center* ne répond pas aux attentes des cafetiers. Que réclament-ils là où l'on fume? En tout cas, un critère qui pourrait être pris en considération est l'établissement d'une distinction entre ce qui est vendu et ce qui est offert, de ce qui fait partie d'un service à la clientèle.

14.04 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, sinds 1 januari zijn de controleurs op pad om na te gaan in hoeverre de nieuwe rookwetgeving wordt nageleefd. Volgens de

berichtgeving in de media zijn de vaststellingen grotendeels positief te noemen.

Mevrouw de minister, kunt u die berichtgeving toelichten?

Hoeveel controles gebeurden er al? Waar vonden zij plaats?

Wat zijn de meest voorkomende overtredingen en de meest gehoorde vragen van de horeca-uitbaters?

Hoe evalueren de controleurs de situatie zelf?

Kunt u mij eveneens meedelen of veel eetcafés biercafés zijn geworden ingevolge de regelgeving? Bestaan er daarin eventueel lokale of regionale verschillen?

14.05 Laurette Onkelinx, ministre: Madame, la présidente, la critique est facile mais je voudrais remercier les contrôleurs et les employés du *call center* pour le travail accompli. Après les atermoiements que nous avons connus au parlement, la loi a été votée le 17 décembre 2009 et mise en application le 1^{er} janvier 2010. Ce n'était donc pas simple!

Certains se sont amusés, dans les premières heures de l'ouverture du *call center*, à poser les questions les plus complexes possible pour être bien sûrs d'avoir une situation où l'on pouvait accuser le *call center* de ne pas pouvoir répondre précisément. Vous me permettez de prendre mes distances par rapport à cela.

Je rappelle qu'en un temps très court, un ensemble d'outils a été mis à disposition. Je citerai notamment un site web régulièrement mis à jour contenant des réponses aux questions les plus fréquemment posées, une adresse mail de contact et un *call center*. Les fédérations horeca ont reçu un courrier dans lequel il leur était demandé de transmettre l'information à leurs membres. Ce courrier contenait des informations relatives aux outils de communication mis en place. Nous avons également attiré l'attention du secteur sur la prudence avec laquelle il fallait prendre certaines décisions en matière d'investissement eu égard à l'interdiction générale qui entrera en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2010 et au plus tard le 1^{er} juillet 2014.

In verband met de controle, er werd in nauwe samenwerking met de inspectiediensten besloten dat de controles die betrekking hebben op de toepassing van de nieuwe wetgeving tijdens de drie komende maanden informatieve en communicatieve controles zouden zijn, waardoor de sector een redelijke termijn krijgt om zich aan te passen aan de nieuwe regel en om de nodige keuzes te maken.

De eerste controles hebben aangetoond dat de meeste bezochte horecazaken goed op de hoogte waren van de nieuwe wetgeving, ook al blijven er nog bepaalde vragen over. Daarom zullen de controlediensten een overgangperiode respecteren. De uitbaters die niet in regel zouden zijn, krijgen een waarschuwing en een bepaalde termijn om hun zaak in orde te brengen. Deze overgangsregels gelden uiteraard niet voor de horecazaken die reeds langer betrokken zijn bij de antitabakwetgeving.

In verband met de polemiek die geschapen werd met betrekking tot het callcenter kan ik alleen het volgende zeggen. Men kan uiteraard steeds beter doen. 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 complex vragen die aanleiding konden geven tot interpretatie en die het NSZ stelde tijdens de eerste werkingsuren van het callcenter, tot verwarring hebben geleid als gevolg van uiteenlopende antwoorden.

Sinds die enkele fouten, werden er bijkomende informatiesessies georganiseerd, gecentreerd op de ontvangen vragen en op de terreinervaring van de controleurs. De lijst van de veelgestelde vragen en een lijst van de voedingswaren die toegestaan zijn in de drankgelegenheden, worden constant bijgewerkt en meegedeeld aan de operatoren. In geval van twijfel, is hen voortaan verzocht om de delicate vragen over te maken aan de betrokken experts.

Par ailleurs, il est évident qu'une législation permettant des exceptions entraîne par définition des interprétations diverses. L'inclusion dans la loi d'une liste positive d'aliments n'y changerait rien; le seul moyen d'éviter ce type de problèmes, c'est l'interdiction totale dont le principe a été approuvé et qui devrait permettre à terme une communication, une application et un contrôle beaucoup plus simples et efficaces.

On me demande déjà des évaluations précises: c'est trop tôt, on le fera après trois mois de travail avec les

contrôleurs. Je vous ai livré quelques éléments mais trois mois après, nous présenterons devant le Parlement une évaluation générale. Je voudrais aussi demander qu'on ne travaille pas dans un climat de haine à l'égard des contrôleurs de la santé. Les termes de "contrôle harcelant" sont regrettables. Les contrôleurs exercent leur métier dans des conditions parfois très difficiles. Les établissements horeca en particulier sont des lieux de contrôle difficile. Il arrive souvent que des clients éméchés agressent les contrôleurs verbalement ou physiquement.

Cela dit, les contrôles 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 contrôleurs avec des jeux de rôle pour les préparer à toutes les situations possibles. En ce qui concerne les contrôles sur l'application de la nouvelle législation elle-même, il a été décidé, en étroite collaboration avec les services d'inspection, de contrôler à titre préventif l'application de la législation pendant les trois premiers mois. Les contrôleurs sont pour le moment avant tout des conseillers. De cette manière, le secteur dispose d'un délai raisonnable pour s'adapter aux nouvelles règles. Les trois mois constituent donc une période de transition.

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. Si, par exemple, il n'y a pas de système d'aspiration de la fumée dans un café fumeur, alors que c'est obligatoire depuis 1990, des mesures sont alors prises immédiatement. La période de transition ne concerne évidemment pas ce genre de situation.

Enfin, la dernière question portait sur les éventuelles mesures d'allègement de coûts à prendre au bénéfice des établissements horeca. Comme vous le savez, cela dépasse le cadre de mes compétences.

La **présidente**: Madame De Maght, merci de bien vouloir être brève dans votre réplique.

14.06 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitgebreid antwoord.

Ik blijf toch met het gevoel zitten dat wij misschien beter vooraf een overgangperiode hadden ingebouwd. Zoals u nu zelf zegt, blijkt er toch wel degelijk nood aan en zult u zelf de controles de eerste drie maanden informatief en communicatief houden, zodat iedereen na die periode voldoende ingelicht is om op een correcte manier de controles te kunnen laten plaatsvinden door de FOD Volksgezondheid, samen met het FAVV.

De controlediensten geven de eerste drie maand waarschuwingen. Nadien zullen zij opnieuw gaan controleren. Het is uiteraard niet toelaatbaar dat de vorige wetgeving nog niet geïmplementeerd is, want die zou ruim voldoende gekend moeten zijn. Daarover ben ik het met u eens.

Ik wil even antwoorden op wat u in uw inleiding zei. Wij moeten veel vernemen via de media. Het enige forum dat wij hebben, is deze commissievergadering, waarin wij u kunnen interpellieren en kunnen vragen of het klopt wat wij gelezen hebben. Wij nemen het zeer ernstig, want wij willen ons ook op een correcte manier informeren. Ik trek het zeker helemaal niet in het belachelijke. Persoonlijk heb ik het immers ervaren. De bedoeling is om op een constructieve manier wel degelijk oppositie te voeren. Ik denk dat wij dat hier al gedaan hebben. In verband met het rookverbod hebben wij gesuggereerd om de controles uit te stellen en een overgangperiode te laten gelden. Vandaag blijkt dat een terechte vraag geweest te zijn. Het is alleen jammer dat u dan de datum van invoetreding niet uitgesteld hebt, want de waarschuwingen zullen uiteraard meetellen.

U spreekt over het inlichten van het Parlement over drie maand. Mag ik ervan uitgaan dat wij dan alleen over de overgangperiode zullen worden ingelicht, of zullen wij een ruimer beeld krijgen van de toepassing van het rookverbod, de oude naast de nieuwe wetgeving? In welke mate zal dat dan al kunnen gelden, bindend zijn, om er conclusies uit te trekken, als het vandaag nog gaat over een overgangperiode en over waarschuwingen?

14.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse circonstanciée. Je partage votre point de vue: l'interdiction complète sera beaucoup plus simple à gérer et il est dommage de ne pas avoir pu y arriver plus vite. Il est très bien que les services de contrôle

acceptent le principe d'une période transitoire, mais il ne faut pas pour autant s'abstenir de sanctionner des illégalités. Le contrôle et la sanction éventuelle doivent progresser rapidement.

14.08 Carine Lecomte (MR): Madame la ministre, ma question visait à exprimer le désarroi des cafetiers qui ne savaient plus très bien à quoi s'en tenir par rapport aux aliments qu'ils pouvaient continuer de servir. Ils peuvent toujours vendre un milkshake à base de glace, car ce produit est considéré comme une boisson, mais il leur est interdit de vendre des crèmes à la glace. C'est un exemple parmi d'autres.

Une fois que les règles sont établies, ils doivent évidemment s'y conformer. Il s'agit d'un régime dérogatoire, et nous savons qu'il n'est pas toujours simple de mettre à exécution les dispositions y afférentes.

14.09 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u hebt inderdaad geantwoord, maar nog niet in detail. Ik begrijp dat het daarvoor misschien nog een beetje te vroeg is. Ik zal die vragen na de evaluatie na drie maanden nog eens moeten stellen. Ik vind het toch een beetje vreemd, zoals mevrouw De Maght ook zegt, dat wij nu een informatieronde van drie maanden plannen, terwijl de wet al in werking is getreden. Het ware beter geweest dat die informatieronde was gebeurd vóór de inwerkingtreding van de nieuwe wet, maar wij kennen het verhaaltje over het talmen in het Parlement.

Mevrouw de minister, ik zou u wel willen vragen om uw diensten van Volksgezondheid, die op controle gaan, aan te sporen om zeker een tweede keer langs te gaan. Ik merk op het veld dat er bij horecazaken die de wet wel naleven toch al ongenoegen heerst omdat andere horecazaken, die de wet zouden moeten naleven, dat alsnog niet doen. Blijkbaar is er enige onduidelijkheid over de toepassing van de wet. Dat zijn twee redenen die aantonen dat een algemeen rookverbod eigenlijk veel beter was geweest. Wij zullen na maart een grote evaluatie houden, veronderstel ik. Ik verlang er al naar.

La **présidente**: Merci, madame la ministre, de nous avoir accordé ce temps supplémentaire. Nous comptons sur cette évaluation d'ici quelques mois, en tout cas après les vacances de Pâques.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 12.40 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.40 uur.