

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 23 MARS 2011

WOENSDAG 23 MAART 2011

Après-midi

Namiddag

La discussion des questions est ouverte à 15 h 58 par M. Hans Bonte, président.

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 "les répercussions des affections ostéo-musculaires sur le marché du travail belge" (n° 3332)

01.01 Maggie De Block (Open Vld): Selon une étude de la Work Foundation, l'absentéisme coûte 10,35 milliards d'euros en Belgique. L'absentéisme serait imputable pour plus de 40 % à des problèmes musculo-squelettiques. Certaines études démontrent également que le fait de travailler peut aider à lutter contre l'aggravation de ce type d'affection, voire peut contribuer à une amélioration de la maladie. Les conditions suivantes doivent toutefois être respectées: intervention précoce et renvoi rapide vers un spécialiste et thérapeute ad hoc. La Work Foundation recommande à cet égard de faire appel au cadre biopsychosocial au sein duquel l'attention se portera, outre sur le problème physique, aussi sur les dimensions psychologique et sociale. Ajoutons que le contrat de gestion 2010-2012 de l'INAMI prévoit d'accorder une attention toute particulière à ce problème au sein du groupe de travail incapacité de travail.

Où en est le groupe de travail en ce qui concerne l'incapacité de travail? De quelles conclusions et propositions dispose-t-on déjà? La problématique des troubles musculo-squelettiques est-elle également abordée?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Le comité de gestion du service Indemnités de l'INAMI a dû approuver ce rapport le 16 mars, mais je ne l'ai pas encore. Je le communiquerai dès que possible aux membres de la commission.

(*En néerlandais*) Les troubles musculo-squelettiques retiennent toute l'attention de l'INAMI et des mutualités dans le cadre d'une évaluation de l'incapacité de travail ou de l'insertion socioprofessionnelle des assurés sur le marché du travail. De nombreux efforts sont consentis pour encourager leur retour volontaire sur le marché du travail, mais ces efforts sont contrecarrés par des facteurs externes comme la prévention primaire sur le lieu de travail, le problème de la détection précoce et la difficulté pour le patient d'accepter un diagnostic de ce type. Il reste donc des progrès à accomplir.

(*En français*) Mon cabinet n'a pas encore reçu le rapport.

L'incident est clos.

02 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 remboursement de prestations dans le cadre du traitement du cancer" (n° 3337)

02.01 Maggie De Block (Open Vld): La chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie sont les trois piliers essentiels du traitement des patients cancéreux. Or, on se focalise fortement sur la chimiothérapie, en

négligeant les deux autres piliers. Ainsi, on ne consacre que 15 à 20 % du budget à la chirurgie et la radiothérapie alors qu'elles permettent d'obtenir 80 % des guérisons. Soit d'importantes prestations radiothérapeutiques ne sont pas remboursées, soit le montant de l'indemnité ne correspond pas à l'état de la science. Toujours est-il que ces traitements deviennent de plus en plus inabordables pour les hôpitaux, de sorte que ceux-ci ne peuvent plus les proposer aux patients, malgré que leur efficacité soit prouvée scientifiquement.

Un oncologue médical peut présider une consultation multidisciplinaire d'oncologie (CMO) alors qu'il n'y a aucune raison pour certains types de cancer d'empêcher le chirurgien ou le radiologue d'assurer cette présidence. La radiothérapie est par exemple désormais le seul traitement de certains cancers. Les avis formulés en matière de remboursement des prestations en oncologie devraient avoir un caractère plus multidisciplinaire, en impliquant à parts égales les différents piliers du traitement du cancer et en identifiant sur la base de preuves, le meilleur traitement dans l'intérêt du patient.

La ministre est-elle disposée à recueillir l'avis des radiologues, chirurgiens et oncologues médicaux de manière à assurer un remboursement équilibré des différents types de traitement? Ne serait-il pas opportun que le chirurgien, le radiologue et l'oncologue médical puissent assurer la présidence d'une CMO? La nomenclature sera-t-elle adaptée aux progrès scientifiques? Pourquoi certains traitements du cancer ne sont-ils pas remboursés? La ministre est-elle prête à demander un nouvel examen de la question, tant dans l'intérêt des hôpitaux que dans celui des patients?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Le Conseil technique médical de l'INAMI travaille en ce moment à la révision des articles 18 et 19 de la nomenclature dans les domaines de la radiothérapie et de la médecine nucléaire, domaines dont font partie les traitements évoqués par Mme De Block. Des contacts ont déjà été établis avec les spécialistes concernés afin de disposer de toute l'expertise nécessaire. La réévaluation des remboursements existants et l'évaluation des remboursements de nouveaux traitements font partie d'un processus continu. En fonction du résultat de ces évaluations, la nomenclature peut être modifiée, compte tenu des moyens budgétaires disponibles. Dans ce processus, le Conseil s'efforce toujours de parvenir à un consensus.

S'ils satisfont aux dispositions réglementaires, les spécialistes en question peuvent également coordonner une CMO, à laquelle doivent participer au minimum quatre médecins issus de spécialités différentes. L'un d'entre eux doit disposer d'une expérience particulière en chirurgie oncologique ou être reconnu comme médecin spécialiste en oncologie médicale ou en radiothérapie-oncologie, ou encore disposer d'un titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie pédiatrique et en oncologie. L'un d'eux exerce le rôle de coordinateur.

Les honoraires supplémentaires que les oncologues médicaux et les hématologues peuvent réclamer s'ils font partie d'une CMO ou s'ils en assurent la coordination découlent de l'accord médico-mutualiste de 2008.

02.03 Maggie De Block (Open Vld): Heureusement, le Conseil technique médical s'y est attelé car la nomenclature actuelle datant du 1^{er} juin 2001 est complètement obsolète. À l'avenir, les révisions et les adaptations devraient en effet pouvoir se faire d'une manière continue.

L'incident est clos.

03 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le renouvellement de la délivrance des contraceptifs par les pharmaciens sans prescription médicale" (n° 3391)

03.01 Damien Thiéry (MR): Il y a quelques années, l'inspection du secteur pharmaceutique avait autorisé les pharmaciens à renouveler sans prescription les contraceptifs dans la limite d'un an de traitement, à partir de la date de la prescription originale. Cette mesure facilite l'accès à la contraception aux personnes les plus défavorisées. Néanmoins, cela comporte le risque que certaines femmes pourraient ne plus consulter leur gynécologue que de manière irrégulière.

Pourrait-on s'orienter soit vers une adaptation, soit vers une suppression de la mesure? Le SPF Santé publique a-t-il déjà procédé à une évaluation de cette mesure? Si oui, quelles en sont les conclusions?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Ce renouvellement est motivé par le fait que, pour la très grande majorité des femmes, un contrôle gynécologique annuel est suffisant.

L'arrêté royal du 4 avril 2003 prévoit cependant que le médecin puisse exprimer sur l'ordonnance l'interdiction de renouvellement. Une telle interdiction est recommandée pour les patientes à risque. La diminution du renouvellement à six mois n'est pas opportune car elle imposerait une visite médicale supplémentaire qui n'a aucun intérêt pour la plupart des patientes.

Il faut savoir que l'arrivée récente sur le marché de conditionnements couvrant une période de douze mois rend ce renouvellement moins fréquent. Un tiers seulement des femmes recourent à un conditionnement annuel. Le coût d'une année de contraception constitue très certainement un frein pour ces femmes.

Il est nécessaire de garder la possibilité actuelle de renouvellement qui reste utile pour les deux tiers des femmes. L'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé suit l'évolution de la délivrance des contraceptifs et fera une évaluation périodique de la pertinence du maintien de cette réglementation.

03.03 Damien Thiéry (MR): Force est de constater que beaucoup de femmes ne se soumettent pas à un examen annuel auprès de leur gynécologue alors que cet examen pourrait être une occasion de sensibiliser les femmes quant à l'importance de cette consultation.

L'incident est clos.

04 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'usage des gouttes et sprays nasaux vasoconstricteurs" (n° 3393)

04.01 Damien Thiéry (MR): Bon nombre de pharmaciens craignent les effets d'un usage abusif de gouttes et de sprays nasaux vasoconstricteurs. Cet usage pourrait amener certains patients à de l'accoutumance.

Vos services ont-ils eu l'occasion de faire une évaluation de cet usage? Dans l'affirmative, si l'on voit qu'il y a eu usage abusif et donc accoutumance, est-il envisagé de lancer une campagne d'information?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Si ces médicaments sont utilisés trop longtemps, un phénomène de rebond survient à l'arrêt du traitement. Le patient est alors incité à poursuivre l'utilisation du médicament.

L'Agence a récemment effectué une évaluation de la balance bénéfice-risque de l'utilisation de certains médicaments chez les enfants de moins de douze ans. Les vasoconstricteurs ont fait partie de cette évaluation.

La Commission des médicaments à usage humain a émis une série de recommandations que les firmes détentrices des autorisations de mise sur le marché de ces produits recevront sous peu. L'usage abusif des vasoconstricteurs à usage nasal représente aussi un problème chez les adultes. Les notices mettent en garde les patients. Une campagne sera organisée prochainement par l'Agence pour sensibiliser le grand public au bon usage des médicaments.

04.03 Damien Thiéry (MR): Le pharmacien est l'intermédiaire idéal, puisque c'est lui qui délivre les médicaments. J'espère que cette campagne d'information aura bien lieu.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le fonctionnement de l'Ordre des médecins" (n° 3392)

05.01 Catherine Fonck (cdH): L'Ordre des médecins, créé par la loi du 25 juillet 1938, est régi par l'arrêté royal 79 du 10 novembre 1967. Il élabore le Code de déontologie médicale et est tenu au secret professionnel.

Tout récemment, le conseil national de l'Ordre des médecins a rendu un avis public. Je songe tout particulièrement à l'avis concernant les propos du Professeur Hayez.

Quels sont les délais moyens dont le conseil national fait preuve pour répondre à une plainte? Me confirmez-vous que le conseil national n'a pas le droit de communiquer publiquement l'avis qu'il a rendu suite à une plainte d'un tiers? Qu'en est-il alors de la situation singulière de cet avis rendu public dans le cas du Professeur Hayez?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Théoriquement, les plaintes disciplinaires relatives à un médecin relèvent de la compétence des conseils provinciaux de l'Ordre des médecins. Un appel de leur décision peut être interjeté devant le conseil d'appel, dont la décision peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation, mais uniquement pour des motifs juridiques limitativement énumérés. La procédure est suspensive.

Le conseil national de l'Ordre des médecins n'est chargé d'aucune fonction juridictionnelle dans le cadre de la procédure disciplinaire. Les membres des conseils provinciaux, des conseils d'appel et du conseil national sont tenus au secret professionnel pour toutes les affaires dont ils ont eu connaissance dans ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Outre l'élaboration du Code de déontologie, les missions du conseil national décrites à l'article 15 de cet arrêté royal sont, pour l'essentiel, des missions d'avis, *a priori* non couvertes par le secret professionnel. Je déplore le secret professionnel absolu qui s'attache aux dossiers disciplinaires. Celui-ci crée, aux yeux des plaignants, une opacité qui ne contribue nullement au maintien du rapport de confiance entre la profession médicale et les patients.

Je souhaitais défendre cette réforme lorsque le gouvernement a démissionné. Plusieurs propositions de loi avaient été déposées au Sénat pour réformer le fonctionnement de l'Ordre des médecins et pour créer des Ordres pour des professions qui n'en disposent pas encore. Cette réforme devra assurer la transparence de la procédure disciplinaire, accorder une véritable place à la victime et confier un rôle proactif aux autorités disciplinaires à l'égard des prestataires de soins.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Je reste sur ma faim.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- **Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le vaccin antipoliomyélitique" (n° 3455)**

- **M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le vaccin antipoliomyélitique" (n° 3547)**

06.01 Franco Seminara (PS): Le tribunal de Tournai a récemment acquitté des parents ayant refusé de faire vacciner contre la poliomyélite leur enfant allergique, car ils n'avaient pas toutes les informations relatives à la composition dudit vaccin. Le tribunal a estimé que le droit à l'information prévalait sur l'arrêté royal du 26 octobre 1966 qui contraint à cette vaccination. Certains craignent que ce jugement fasse jurisprudence.

Le parquet a-t-il fait appel? Ce jugement peut-il mettre en péril la politique visant à protéger les enfants et la société dans son ensemble? Le Conseil supérieur de la santé va-t-il se pencher sur le maintien de cette obligation vaccinale? Les parents ne devraient-ils pas être mieux informés du contenu exact de ce vaccin, mais aussi des risques du refus de ce type de vaccination? Selon les plaignants, la Belgique et la France sont les seuls pays européens à rendre ce vaccin obligatoire. D'autres vaccins sont-ils obligatoires dans ces États?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): J'ai demandé à mes services d'examiner la question de la contradiction entre l'arrêté royal du 26 octobre 1966 rendant obligatoire la vaccination antipoliomyélitique et l'article 8 de la loi sur le droit des patients de 2002. Si nous arrivons à la conclusion qu'il existe une contradiction, il sera nécessaire de modifier la législation pour maintenir le caractère obligatoire de cette vaccination.

Il serait préalablement opportun d'interroger le Conseil supérieur de la Santé sur la question de la pertinence de maintenir ou non cette obligation vaccinale.

L'article 8 de la loi du 22 août 2002 prévoit que toute personne peut prétendre à l'information via le prestataire de soins, à savoir un médecin. De 1967 à 2000, le vaccin oral vivant atténué a été utilisé. Depuis janvier 2001, le vaccin imposé pour la vaccination obligatoire est le vaccin injectable inactivé renforcé.

Concernant les effets indésirables, on observe parfois une légère réaction érythémateuse au site d'injection accompagnée d'une fièvre modérée. D'autres effets indésirables ont également été rapportés, mais de manière très rare (inférieurs à 0,01 %).

Je tiens à rappeler le bénéfice de cette vaccination. Cette maladie très contagieuse peut avoir de lourdes conséquences sur le développement des enfants qui en sont atteints.

Les cas de poliomyélite ont diminué de plus de 99 % depuis 1988. Cette baisse est le fruit de l'effort mondial d'éradication de cette maladie. Mais tant qu'un seul enfant restera infecté, tous les enfants risqueront de contracter la maladie.

Seules la Belgique et la France pratiquent actuellement l'obligation vaccinale contre la poliomyélite. En Belgique, il s'agit du seul vaccin obligatoire.

06.03 Franco Seminara (PS): Pour ma part, cette maladie est une vieille camarade. Je suis né en 1958; je suis donc un jeune "polio". Le virus s'est approprié mon corps. À chaque étape de la vie des victimes de ce virus, il y a évolution de la maladie et de la douleur qui l'accompagne. Je ne veux pas assister à une recrudescence du virus en Belgique, en accord avec les représentants des associations se préoccupant de la polio et du syndrome post-polio. Elles regroupent environ 10 000 personnes.

Si la polio a disparu de notre pays depuis 1979, elle est plus que jamais active sur d'autres continents. Ce virus est un réel danger et sa banalisation aujourd'hui l'est encore plus. M. Daniel Peltzer, président de l'Association Belge des Paralysés, souligne qu'aujourd'hui le virus s'attaque à l'Afrique, Haïti, à l'Inde, aux jeunes adultes et tue près de 50 % d'entre eux. Les autres restent partiellement ou totalement paralysés. Penser que le virus est éradiqué, c'est en quelque sorte encourager sa propagation. Il est important de relayer ce message auprès du grand public. Le 24 octobre, lors de la Journée mondiale de la polio, on pourrait imaginer une action de sensibilisation à ce sujet.

L'incident est clos.

07 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 collecte de données sur l'hypersensibilité aux rayonnements électromagnétiques" (n° 3456)

07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Des chercheurs de l'Université de Liège étudient les interactions entre les champs électriques et magnétiques et l'activité biologique.

Cette unité est à la recherche de personnes qui ont le sentiment d'être sensibles aux sources artificielles de champs électromagnétiques. Les personnes sont invitées à se rendre à trois reprises au CHU de Liège, à une semaine d'intervalle, pour faire différents tests et contribuer à poser un diagnostic sur cette "hypersensibilité". Un bilan sanguin gratuit est effectué.

Une telle initiative existe-t-elle pour la Région de Bruxelles et la Région flamande? La collecte de ces données est-elle coordonnée au niveau fédéral? Y aurait-il moyen de faire mieux connaître cette initiative auprès du public et de permettre un début de prise en charge des personnes "hypersensibles"? Pourrait-on mentionner cette initiative auprès des professionnels de la santé?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): L'étude de l'Université de Liège sur l'hypersensibilité électromagnétique effectuée ne se limite pas à la Wallonie, mais est ouverte à tous les ressortissants belges.

Les statistiques de cette étude seront connues après publication des résultats.

Le dossier médical électronique offre des possibilités à cet égard. Il s'agit d'un outil informatisé dans lequel les médecins recueillent les données qui tracent l'histoire médicale du patient. Le SPF Santé a lancé l'automne dernier la première phase d'un projet qui en compte trois. Il s'agit d'une étude scientifique confiée à l'Université de Gand pour examiner la possibilité d'intégrer des facteurs environnementaux dans le dossier médical électronique.

Dans une seconde phase, la proposition de l'Université de Gand sera testée par un groupe de médecins généralistes sur une base volontaire, le but final étant d'offrir aux médecins, via le dossier médical électronique, un système structuré recueillant la totalité des données environnementales.

Il ne me semble pas opportun à ce stade de recruter des patients supplémentaires pour l'étude car l'équipe n'aurait pas la capacité de les prendre en charge.

07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Qui finance cette recherche? Ce n'est pas le SPF?

07.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Non.

07.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): C'est une initiative de l'Université de Liège?

07.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): C'est possible. Je me renseignerai sur la source de financement et je vous en informerai.

07.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Peu de personnes sont touchées par ce syndrome. Néanmoins, quand certaines d'entre elles s'adressent à nous, nous ne savons pas vers qui les orienter. Il serait intéressant d'avoir ne fût-ce qu'un lieu d'écoute pour ces personnes.

L'incident est clos.

08 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 "l'avis du KCE sur les systèmes de remboursement" (n° 3466)

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Le rapport du KCE sur les systèmes de remboursement des médicaments, via une comparaison internationale, contient une mine d'analyses, de comparaisons et de recommandations.

En ce qui concerne la mise sur le marché des médicaments, le rapport note qu'il n'y a pas d'analyse globale des besoins et qu'on part de l'offre pharmaceutique plus que de la demande sociétale.

Le rapport relève que les organisations de patients ne sont pas représentées au sein de la Commission de remboursement et que des représentants des firmes pharmaceutiques sont associés aux travaux (même s'ils n'ont pas le droit de vote). Certains membres auraient, selon le rapport, des "comportements de vote prévisibles", car ils ne peuvent défendre des limites au remboursement.

Le rapport indique qu'il serait utile de motiver plus complètement la décision ministérielle.

L'évaluation de l'efficacité des médicaments remboursés serait insuffisamment pratiquée.

Quelle est votre position face aux constats et recommandations relevés ci-dessus?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Lors des analyses des dossiers, les besoins sociétaux sont systématiquement pris en compte, en particulier lorsque les firmes demanderesse demandent des prix plus élevés par rapport aux alternatives existantes. Lorsqu'il s'agit de demandes introduites en classe de plus-value 2, la Commission de remboursement des médicaments accepte généralement la proposition faite. Je dois être particulièrement attentive aux aspects budgétaires de chaque demande si je veux maintenir la solidarité entre tous nos citoyens.

Il est exact que des associations de patients ne sont pas directement représentées à la commission, la

multiplicité des organisations ne le permet pas, mais elles ont la possibilité de faire part de leurs souhaits. Les représentants des firmes pharmaceutiques sont présents mais sans prendre part au vote. Pharma.be s'est engagé à respecter la confidentialité des débats. Le fait que certains votes soient prévisibles est humain. Tant les prix proposés aux firmes que les modalités d'accès au remboursement sont toujours discutés en séance et une proposition est faite aux firmes lors du rapport du jour 120 de la procédure. Les firmes ont alors au maximum 90 jours pour faire valoir leurs arguments.

Lorsque la commission de remboursement des médicaments ne parvient pas à réunir deux tiers des votes sur une proposition, il me revient d'évaluer les différents arguments et de proposer à mes collègues de l'Inspection des Finances et du Budget d'accorder le remboursement.

Une telle situation est précédée de discussions avec la firme et avec mes collègues. Des adaptations sont parfois apportées au prix ou aux modalités d'accès au remboursement.

Depuis 2010, une adaptation de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 permet aux firmes de demander un groupe de travail pour établir une convention entre la firme et l'INAMI.

Plusieurs conventions ont été conclues pour les médicaments à la plus-value reconnue ou pour les médicaments orphelins. D'autres demandes sont en cours d'examen. Les organismes assureurs, les firmes et les représentants de mon collègue du Budget participent aux discussions.

Enfin, des modalités de révision du dossier sont indiquées ainsi que le délai dans lequel ces révisions s'effectueront. En fonction de nos connaissances médicales, la CRM initie des processus de révision des modalités d'accès au remboursement par spécialité ou groupe de spécialités dans un même domaine.

Ce rapport est intéressant; il propose des pistes d'amélioration des motivations qui ne se retrouvent pas toujours dans les rapports publics, même si elles ont été discutées en séance. Je serai attentive aux travaux de la CRM suite à ces recommandations.

08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Les firmes pharmaceutiques ne devraient pas être présentes lors du vote en commission. Quant aux organisations de patients, les mutuelles défendent les choses d'un autre point de vue, mais il est difficile de choisir des organisations de patients représentatives. Enfin, je m'étonne du fait que vous contestiez ce que dit le rapport du KCE.

L'incident est clos.

09 Question de 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 "les fumoirs" (n° 3511)

09.01 Rita De Bont (VB): À la suite de l'arrêt de la Cour constitutionnelle, à partir du 30 juin 2011, fumer dans les cafés ne sera plus permis que dans des fumoirs séparés. Je souhaiterais obtenir un inventaire détaillé des conditions relatives aux dimensions, au cloisonnement, à la qualité de l'air et au système de filtration, et des dispositions en matière d'équipement et de services auxquelles doit satisfaire un fumoir. Je voudrais en outre savoir si cette interdiction de fumer s'applique également aux terrasses extérieures des cafés et ce que l'on entend exactement par terrasse extérieure.

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Il est effectivement encore possible d'aménager un fumoir dans tous les établissements horeca. Cette disposition s'applique également aux cafés où l'interdiction de fumer sera instaurée à partir du 1^{er} juillet 2011. Il doit s'agir d'un espace séparé – c'est-à-dire comportant des cloisons, un plafond et une porte fermée – dont la surface ne pourra pas excéder 25 % de la superficie de l'établissement. Ce fumoir ne peut servir de zone de passage et doit être aménagé de manière à limiter autant que possible les nuisances pour les non-fumeurs.

Il est interdit de servir des boissons ou de la nourriture dans cet espace et la présence de distributeurs automatiques, de billards électriques, de téléviseurs, etc. y est interdite également. Le client lui-même peut emporter sa boisson dans le fumoir, qui doit être équipé d'un système d'extraction de fumée. Les autres conditions relatives au fumoir figurent dans l'arrêté royal du 28 janvier 2010. Il s'agit des mêmes conditions que pour les systèmes d'extraction de fumée des fumoirs aujourd'hui autorisés, qui disparaîtront le 1^{er} juillet

2011.

Le SPF Santé publique prépare une campagne de communication axée spécifiquement sur les cafés, les discothèques et les casinos, étant donné que la législation ne change que pour ces établissements. Chacun de ces établissements recevra un courrier et une brochure précisant les nouvelles règles, les obligations qui en découlent, les prescriptions relatives à l'installation éventuelle d'un espace fumeur, les possibilités de déduction fiscale des investissements, etc. Des autocollants avec le signal d'interdiction de fumer seront également fournis.

L'interdiction de fumer ne s'applique qu'aux espaces fermés. Il est donc autorisé de fumer sur une terrasse, sauf lorsque la terrasse se trouve dans un espace fermé accessible au public, par exemple dans un centre commercial. Un endroit peut être considéré comme une terrasse lorsqu'au moins un côté est totalement ouvert. Dans de tels endroits, il est donc permis de fumer.

09.03 Rita De Bont (VB): Il est important de fournir le plus rapidement possible une information complète et précise au secteur horeca. Il subsiste des malentendus et des imprécisions, y compris en ce qui concerne les services.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Nos inspecteurs fourniront toutes les informations nécessaires aux tenanciers des cafés.

L'incident est clos.

10 Question de 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 "un nouveau type de tuberculose en progression" (n° 3512)

10.01 Rita De Bont (VB): Selon un rapport de l'OMS, un nouveau type de tuberculose résistante aux médicaments se propagerait. Dans certains pays d'Europe de l'Est, le nombre de cas de tbc est pratiquement huit fois supérieur à la moyenne du reste de la région. De nombreuses contaminations concernent en outre des enfants.

Quelles mesures vont être prises concrètement pour éviter en Europe de l'Ouest une augmentation du nombre total de contaminations par la nouvelle forme résistante de tbc? Prévoit-on un screening des enfants ou de certains groupes d'enfants? Pourrions-nous apporter une aide aux pays d'Europe de l'Est dans leur lutte contre cette nouvelle forme de tbc, la maladie ne connaissant pas de frontières?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Le problème de la résistance existe depuis la mise au point des médicaments contre la tuberculose.

Le Registre belge de la tuberculose précise qu'en 2009, 1,3 % des patients présentaient en Belgique une forme de tuberculose multirésistante. Depuis 2001, la Belgique n'a pas enregistré de hausse significative du nombre de contaminations multirésistantes, mais c'est l'apparition de résistances de plus en plus étendues qui suscite l'inquiétude. Le traitement de ces pathologies devient dès lors plus complexe et plus onéreux.

Dix cas de tuberculose ultra-résistante ont été dénombrés en Belgique depuis 2006. Grâce au projet Belta-TBnet lancé en 2005, ces cas peuvent être traités de manière appropriée. Il s'agit d'un projet-pilote innovant pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose qui contribue également au financement des médicaments pour les formes multirésistantes de tuberculose et de l'accompagnement extra-social et infirmier de ces patients. En décembre 2010, eu égard aux bons résultats obtenus et au succès international rencontré, l'INAMI a converti le projet-pilote en un financement structurel par la voie d'un arrêté royal promulgué le 23 décembre 2010. Un comité d'experts a été installé pour assurer le suivi du dossier.

Le dépistage de la tuberculose chez les enfants est une compétence dévolue aux Régions.

Il existe une étroite coopération internationale avec le *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC). La section européenne de l'OMS élabore un plan quadriennal de lutte contre la tuberculose multirésistante en Europe.

Une collaboration a également été mise en place avec les pays voisins et l'Europe de l'Est. Le nombre de cas n'augmente pas en raison de la nouvelle forme résistante mais bien en raison de la pauvreté. Une collaboration internationale, la lutte contre la pauvreté et la solidarité sont donc les meilleurs remèdes contre une recrudescence de la tuberculose, y compris chez les enfants.

10.03 Rita De Bont (VB): La ministre m'a rassurée quant au fait que le problème est ici relativement bien maîtrisé. On essaie tout de même manifestement de s'attaquer au problème dans les pays d'Europe de l'Est.

L'incident est clos.

11 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les effets longue durée des antibiotiques" (n° 3528)

11.01 Franco Seminara (PS): Selon des chercheurs suédois, un traitement aux antibiotiques pourrait provoquer des bactéries résistantes à ces médicaments. Ces microbes "mutants" resteraient dans l'organisme durant des mois, voire des années. En outre, la persistance à long terme de modifications génétiques accroîtrait la possibilité de transmettre la résistance à de nouvelles bactéries. Autrement dit, il ne faut recourir aux antibiotiques qu'avec circonspection.

Le SPF Santé publique a créé en 1999 le "Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee" (BAPCOC) afin de faire des recommandations sur l'utilisation des antibiotiques et d'organiser des campagnes d'information au grand public et aux professionnels.

Quelle est la tendance dans notre pays en matière de consommation d'antibiotiques? À quand remontent les dernières campagnes d'information sur le bon usage dans ce domaine? Les campagnes menées jusqu'à présent rencontrent-elles leur objectif?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): En janvier 2011, le BAPCOC a effectivement lancé, pour la dixième fois, la campagne nationale annuelle sur les antibiotiques, dont on veut favoriser un usage raisonnable.

Depuis le début des campagnes en hiver 2000-2001, on a prescrit un tiers d'antibiotiques en moins: 2,4 emballages par 1 000 habitants par jour en 2009-2010 contre 3,6 en 1999-2000. Le pourcentage de *Streptococcus pneumoniae* résistants a baissé entre 2000 et 2009. La résistance des *Streptococcus pyogenes* aux macrolides a baissé d'une manière spectaculaire.

Les campagnes prouvent leur utilité. Je compte libérer à nouveau un budget pour la prochaine campagne de l'hiver 2011-2012. Un montant de 400 000 euros a été demandé.

L'incident est clos.

La réunion publique est levée à 17 h 15.

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.58 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

01 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de impact van musculoskeletale aandoeningen op de Belgische arbeidsmarkt" (nr. 3332)

01.01 Maggie De Block (Open Vld): Het werkverzuim in België kost volgens een studie van de Work Foundation 10,35 miljard euro. Meer dan 40 procent van het werkverzuim door ziekte zou toe te schrijven zijn aan musculoskeletale problemen. Er zijn echter ook studies die aantonen dat werk de verslechtering van de aandoening kan helpen tegengaan en kan helpen bij het herstel van de musculoskeletale aandoening. Voorwaarden zijn wel: een vroegtijdige interventie en een snelle doorverwijzing naar de juiste specialist en therapeut. De Work Foundation beveelt daarbij aan gebruik te maken van het biopsychosociale kader, waarbij naast de lichamelijke problematiek ook aandacht wordt besteed aan psychologische en sociale

dimensies. Ook de beheersovereenkomst 2010-2012 van het RIZIV besteedt daar aandacht aan in een task force arbeidsongeschiktheid.

Wat is de stand van zaken van de activiteiten van de werkgroep inzake arbeidsongeschiktheid? Welke conclusies en voorstellen zijn er al? Wordt ook de musculoskeletale problematiek behandeld?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Normaliter had het beheerscomité van de dienst Uitkeringen van het RIZIV dat verslag op 16 maart moeten goedkeuren, maar ik heb het nog niet ontvangen. Ik zal het de commissieleden bezorgen zodra het beschikbaar is.

(*Nederlands*) De musculoskeletale aandoeningen krijgen zeker alle aandacht van het RIZIV en de ziekenfondsen bij een evaluatie van de arbeidsongeschiktheid of de socio-professionele inschakeling van deze verzekerden op de arbeidsmarkt. Men spant zich in om hun vrijwillige terugkeer naar de arbeidsmarkt te stimuleren, maar dat wordt gehinderd door externe factoren zoals de primaire preventie op de werkplaats, de problematiek van een vroegtijdige opsporing en het moeilijk aanvaarden van een dergelijke diagnose door de patiënt. Daar is nog werk aan de winkel.

(*Frans*) Mijn kabinet heeft het verslag nog niet ontvangen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw **Maggie De Block** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van prestaties inzake kankerbehandeling" (nr. 3337)

02.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Bij de behandeling van kankerpatiënten zijn chirurgie, radiotherapie en chemotherapie de belangrijkste pijlers. Er wordt echter zeer zwaar gefocust op de chemotherapie, terwijl de andere pijlers wat worden verwaarloosd. Zo zijn chirurgie en radiotherapie goed voor 80 procent van de genezingen en ontvangen zij slechts 15 tot 20 procent van het budget. Belangrijke prestaties inzake radiotherapie worden ofwel niet vergoed, of de vergoeding is niet aangepast aan de stand van de wetenschap. Dat maakt deze behandelingen voor steeds meer ziekenhuizen onbetaalbaar, zodat ze niet meer kunnen worden aangeboden aan de patiënten, ofschoon de doeltreffendheid wetenschappelijk vaststaat.

Een medisch oncoloog kan voorzitter zijn van een multidisciplinair oncologisch consult (MOC), terwijl er bij bepaalde kankers geen reden is waarom de chirurg of de radioloog dat voorzitterschap niet zou kunnen waarnemen. Sommige kankers worden bijvoorbeeld nu al enkel met radiotherapie behandeld. Het adviseren inzake de terugbetaling van prestaties in de oncologie zou meer disciplinair moeten gebeuren, waarbij alle pijlers van de kankerbehandeling evenwaardig worden betrokken en waarbij in het belang van de patiënt op evidence based wijze wordt uitgemaakt wat de beste behandeling is.

Is de minister bereid het advies in te winnen van zowel radiologen, chirurgen als medisch oncologen om te komen tot een evenwichtige terugbetaling van de verschillende behandelingsvormen? Is het niet wenselijk dat zowel de chirurg, de radioloog als de medisch oncoloog voorzitter zou kunnen zijn van een MOC? Zal de nomenclatuur worden aangepast aan de stand van de wetenschap? Waarom worden bepaalde kankerbehandelingen niet terugbetaald? Is de minister bereid om dat opnieuw te laten bekijken, zowel in het belang van de ziekenhuizen als van de patiënten?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV werkt aan een herziening van de artikelen 18 en 19 van de nomenclatuur met betrekking tot de radiotherapie en de nucleaire geneeskunde. De door mevrouw De Block aangehaalde behandelingen maken daar deel van uit. Hierover werd reeds contact opgenomen met de betrokken specialisten, zodat relevante expertise aan bod komt. Het herevalueren van bestaande terugbetalingen en het evalueren van terugbetalingen voor nieuwe behandelingen maakt deel uit van een continu proces. Afhankelijk van het resultaat daarvan kan de nomenclatuur worden gewijzigd, rekening houdend met de beschikbare budgettaire middelen. Hierbij wordt steeds een consensus nagestreefd binnen de Raad.

Indien ze aan de bepalingen in de regelgeving voldoen, kunnen ook de vermelde specialisten een MOC

coördineren. Er moeten minstens vier geneesheren van verschillende specialismen deelnemen. Een van hen moet een bijzondere ervaring in de oncologische chirurgie hebben of erkend zijn als geneesheer-specialist in de medische oncologie of in de radiotherapie-oncologie of een bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of de pediatrie hematologie en oncologie hebben. Een van hen fungeert als coördinator.

De bijkomende vergoedingen die de medische oncologen en de hematologen kunnen aanrekenen wanneer ze aan een MOC deelnemen of dit coördineren, vloeien voort uit het akkoord tussen geneesheren en ziekenfondsen van 2008.

02.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Gelukkig is de Technische Geneeskundige Raad hieraan begonnen, want de huidige nomenclatuur dateert van 1 juni 2001 en is uiteraard compleet verouderd. In de toekomst moeten de herzieningen en de bijstellingen inderdaad op een continue basis kunnen gebeuren.

Het incident is gesloten.

03 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de vervolgafgifte van anticonceptiva door apothekers zonder medisch voorschrift" (nr. 3391)**

03.01 **Damien Thiéry** (MR): Enkele jaren geleden heeft de inspectie van de farmaceutische sector de apothekers de toestemming gegeven om patiënten gedurende één jaar, te rekenen vanaf de datum van de afgifte van het oorspronkelijk recept, zonder nieuw recept voorbehoedmiddelen te verstrekken. Op die wijze kunnen de minstbedeelden gemakkelijker aan anticonceptiemiddelen raken. Daardoor gaan sommige vrouwen echter misschien niet meer regelmatig bij hun gynaecoloog op consult.

Zou die maatregel niet kunnen worden bijgestuurd of zelfs afgeschaft? Heeft de FOD Volksgezondheid die maatregel al geëvalueerd? Zo ja, tot welke conclusies is men gekomen?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): De ratio van die vervolgafgiftes is dat één jaarlijks gynaecologisch controleonderzoek voor het overgrote deel van de vrouwen volstaat.

Krachtens het koninklijk besluit van 4 april 2003 kan de arts op het voorschrift een uitdrukkelijk verbod tot hernieuwing vermelden. Voor risicopatiënten is zo een verbod aanbevolen. Het is niet opportuun de afleveringstermijn voor een vervolgafgifte te verminderen tot zes maanden, want dat zou de vrouwen verplichten tot een extra doktersbezoek, wat voor de meesten geen zin heeft.

Nu is het ook wel zo dat dergelijke vervolgafgiftes minder frequent worden, omdat er recentelijk verpakkingen op de markt zijn gekomen die toereikend zijn voor een periode van twaalf maanden. Slechts een derde van de vrouwen kiest voor een jaarverpakking. We kunnen er niet omheen dat het prijskaartje van de benodigde hoeveelheid contraceptiva voor een volledig jaar heel wat vrouwen tegenhoudt.

De huidige mogelijkheid tot hernieuwing van de afgifte blijft nuttig voor twee derde van de vrouwen en moet dus blijven bestaan. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten volgt de evolutie inzake de afgifte van contraceptiva op en zal op regelmatige tijden beoordelen of deze regelgeving behouden moet worden.

03.03 **Damien Thiéry** (MR): We moeten vaststellen dat heel wat vrouwen niet jaarlijks op consult gaan bij hun gynaecoloog, terwijl dat gynaecologische onderzoek net een gelegenheid zou kunnen zijn om de vrouwen te sensibiliseren voor het belang van een jaarlijks consult.

Het incident is gesloten.

04 **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van vaatvernauwende neusdruppels en -sprays" (nr. 3393)**

04.01 **Damien Thiéry** (MR): Vele apothekers zijn bang dat het overmatige gebruik van vaatvernauwende neusdruppels en -sprays verstekkende gevolgen zou kunnen hebben, en dat sommige patiënten er

verslaafd aan zouden raken.

Werd het gebruik van deze middelen reeds door uw diensten geëvalueerd? Zo ja, zal er eventueel een informatiecampaignede gevoerd worden als men vaststelt dat er effectief sprake is van overmatig gebruik en een verslavingsproblematiek?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Indien die geneesmiddelen te lang worden gebruikt, kan de aandoening weer opflakkeren wanneer de behandeling wordt stopgezet. De patiënt is in dat geval geneigd het geneesmiddel voort te gebruiken.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft recentelijk een afweging gemaakt van de voordelen en de risico's van het gebruik van bepaalde geneesmiddelen bij kinderen jonger dan twaalf. De vaatvernauwende geneesmiddelen maakten deel uit van die evaluatie.

De Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd die binnenkort zullen worden overgezonden aan de bedrijven die houder zijn van de vergunningen voor het in de handel brengen van die producten. Het onoordeelkundig gebruik van vaatvernauwers voor nasale toepassing vormt ook bij volwassenen een probleem. De bijsluiters bevatten een waarschuwing voor de patiënten. Er zal binnenkort een campagne worden georganiseerd door het Federaal Agentschap om het grote publiek te sensibiliseren voor een oordeelkundig gebruik van geneesmiddelen.

04.03 **Damien Thiéry** (MR): De apotheker is de ideale tussenpersoon, want hij geeft de geneesmiddelen af. Ik hoop dat er wel degelijk een informatiecampaignede komt.

Het incident is gesloten.

05 **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de werking van de Orde van geneesheren" (nr. 3392)**

05.01 **Catherine Fonck** (cdH): De Orde van geneesheren, opgericht bij de wet van 25 juli 1938, valt onder het koninklijk besluit nr. 79 van 10 november 1967. De Orde stelt de code van medische plichtenleer op en is gebonden door het beroepsgeheim.

Zeer onlangs heeft de Orde van geneesheren een van zijn adviezen openbaar gemaakt. Het gaat meer bepaald om het advies met betrekking tot de uitspraken van professor Hayez.

Welke termijnen hanteert de Nationale Raad gemiddeld voor het beantwoorden van klachten? Bevestigt u dat de Nationale Raad niet het recht heeft om het advies dat hij naar aanleiding van een klacht van een derde heeft verstrekt openbaar te maken? Hoe zit het met de openbaarmaking van het advies in deze bijzondere situatie, in het geval van professor Hayez?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): In theorie vallen tuchtklachten over een arts onder de bevoegdheid van de provinciale raden van de Orde van geneesheren. Tegen hun beslissing kan er beroep worden ingesteld bij de raad van beroep. Tegen de beslissing van die raad kan er cassatieberoep worden aangetekend, zij het enkel om een aantal welbepaalde juridische, limitatief opgesomde redenen. De procedure heeft een schorsende werking.

De Nationale Raad van de Orde van geneesheren oefent geen rechtsprekende functie uit in het kader van de tuchtprocedure. De leden van provinciale raden, van de raden van beroep en van de Nationale Raad zijn door het beroepsgeheim gebonden met betrekking tot alle aangelegenheden die hun ter kennis gebracht werden bij of naar aanleiding van de uitoefening van hun functies.

In artikel 15 van dit koninklijk besluit worden de opdrachten van de Nationale Raad omschreven. Naast het uitwerken van een code van medische plichtenleer bestaan die taken hoofdzakelijk in het verlenen van adviezen, die a priori niet onder het beroepsgeheim vallen. Ik betreur dat er voor de tuchtdossiers een absoluut beroepsgeheim geldt. Daardoor ontstaat er volgens de eisers een gebrek aan transparantie, dat geenszins bijdraagt tot het behoud van de vertrouwensrelatie tussen de medische wereld en de patiënten.

Ik wilde die hervorming verdedigen, maar toen diende de regering haar ontslag in. Er werden verscheidene wetsvoorstellen ingediend bij de Senaat om de werking van de Orde van geneesheren te hervormen en Orden op te richten voor beroepen die er nog geen hebben. De hervorming heeft tot doel de tuchtprocedure transparant te laten verlopen; voorts zal er daadwerkelijk rekening worden gehouden met het slachtoffer en zullen de tuchtinstanties een proactieve rol ten aanzien van de zorgverleners toebedeeld krijgen.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Ik blijf op mijn honger.

Het incident is gesloten.

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het vaccin tegen poliomyelitis" (nr. 3455)

- de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het vaccin tegen poliomyelitis" (nr. 3547)

06.01 Franco Seminara (PS): Onlangs sprak de rechtbank te Doornik de ouders vrij van een allergisch kindje dat zij niet wilden laten vaccineren tegen poliomyelitis, omdat zij niet over alle inlichtingen over de samenstelling van dat vaccin beschikten. De rechtbank oordeelde dat het recht op informatie primeerde op het koninklijk besluit van 26 oktober 1966 waarbij de inenting tegen poliomyelitis verplicht gesteld wordt. Sommigen vrezen nu dat dat vonnis tot de vaste rechtspraak zou gaan behoren.

Heeft het parket hoger beroep ingesteld? Kan dat vonnis het beleid dat ertoe strekt kinderen en de maatschappij in haar geheel te beschermen, op de helling zetten? Zal de Hoge Gezondheidsraad zich over het behoud van die verplichte inenting buigen? Moeten de ouders niet beter worden ingelicht over de precieze bestanddelen van dat vaccin, maar ook over de risico's van een weigering van de vaccinatie? Volgens de klagers zijn België en Frankrijk de enige Europese landen die de vaccinatie verplicht stellen. Zijn er in die landen nog andere inentingën verplicht?

06.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik heb mijn diensten gevraagd om de tegenstrijdigheid tussen het koninklijk besluit van 26 oktober 1966 waarbij de inenting tegen poliomyelitis verplicht gesteld wordt, en artikel 8 van de wet op de patiëntenrechten van 2002, te onderzoeken. Als wij vaststellen dat er inderdaad een tegenstrijdigheid bestaat, zal de wetgeving moeten worden aangepast om het verplicht karakter van deze vaccinatie te vrijwaren.

Het zou nuttig zijn om de Hoge Gezondheidsraad vooraf te vragen of die inentingsplicht al dan niet dient te worden behouden.

Krachtens artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 mag iedereen toegang verkrijgen tot de informatie via de zorgverlener, in casu de geneesheer. Tussen 1967 en 2000 werd het levend afgezwakt oraal vaccin gebruikt. Sinds januari 2001 moet er voor de verplichte vaccinatie verplicht gebruik worden gemaakt van het verbeterd inspuikbaar geïnactiveerd vaccin.

Wat de ongewenste nevenwerkingen betreft, stelt men soms een lichte erythemateuze reactie vast op de plaats van de injectie, die gepaard gaat met matige koorts. Er werd ook melding gemaakt van andere ongewenste nevenwerkingen, die echter zeer zelden voorkomen (minder dan 0,01 procent).

Ik zou nog eens willen wijzen op de voordelen van die vaccinatie. Deze zeer besmettelijke ziekte kan zware gevolgen hebben voor de ontwikkeling van de kinderen die eraan lijden.

Het aantal gevallen van poliomyelitis is sinds 1988 met meer dan 99 procent afgenomen dankzij de wereldwijde inspanningen om deze ziekte uit te roeien. Zolang er echter al is het maar één kind geïnfecteerd is, lopen alle kinderen het risico de ziekte op te lopen.

Momenteel zijn België en Frankrijk de enige landen waar de poliovacinatie verplicht is. In België is dat ook de enige verplichte inenting.

06.03 **Franco Seminara** (PS): Die ziekte is voor mij een oude bekende. Ik ben geboren in 1958 en ben dus een jonge poliopatiënt. Het virus heeft bezit genomen van mijn lichaam. Elke levensfase van de slachtoffers van het poliovirus wordt gekenmerkt door een evolutie van de ziekte en van de pijn die ze veroorzaakt. Ik wil niet dat dit virus in ons land opnieuw de kop opsteekt, net zo min als de vertegenwoordigers van de belangenverenigingen die actief zijn op het vlak van polio en van het postpoliosyndroom. Ze vertegenwoordigen zo'n 10.000 personen.

Polio is sinds 1979 uit ons land verdwenen, maar op andere continenten woedt het virus nog in alle hevigheid. Het houdt een ernstig risico in en de banalisering ervan is nog gevaarlijker. De heer Daniel Peltzer, voorzitter van de *Association Belge des Paralysés*, wijst erop dat het virus vandaag jongvolwassenen treft in Afrika, Haïti en India. Bijna de helft van de slachtoffers sterft aan de gevolgen van de ziekte. De anderen blijven gedeeltelijk of volledig verlamd. Wie denkt dat het virus is uitgeroeid, werkt in zekere zin de verspreiding ervan in de hand. Het is belangrijk dat die boodschap wordt uitgedragen onder het grote publiek. Op 24 oktober, Word Polio Day, zou in dit verband een sensibilisatieactie op het getouw kunnen worden gezet.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verzamelen van gegevens met betrekking tot overgevoeligheid voor elektromagnetische straling" (nr. 3456)**

07.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Onderzoekers van de Universiteit de Liège onderzoeken de interactie tussen elektrische en magnetische velden en de biologische activiteit.

Die eenheid is nu op zoek naar mensen die denken dat zij gevoelig zijn voor kunstmatige bronnen van elektromagnetische velden. Die personen wordt verzocht zich drie keer naar de CHU van Luik te begeven, met telkens één week tussentijd, om een aantal tests te ondergaan en om de Luikse onderzoekers te helpen de diagnose van die 'overgevoeligheid' te stellen. Er wordt een gratis bloedonderzoek uitgevoerd.

Bestaat er zo een initiatief voor het Brussels Gewest en het Vlaams Gewest? Wordt het verzamelen van die gegevens op het federale niveau gecoördineerd? Is er geen middel om dat initiatief meer bekendheid te geven bij het publiek en om de aanzet te geven tot een opvang van die 'overgevoelige' mensen? Kunnen alle gezondheidswerkers op dat initiatief attent worden gemaakt?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): De studie van de Universiteit de Liège naar overgevoeligheid voor elektromagnetische straling is niet beperkt tot Wallonië, maar staat open voor alle Belgische onderdanen.

Na de publicatie van de resultaten zullen de statistische gegevens bekend zijn.

In dit verband biedt het elektronisch medisch dossier bepaalde mogelijkheden. Met deze IT-tool kunnen artsen gegevens met betrekking tot de medische voorgeschiedenis van de patiënt inzamelen en opslaan. De FOD Volksgezondheid heeft in het najaar van 2010 de eerste fase opgestart van een project dat drie fases telt. Er werd bij de Universiteit Gent een wetenschappelijke studie besteld om na te gaan of ook milieufactoren in het elektronisch medisch dossier kunnen worden opgenomen.

Tijdens de tweede fase zal een groep huisartsen op vrijwillige basis de door de UGent voorgestelde oplossing uittesten; het einddoel is de artsen via het elektronisch medisch dossier een gestructureerd opslagmedium voor alle milieugerelateerde gegevens aan te bieden.

In het huidige stadium lijkt het me niet opportuun extra patiënten te zoeken om aan de studie deel te nemen, want het onderzoeksteam kan hen er niet bijnemen.

07.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Door wie wordt het onderzoek gefinancierd? Is dat niet de FOD?

07.04 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Neen.

07.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Gaat het om een initiatief van de Universiteit de Liège?

07.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat is mogelijk. Ik zal de financieringsbron laten natrekken en zal u op de hoogte houden.

07.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Weinig mensen lijden aan dit syndroom, maar wanneer sommige patiënten zich tot ons wenden, weten we niet naar wie ze te verwijzen. Het zou nuttig zijn dat die mensen al was het maar een aanspreekpunt hadden.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het advies van het KCE met betrekking tot de terugbetalingsregelingen" (nr. 3466)

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Het rapport over de terugbetalingssystemen voor geneesmiddelen dat het KCE op basis van een internationale vergelijking opstelde, bevat een schat aan analyses, vergelijkingen en aanbevelingen.

Wat het in de handel brengen van geneesmiddelen betreft, wordt in het rapport opgemerkt dat er geen globale behoefteanalyse voorhanden is en dat men veeleer uitgaat van het farmaceutisch aanbod dan van de vraag in de samenleving.

Het rapport vestigt er de aandacht op dat de patiëntenorganisaties niet vertegenwoordigd zijn in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en dat vertegenwoordigers van farmaceutische bedrijven bij de werkzaamheden betrokken worden (al hebben zij dan geen stemrecht). Sommige leden zouden, volgens het rapport, een voorspelbaar stemgedrag vertonen, omdat zij niet achter het principe staan van een begrensde terugbetaling.

Volgens het rapport zou het wenselijk zijn dat ministeriële beslissingen uitgebreider worden gemotiveerd.

De doeltreffendheid van terugbetaalde geneesmiddelen zou onvoldoende worden geëvalueerd.

Wat is uw standpunt met betrekking tot de vermelde bevindingen en aanbevelingen?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Bij het onderzoek van de dossiers wordt steeds rekening gehouden met de maatschappelijke noden, in het bijzonder wanneer de bedrijven die de aanvraag indienen een hogere prijs vragen dan die van de beschikbare alternatieven. Wanneer het gaat om aanvragen in meerwaardeklasse 2, aanvaardt de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen doorgaans het ingediende voorstel. Ik moet bijzonder oplettend zijn wat de budgettaire aspecten van elke aanvraag betreft, indien ik de solidariteit tussen de burgers wil handhaven.

Het klopt dat de patiëntenverenigingen niet rechtstreeks vertegenwoordigd zijn in de Commissie. Er zijn zoveel organisaties dat zulks praktisch ook niet mogelijk zou zijn, maar ze hebben wel de mogelijkheid hun wensen kenbaar te maken. De vertegenwoordigers van de farmaceutische bedrijven zijn aanwezig, maar nemen niet deel aan de stemming. Pharma.be heeft zich ertoe verbonden het confidentiële karakter van de debatten in acht te nemen. Dat sommige stemmingen voorspelbaar zijn, is menselijk. Zowel de prijzen die aan de bedrijven worden voorgesteld als de vergoedingsmodaliteiten worden steeds tijdens de vergadering besproken en er wordt de bedrijven een voorstel geformuleerd naar aanleiding van het rapport van dag 120 van de procedure. De bedrijven beschikken dan over maximum 90 dagen om hun argumenten kenbaar te maken.

Indien de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen er niet in slaagt twee derde van de stemmen te behalen voor een voorstel, is het aan mij om de verschillende argumenten te evalueren en, in voorkomend geval, om een vergoedingsvoorstel te formuleren ten aanzien van mijn collega's van de Inspectie van Financiën en van het departement Begroting.

Voorafgaandelijk bespreek ik een en ander met de firma en met mijn collega's. Soms worden de prijs of de

vergoedingsmodaliteiten bijgestuurd.

Dankzij een wijziging van het koninklijk besluit van 21 december 2001 kunnen aanvragers sinds 2010 verzoeken dat een werkgroep een overeenkomst tussen de firma en het RIZIV zou opstellen.

Er werden verscheidene overeenkomsten gesloten voor geneesmiddelen met een erkende meerwaarde en voor weesgeneesmiddelen. Andere aanvragen worden momenteel onderzocht. De verzekeringsinstellingen, de farmabedrijven en vertegenwoordigers van mijn collega van Begroting nemen deel aan de besprekingen.

Met betrekking tot de herziening van het dossier worden de modaliteiten en de deadline aangeduid. Naarmate de medische kennis vordert, start de CTG – per specialiteit of per groep specialiteiten in één domein – het herzieningsproces voor de vergoedingsmodaliteiten op.

Dit rapport is belangwekkend; inzake de verbetering van de motivering worden er denksporen aangereikt die, hoewel ze tijdens de vergaderingen aan bod gekomen zijn, niet altijd in de openbare rapporten terechtkomen. Ik zal aandachtig nagaan wat de CTG met die aanbevelingen doet.

08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): De farmabedrijven zouden niet aanwezig mogen zijn tijdens de stemmingen in de commissie. Wat de patiëntenorganisaties betreft, bepleiten de ziekenfondsen de zaken vanuit een ander oogpunt, maar het is moeilijk om representatieve patiëntenorganisaties te kiezen. Tot slot verwondert het me dat u de bevindingen van het KCE-rapport betwist.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de rookkamers" (nr. 3511)

09.01 Rita De Bont (VB): Als gevolg van het arrest van het Grondwettelijk Hof zou vanaf 30 juni 2011 roken op café alleen nog in aparte rookkamers kunnen. Graag had ik een gedetailleerde omschrijving van alle voorwaarden betreffende de afmeting, afsluiting, luchtkwaliteit en filtering, de toegestane uitrusting en de toegestane diensten waaraan een rookkamer moet voldoen. Graag had ik ook vernomen of dit rookverbod ook geldt op een buitenterras van een café, en wat precies als een buitenterras wordt beschouwd.

09.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Het is inderdaad nog mogelijk om een rookkamer te installeren in alle horeca-inrichtingen. Dat geldt ook voor cafés waar het rookverbod van kracht wordt vanaf 1 juli 2011. Het moet gaan om een afgesloten ruimte – dus met wanden, een plafond en een gesloten deur – met een maximale grootte van 25 procent van de oppervlakte van het etablissement. Deze rookkamer mag niet als doorgangszone worden gebruikt en moet zodanig worden ingericht dat de ongemakken voor niet-rokers zoveel als mogelijk worden beperkt.

Het serveren van dranken of voeding in die ruimte is verboden, net zoals de aanwezigheid van alle mogelijke automaten, flipperkasten, televisie enzovoort. De klant kan zelf zijn drank in de rookkamer meenemen. Er moet een rookafzuigstelsel zijn. De bijkomende voorwaarden voor de rookkamer zijn opgenomen in het KB van 28 januari 2010. Het zijn dezelfde als voor de rookafzuigstelsels van de nu toegelaten rookzones, die zullen verdwijnen op 1 juli 2011.

De FOD Volksgezondheid werkt aan een communicatiecampagne specifiek bestemd voor caféhouders, discotheken en casino's, aangezien de wetgeving enkel voor die etablissementen wijzigt. Elk van die etablissementen zal een brief en een brochure ontvangen met de nieuwe regels, de verplichtingen die hieruit voortvloeien, de voorschriften betreffende de eventuele installatie van een rookersruimte, de fiscale aftrekmogelijkheden voor investeringen enzovoort. Er zullen ook stickers met het rookverbodsteken worden bezorgd.

Het rookverbod is alleen van toepassing in gesloten ruimten. Het is dus toegelaten te roken op een terras, behalve wanneer het terras zich bevindt in een afgesloten ruimte die toegankelijk is voor het publiek, bijvoorbeeld in een winkelcentrum. Een plaats kan beschouwd worden als een terras als minstens één zijde volledig open is. Daar mag er dus gerookt worden.

09.03 Rita De Bont (VB): Het is belangrijk dat er zo snel mogelijk duidelijk en volledig met de horecasector wordt gecommuniceerd. Er zijn nog misverstanden en onduidelijkheden, ook in verband met de diensten.

09.04 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Onze inspecteurs zullen de caféhouders alle uitleg geven.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de in opmars zijnde nieuwe soort tbc" (nr. 3512)

10.01 Rita De Bont (VB): In een rapport van de WHO staat dat er een nieuw soort resistente tbc in opmars is. In sommige Oost-Europese landen is het aantal tbc-gevallen bijna acht keer hoger dan in de rest van de regio. Bovendien doet een hoog aantal besmettingen zich voor bij kinderen.

Hoe zal concreet vermeden worden dat ook in West-Europa het totaal aantal besmettingen door de nieuwe resistente vorm van tbc toeneemt? Zijn er plannen om kinderen of bepaalde groepen kinderen te screenen? Kunnen wij de Oost-Europese landen helpen in hun strijd tegen deze nieuwe vorm van tbc, want ziektes kennen geen grenzen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Het probleem van de resistentie bestaat al sinds de ontwikkeling van de geneesmiddelen tegen tbc.

Voor ons land preciseert het Belgisch Tuberculoseregister dat 1,3 procent van de patiënten in 2009 een multiresistente vorm van tbc heeft. Sinds 2001 is in ons land geen betekenisvolle toename van het aantal multiresistente besmettingen vastgesteld. Vooral het opduiken van steeds meer uitgebreide resistenties is verontrustend. De behandeling wordt hierdoor ook ingewikkelder en duurder.

Sinds 2006 werden in België tien gevallen van ultrasensibele tbc vastgesteld. Een aangepaste behandeling is mogelijk dankzij het project Belta-TBnet, dat in 2005 van start ging. Het is een innovatief proefproject voor de behandeling en diagnose van tbc en helpt ook bij de financiering van de geneesmiddelen voor multiresistente tbc en extrasociale en verpleegkundige begeleiding van multiresistente patiënten. Wegens de goede resultaten en de internationale bijval werd het proefproject in december 2010 door het RIZIV omgezet in een structurele financiering via een KB van 23 december 2010. Een comité van deskundigen werd opgericht voor het opvolgen van de problematiek.

Het opsporen van tbc bij kinderen is een bevoegdheid van de Gewesten.

Internationaal wordt intens samengewerkt met het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). De Europese afdeling van de WHO stelt een vierjarenplan op voor de bestrijding van multiresistente tbc in Europa.

Er wordt ook samengewerkt met onze buurlanden en Oost-Europa. Het aantal gevallen neemt niet toe door de nieuwe resistente vorm, maar wel door de armoede. Internationale samenwerking, armoedebestrijding en solidariteit zijn dus de beste remedie tegen de opkomst van tbc, ook bij kinderen.

10.03 Rita De Bont (VB): De minister heeft mij gerustgesteld dat het probleem hier vrij goed onder controle is. Er wordt blijkbaar toch geprobeerd om het probleem in de Oost-Europese landen aan te pakken.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de langetermijneffecten van antibiotica" (nr. 3528)

11.01 Franco Seminara (PS): Volgens Zweedse onderzoekers zouden bacteriën als gevolg van een antibioticabehandeling resistent kunnen worden tegen die geneesmiddelen. Die 'gemuteerde' microben zouden maandenlang en zelfs jarenlang in het lichaam aanwezig blijven. Doordat genetische wijzigingen

lange tijd blijven doorwerken, zou het risico dat die resistentie op nieuwe bacteriën wordt overgedragen, bovendien toenemen. Kortom: men dient voorzichtig om te gaan met antibiotica.

In 1999 richtte de FOD Volksgezondheid het Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) op. Dat orgaan moet aanbevelingen in verband met het gebruik van antibiotica formuleren en voorlichtingscampagnes organiseren, zowel voor het publiek als voor de gezondheidswerkers.

Hoe evolueert het antibioticagebruik in ons land? Van wanneer dateren de meest recente voorlichtingscampagnes over het juiste gebruik van die geneesmiddelen? Hebben de campagnes die tot nu toe werden gevoerd, hun doel bereikt?

11.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): In januari 2011 heeft BAPCOC inderdaad de tiende jaarlijkse nationale antibioticacampagne gelanceerd. Bedoeling is rationeel antibioticagebruik aan te moedigen.

Sinds het begin van de campagnes, in de winter 2000-2001, wordt er al een derde minder antibiotica voorgeschreven: 2,4 verpakkingen per 1.000 inwoners in 2009-2010, tegen 3,6 in 1999-2000. Het percentage resistente *Streptococcus pneumoniae* is gedaald tussen 2000 en 2009, en de resistentie van *Streptococcus pyogenes* tegen macroliden is spectaculair verminderd.

De campagnes zijn dus nuttig. Ik zal opnieuw een budget uittrekken voor de volgende campagne, voor de winter 2011-2012. Daarvoor werd een bedrag van 400.000 euro gevraagd.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.15 uur.