

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 16 NOVEMBRE 2011

WOENSDAG 16 NOVEMBER 2011

Après-midi

Namiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 16.01 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

Le développement des questions et interpellations commence à 16.01 heures. La réunion est présidée par M. Hans Bonte.

De **voorzitter**: Wij beginnen eenentwintig seconden te laat. Wij winnen echter een beetje tijd, aangezien mevrouw Gerkens haar eerste vraag, zijnde vraag nr. 6076, in een schriftelijke vraag wenst om te zetten.

01 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la suite du projet-pilote Tadam de Liège" (n° 6214)

01 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het vervolg van het proefproject Tadam te Luik" (nr. 6214)

01.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, cette question porte sur le projet pilote de distribution contrôlée d'héroïne à Liège, nommé Tadam, programmé du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011. Cinquante et une personnes y participent. La moitié d'entre elles reçoivent plusieurs fois par jour du diacétylmorphine.

Le comité scientifique d'accompagnement s'était réuni à la mi-septembre, après neuf mois de fonctionnement. Il reconnaissait qu'il était trop tôt pour tirer des conclusions intéressantes quant à la réussite de cette expérience. En revanche, le bourgmestre Willy Demeyer, a attiré l'attention sur les améliorations socio-sanitaires remarquables constatées chez les patients suivis grâce à ce projet.

Cependant, les premiers patients entrés chez Tadam en janvier 2011 ont reçu de l'héroïne pure. Et nous savons que, lorsqu'ils retournent à la rue, la qualité de ce produit est nettement moindre. Donc, les risques sont importants. Aussi bien les bénéficiaires que les acteurs de la santé impliqués s'en sont inquiétés.

Dès lors, j'aurais voulu savoir quel était le dispositif prévu pour le suivi des patients. Enfin, si le projet pilote n'est pas reconduit, quelles sont les mesures envisagées?

01.02 **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Monsieur le président, chers collègues, c'est avec plaisir que je vais vous faire prendre connaissance de la réponse de Mme la ministre de la Santé publique, à cette première question de Mme Gerkens, ainsi qu'aux autres par la suite.

Je voudrais rappeler, tout d'abord, que le Conseil des ministres du 27 avril 2007 a, en effet, approuvé la mise en place d'un traitement assisté par diacétylmorphine pour les personnes dépendantes à l'héroïne. La ville de Liège a été chargée de l'ouverture du centre pilote de délivrance de cette substance.

Ce projet pilote de traitement par diacétylmorphine comprend deux volets: un volet 'traitement' et un volet 'évaluation et suivi scientifique'. En ce qui concerne le volet 'traitement', il est financé depuis 2007 par le

Fonds de lutte contre les assuétudes, alors que le volet 'évaluation et suivi scientifique' est, lui, financé par le SPF Santé publique.

Pour l'année 2012, la ville de Liège a introduit une demande de subsides auprès du Fonds de lutte contre les assuétudes. Cette demande a été examinée par le comité d'avis du Fonds le 29 septembre dernier. Ce comité a rendu un avis qui est transmis au comité de l'assurance de l'INAMI, qui statue définitivement sur chaque demande. Ce comité de l'assurance devrait se prononcer sur cette demande de prolongation du projet dit 'Tadam', le 28 novembre prochain. Nous verrons sous quel gouvernement, mais il faut encore attendre quelques jours pour connaître cette décision.

Je pense que Mme Onkelinx souhaite conclure en disant qu'il est, à ce stade et compte tenu de cet élément, prématuré de parler de fin du projet.

01.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, je vais évidemment attendre la réponse, parce que si celle-ci est négative, il faudra sans doute prendre des dispositions pour accompagner les bénéficiaires du projet, qui se retrouveraient alors sans cette héroïne pure délivrée sous contrôle, ce qui présenterait des risques pour eux. Espérons que ce projet sera reconduit, c'est mon souhait de toute manière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'élevage en Belgique des animaux à fourrure" (n° 6463)

02 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de kweek van pelsdieren in België" (nr. 6463)

02.01 Katrin Jadin (MR): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, il me revient que notre pays autorise toujours l'élevage de visons pour l'exploitation de leur fourrure, dans des conditions déplorables pour ces animaux. Ils sont en effet élevés en batterie, dans des cages étroites et sans aménagements adaptés. Ces conditions de vie leur causent d'importants préjudices. Certains de ces animaux développent, en effet, des troubles comportementaux qui témoignent de leur mal-être.

Cet élevage dans de telles conditions est-il réellement indispensable? Avez-vous déjà pris des initiatives pour réglementer les conditions de vie de ces visons, voire interdire leur élevage en batterie? Qu'en est-il des conséquences environnementales de l'élevage des visons, sachant que la production de fourrure laisse une empreinte écologique importante?

02.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Madame Jadin, Mme la ministre souhaite tout d'abord rappeler que le Conseil de l'Europe avait déjà adopté en 1999 une recommandation sur le bien-être des animaux à fourrure. Malheureusement, cette recommandation n'a toujours pas été transposée à l'heure actuelle en une loi contraignante, ni au plan européen ni au plan national.

En 2007, le précédent ministre fédéral de la Santé publique, M. Demotte, avait déposé un projet de loi visant à instaurer un moratoire sur les élevages d'animaux à fourrure. Le gouvernement de l'époque ne l'a toutefois pas retenu. Une telle décision devait aussi obtenir l'aval des entités fédérées qui partagent d'autres préoccupations. Je suis toutefois d'avis, nous dit Mme Onkelinx, que la question de l'opportunité de tels élevages peut être posée et que des initiatives législatives devraient être prises soit par le parlement en cette période d'affaires courantes, soit par le prochain gouvernement.

En ce qui concerne les aspects environnementaux, le gouvernement fédéral n'est compétent que pour fixer des normes qui s'appliquent aux produits finis. Mme la ministre vous invite à demander de plus amples informations à son collègue M. Magnette pour ce qui concerne ces normes.

Par ailleurs, pour ce qui concerne les conditions d'exploitation des élevages, y compris les conditions environnementales, elles relèvent des compétences régionales, en l'occurrence la Région flamande puisque ces exploitations se situent exclusivement en Flandre.

02.03 Kattrin Jadin (MR): Merci, monsieur le secrétaire d'État pour ces réponses assez complètes. Evidemment, mon attention avait été attirée par Gaia qui s'est fait fort ces derniers mois et ces dernières semaines d'informer sur ce sujet.

J'entends bien qu'existait l'idée d'un projet de loi. Il faudrait que le prochain gouvernement, en espérant qu'il sera bientôt là, revienne sur ce sujet et trouve un consensus. Je serais heureuse de recevoir cette réponse afin de pouvoir aussi la relayer.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question 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 "une éventuelle obligation pour certains lieux publics de disposer de défibrillateurs" (n° 6522)

03 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de eventuele verplichting om op sommige openbare plaatsen defibrillatoren te installeren" (nr. 6522)

03.01 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, parmi les maladies de notre époque, les maladies cardiaques occupent une grande place. En effet, celles-ci font 15 000 victimes par an en Belgique. Ce taux est supérieur à celui des accidents de la route, souvent pris en exemple.

Dans le cas d'une crise cardiaque, le facteur clé pour sauver la victime est la rapidité d'intervention. Il faut en effet agir dans les cinq premières minutes pour que le mal subi se résorbe au mieux.

J'ai eu l'occasion d'apprendre récemment qu'il existait des défibrillateurs pouvant être utilisés par tout citoyen sans formation médicale pour assister une personne ayant un arrêt cardiaque moyennant un guidage vocal. Dans certains pays proches, dont la France, l'Allemagne ou le Luxembourg, le projet d'une obligation de posséder de tels appareils est envisagé, voire déjà appliqué, pour certains lieux tels que les institutions publiques, les clubs sportifs ou encore les grandes entreprises. Ce n'est pas encore le cas dans notre pays.

Monsieur le secrétaire d'État, quelles mesures avez-vous déjà mises en place pour favoriser l'installation de tels défibrillateurs? Pouvez-vous m'informer sur l'état d'avancement du projet de directive européenne concernant l'obligation de disposer de défibrillateurs dans les lieux publics?

03.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Monsieur le président, c'est une question très importante en matière de santé publique.

Madame Jadin, en ce qui concerne votre première question, le 29 juillet dernier, Mme Onkelinx a fait publier au *Moniteur belge* une circulaire ministérielle concernant la mise en œuvre dans la chaîne de l'aide médicale urgente de défibrillateurs externes automatiques (DEA) dans les lieux publics. Cette circulaire, qui a été validée par le Conseil national des secours médicaux d'urgence et le Belgian Resuscitation Council, intègre les dernières recommandations de la European Resuscitation Council.

La circulaire indique les divers emplacements à considérer comme des lieux à risque ou des endroits où la mise en œuvre de DEA serait particulièrement appropriée, à savoir les bâtiments publics et bâtiments accessibles au public, les palais de justice, les hôpitaux, les prisons, les centres de fitness, les lieux d'événements sportifs (salles de tennis, terrains de football, bassins de natation, terrains de squash, etc.), les zones industrielles, les centres industriels de taille moyenne à importante où un service de médecine du travail est présent de façon permanente ou non, les gares de taille moyenne à importante avec la possibilité d'associer le personnel des chemins de fer à une formation de premiers soins, les officines pharmaceutiques (la croix verte est nettement visible de l'extérieur et beaucoup d'officines sont situées au centre des communes) ou encore les bâtiments enregistrant un nombre important de visiteurs ou de spectateurs âgés (salles de concert, bureaux de tourisme, maisons de repos, etc.). Vous vous doutez que cette liste est non exhaustive.

S'il est envisagé d'installer plusieurs DEA en des lieux publics d'une même commune ou d'un même quartier, une consultation de la Commission d'aide médicale urgente (COAMU) prend tout son sens. En

effet, cette Commission connaît les lieux à risque et sa consultation permet d'optimiser les choix d'emplacement en fonction du délai d'arrivée des services de secours spécialisés, d'interventions antérieures des services de secours et de la mise en place d'une chaîne de survie efficiente.

Pour répondre à votre deuxième question, Mme Onkelinx nous fait savoir qu'aucun projet de directive européenne relative à l'obligation d'apposition de défibrillateurs dans les lieux publics n'existe à ce jour. Par ailleurs, elle n'a pas connaissance non plus d'une éventuelle future initiative de la Commission en la matière.

03.03 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. Nous pouvons nous réjouir des initiatives prises par Mme la ministre en ce domaine, sachant que nous ne pouvons légiférer plus amplement, mis à part notre parlement, en ce qui concerne l'obligation de défibrillateurs dans les lieux publics avec la liste que vous avez apportée.

Comme vous, je pense qu'il s'agit là d'un sujet très intéressant que nous aurions intérêt à envisager sérieusement dès que nous disposerons d'un gouvernement de plein exercice et d'un parlement avec des majorités stables.

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

04 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de opvang van personen met een hersentumor" (nr. 6565)

04 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 "l'accueil des personnes atteintes d'une tumeur au cerveau" (n° 6565)

04.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, het is niet de eerste keer dat ik over dit onderwerp een vraag stel.

Het gaat eigenlijk om mensen met hooggradige hersentumoren die, gelet op de vooruitgang van hun therapieën, langer blijven leven, maar op een bepaald moment toch residentiële opvang behoeven.

Op Vlaams niveau bestaat er een persoonsgebonden assistentiebudget. Dat geeft voor een deel een oplossing, zolang die patiënten nog niet te ziek zijn. Voor een aantal patiënten is dat echter niet voldoende en zij moeten residentieel worden opgevangen.

Voor MS-patiënten is er in de vorige legislatuur een oplossing gezocht. Er werden toen middelen vrijgemaakt voor een soort netwerk waarin gespecialiseerde ziekenhuizen samenwerken met rust- en verzorgingstehuizen of met psychiatrische verzorgingstehuizen, maar waar een aantal bedden voorbehouden worden voor MS-patiënten die residentiële opvang behoeven.

Mijn vragen aan minister Onkelinx zijn de volgende.

Kan er worden onderzocht in welke mate het voorbeeld van de residentiële opvang zoals voor MS-patiënten, ook voor mensen met hooggradige hersentumoren zou kunnen worden toegepast? Zouden er eventueel plaatsen kunnen worden gereserveerd? Kan worden onderzocht in hoeverre het haalbaar is om een gelijkaardige regeling te treffen zoals voor de MS-patiënten?

04.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, ik zal u het antwoord van minister Onkelinx voorlezen.

Ik wil er in de eerste plaats op wijzen dat het verzekeringscomité van het RIZIV binnenkort een evaluatie van de eerste 21 werkingsmaanden van de projecten multiple sclerose, amyotrofe laterale sclerose en ziekte van Huntington zal ontvangen en dus een eerste balans over de werking van die projecten zal kunnen opmaken.

Op basis van de eerste balans, zouden wij kunnen kijken of dat initiatief eventueel naar andere doelgroepen, bijvoorbeeld bepaalde mensen met een hersentumor, zou moeten worden uitgebreid, in termen van de identificatie van die doelgroepen en het aantal betrokken personen, de afstemming op hun behoeften rond

tenlasteneming en opvang en de eventueel beschikbare financiële middelen. Een van mijn medewerkers heeft dienaangaande op 12 oktober al contact opgenomen met de vereniging Werkgroep Hersentumoren.

Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid werden van die vraag op de hoogte gesteld. Zij zullen de problematiek onderzoeken, op basis van de vraag van voornoemde vereniging die heeft gezegd dat zij binnenkort bijkomende informatie zal bezorgen.

Tot daar, het antwoord van de minister.

04.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank de minister voor haar antwoord.

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

04.04 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, het ligt misschien aan mij, maar ik dacht dat ik op mijn vraag nr. 6721 al een schriftelijk antwoord had gekregen. Ik heb het antwoord op mijn vraag over de varroabestrijding al schriftelijk gekregen.

De **voorzitter**: In dat geval zal de vraag in het Bulletin van Vragen en Antwoorden worden opgenomen.

04.05 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mag ik dan mijn volgende vraag, zijnde vraag nr. 6816, stellen?

De **voorzitter**: Dat mag, indien u van mevrouw Van Moer mag. U kruipt immers voor mevrouw Van Moer.

04.06 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijn vorige vraag heb ik geliquideerd.

Mevrouw Van Moer, ik dank u. Ik zit momenteel een commissie voor. Ik had echter aan de betrokkenen beloofd mijn vraag hier te komen stellen.

05 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van de wachtdienst" (nr. 6816)

05 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 recours au service de garde" (n° 6816)

05.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, deze vraag gaat over het gebruik van de wachtdiensten.

Het remgeld voor de consultatie van een arts tijdens de wachtdienst is nu even duur als voor een gewone consultatie. Ter zake is er nogal wat deining bij mijn collega-artsen.

Voor bepaalde geprivilegieerde sociale categorieën kost een dergelijke consultatie nu één euro. Ik heb geen opmerking over dat bedrag van één euro. De bedoeling was echter dat patiënten de huisarts zouden raadplegen in plaats van naar de spoedgevallendienst te trekken.

Wat blijkt nu?

Er zijn een aantal neveneffecten. De patiënten komen niet langer in de wachtzaal aanschuiven. Zij gaan liever naar de wachtdienst, omdat die dienst verondersteld wordt hen snel en efficiënt te helpen. Vaak gaat het om gewone bloeddrukmetingen, voorschriften, keelontstekingen en allerlei zaken die de dag ervoor, bijvoorbeeld op een vrijdag, behandeld hadden kunnen zijn, maar de patiënten komen bijvoorbeeld liever op zaterdag.

Het lijkt een duidelijk, herkenbaar fenomeen te zijn. Wij doen ook de registratie. Het fenomeen is al uit de cijfers gebleken.

De patiënten worden in hun gedrag wel degelijk door het remgeld beïnvloed. Een en ander heeft echter een aantal perverse effecten.

Mijnheer de staatssecretaris, bevestigen volgens de minister de cijfers van het RIZIV, waaraan wij maandelijks moeten rapporteren, de vaststelling dat de huisartsen het aantal consultaties tijdens de wachtdienst zien toenemen? Zo ja, zijn er ter zake al cijfers?

Werd nagegaan wat bij de hiervoor geschetste nieuwe trend de rol van de wachtposten is?

Wordt eventueel aan een bijsturing van de maatregel gewerkt?

De bedoeling op zich was goed. Het kan echter niet de bedoeling zijn dat de wachtdienst een soort van normale permanentie wordt voor de patiënten die tijdens de week ook bij hun eigen huisarts terecht kunnen.

05.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw De Block, dank u voor uw vraag. Mevrouw Onkelinx heeft verscheidene initiatieven genomen waardoor wij de wachtdienst voor huisartsgeneeskunde konden reorganiseren, voornamelijk door meer wachtdienstposten huisartsgeneeskunde op te richten.

Een maatregel uit het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen 2011 beoogt de toegang tot de eerstelijnszorg tijdens de zogenoemde wachtdiensturen te bevorderen door het oneigenlijk beroep doen op de spoeddiensten van de ziekenhuizen en het aantal huisbezoeken door de huisarts met wachtdienst te verminderen.

Deze maatregel wijzigt de nomenclatuur, waarbij het remgeld voor de aanvullende erelonen van de huisartsen voor consultaties tijdens de nacht, op een zaterdag, zondag of feestdag kan worden afgeschaft.

Sommigen maken zich vandaag zorgen dat patiënten dit nieuwe systeem zouden misbruiken door eerder in het weekend dan tijdens de week naar de arts te gaan. De weerslag van deze wijziging wordt op dit moment onderzocht. Een werkgroep van de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen moet de werking van de wachtdienstposten evalueren en eventuele aanpassingen voorstellen. Dit onderzoek zal het vooral mogelijk maken het verband te leggen tussen het gebruik van de spoeddiensten van de ziekenhuizen en het gebruik van de wachtdiensten van de huisartsen, vooral tijdens het weekend.

Deze analyse zal integraal deel uitmaken van het globale beleid inzake het gebruik van de dringende geneeskundige hulpverlening in het algemeen, en de consultaties bij de wachtdiensten van de huisartsen in het bijzonder.

Het RIZIV kan nog geen cijfers geven over de evolutie van het aantal consultaties bij de wachtdienstposten, noch over de evolutie van het aantal huisbezoeken tijdens de wachtdiensturen. Zodra de cijfers bekend zijn, zal ik u daarover inlichten.

05.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, het zou heel vriendelijk zijn van mevrouw de minister dat zij dat wil doen. Ik ben blij dat er een werkgroep mee bezig is, want er is een probleem van de ziekenhuizen versus de wachtdiensten. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat de wachtdiensten overspoeld worden door mensen die ook op andere dagen op consultatie kunnen komen.

Zoals u weet, ligt dit mij na aan het hart. Huisarts is een uitstervend beroep. Ik zou graag zien dat de jonge mensen gemotiveerd worden, maar wie nu stage doet en één nacht moet meelopen, wordt eerder weggejaagd dan aangetrokken en dat is een spijtige zaak.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het rapport van het KCE over burn-out bij huisartsen" (nr. 6803)**

06 **Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport du KCE relatif au burnout chez les médecins généralistes" (n° 6803)**

06.01 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, deze vraag sluit aan

bij de bezorgdheid van collega De Block.

Naar schatting een op tien huisartsen leidt aan burn-out. Dat is althans het cijfer dat wordt gebruikt in een recent rapport van het Kenniscentrum.

Eerdere peilingen gaven aan dat zelfs een op twee artsen zich in de gevarenzone zou bevinden. Het is een probleem dat dus al langer bekend is, maar de problematiek kwam recent terug onder de aandacht.

Het probleem is bovendien niet exclusief Belgisch. Ook andere Europese landen zien zich geconfronteerd met dezelfde verschijnselen.

De oorzaken die in het rapport van het Kenniscentrum worden aangehaald, vertellen weinig nieuws. Huisartsen hebben veel professionele stress. Ze moeten immers altijd paraat staan voor hun patiënten. Dit alles moeten zij in evenwicht proberen te houden met hun familielevens. Bovendien is de patiënt mondiger en veeleisender geworden. Daarnaast hebben veel huisartsen het moeilijk hun eigen verzorging uit handen te geven.

Het rapport geeft ook een reeks aanbevelingen of actiepunten om de problematiek te lijf te kunnen gaan. Ook deze klinken trouwens niet zo nieuw. Huisartsen klagen al langer over de problemen en schuiven gelijkaardige oplossingen naar voren.

Het is niet opportuun hier alle aanbevelingen op te sommen. Daarvoor verwijs ik naar het rapport zelf. Enkele actiepunten vallen echter wel op: een multidisciplinair team om burn-out te behandelen, een betere erkenning van de huisartsgeneeskunde en een betere sociale bescherming.

Ik wil de volgende vragen stellen. Hoe staat de minister tegenover deze bevindingen? Plant de minister een overleg over de aanbevelingen die in het rapport worden gedaan?

Ik heb nog een bijkomende vraag. In een reactie op het rapport eisen de Vlaamse huisartsen een volwaardige beroepsvereniging. Zij zien dit als een garantie voor een betere sociale bescherming, een van de aanbevelingen uit het rapport. Wat is het standpunt van de minister hierover?

06.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Moer, ik dank u voor uw vraag.

Ik geef nu het antwoord van minister Onkelinx.

Het spreekt voor zich dat de goede gezondheid van de hulpverlener belangrijk is, zowel voor de verzorgde patiënt als voor het zorgsysteem in zijn geheel en natuurlijk ook voor de hulpverlener zelf.

Het burn-outfenomeen werd zowel binnen als buiten Europa bestudeerd. Het rapport van het Kenniscentrum maakt overigens melding van een vergelijkende studie ter zake in verschillende landen zoals Noorwegen, Ierland, Spanje, Canada en Australië.

Ook in ons land werd daarover een studie uitgevoerd en werden enkele losse acties gerealiseerd, onder meer de opleiding van burn-outcoaches.

Het rapport van het Kenniscentrum is zeker nuttig omdat het een totaalzicht op dit probleem mogelijk maakt. De aanbevelingen van dit rapport in de praktijk omzetten, zal de volgende stap vormen. Dat zal een breed overleg vergen via de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie en de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen.

Het zal de volgende minister van Volksgezondheid toekomen dit plan uit te voeren naargelang zijn prioriteiten en de budgettaire beschikbare middelen.

Ik wil er ten slotte op wijzen dat ik mij sinds mijn aantreden op de FOD Volksgezondheid altijd erg om het statuut van de huisartsen heb bekommerd. Ik heb verschillende acties ondernomen om het fenomeen van burn-out bij de huisartsen te beperken door, onder meer, groepspraktijken te bevorderen via financiële stimuli, de rol van de huisarts meer te laten erkennen, zowel in het raam van de opleiding als in de uitoefening van het beroep, de huisartsgeneeskunde te herwaarderen, de administratieve lasten te

verminderen, de belasting door patiënten met een zware aandoening te verlichten, onder andere via netwerkpraktijken, en het wachtsysteem te verbeteren door de wachtdiensten en het uniek nummer 1733 te ontwikkelen. Deze maatregelen zullen moeten worden voortgezet en tot de solopraktijken worden uitgebreid.

Tot hier het antwoord van de minister.

06.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Wat er wordt gezegd over al die hulpverlening die intussen is opgestart om de huisartsen een beetje te begeleiden, is alles wat in Impulso 1 en 2 staat en dat is mij bekend. Impulso 3 is momenteel in de wacht gezet, dus op de uitvoering daarvan wachten we nog.

Wat de burn-outcoaches betreft, weet ik dat de huisartsen daarop niet zo erg uit zijn. Een huisarts is een individualist. Of die mensen dat dan kunnen begeleiden, is de vraag. Het is wel goed dat ze al met burn-out bezig zijn geweest, maar of ze de huisartsen daarin echt kunnen begeleiden, is een andere vraag.

Op mijn laatste vraag van de Vlaamse huisartsen heb ik nog geen antwoord gekregen, maar dat kunnen we misschien later nog eens herhalen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 6831 van de heer De Clercq wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

07 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la présence de moustiques potentiellement dangereux à Natoye" (n° 6832)

07 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de aanwezigheid van potentieel gevaarlijke muggen in Natoye" (nr. 6832)

07.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, la présence d'une colonie de moustiques *Aedes japonicus* est observée, depuis quelques années déjà, dans un stock de pneus localisé à Natoye en province de Namur. Elle a fait l'objet d'une étude scientifique de l'Université Catholique de Louvain, qui a pris fin en mars 2011.

Jusqu'ici, la présence de ces moustiques n'a pas été considérée comme problématique en ceci que la colonie ne se serait pas étendue et parce qu'elle n'est pas porteuse du virus de la fièvre du Nil. S'il y a combinaison de la présence du moustique et du virus de la fièvre du Nil, cela devient problématique, comme c'est le cas en Suisse.

À en croire les experts scientifiques que j'ai pu consulter, une fois que la sélection s'est opérée entre les individus résistant le mieux à nos conditions climatiques (un peu différentes de celles du Japon), l'espèce peut se répandre rapidement au point d'échapper à tout contrôle. En outre, si le moustique entre en contact avec des personnes porteuses du virus de la fièvre du Nil, la situation pourrait devenir problématique en matière de santé publique, puisque le vecteur de transmission serait présent.

Ce double risque amène les scientifiques à préconiser l'éradication de la colonie. La mesure la plus adéquate – et assez simple, finalement – serait d'assécher totalement les pneus et de les couvrir d'une protection durant quelques semaines. Rien de très compliqué ni de très onéreux et sans impact pour l'environnement.

Il me revient que l'administration de Mme Onkelinx est au courant de ce problème depuis longtemps, mais qu'aucune mesure n'a été prise malgré au moins trois réunions sur le sujet, et cela alors que le SPF Santé publique est compétent pour l'éradication de ces insectes invasifs.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous m'indiquer si des contacts ont été pris entre la commune d'Hamois (sur laquelle se situe Natoye) et l'administration de Mme Onkelinx, le SPF Santé publique, concernant la présence de cette colonie de moustiques japonais? Pouvez-vous confirmer que l'administration SPF Santé publique a connaissance de cette situation depuis de nombreuses années? Pour quelle raison aucune action d'éradication n'a-t-elle été entreprise jusqu'ici? Pouvez-vous me dire dans quel

délai il sera mis fin à cette situation? Quelles actions seront-elles entreprises dans le plus court terme par le SPF Santé publique?

07.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Monsieur le président, je me disais, en lisant cette question, que notre collègue Gilkinet veut peut-être se profiler comme le député qui pique là où il faut, si je peux me permettre l'allusion à la publicité d'un hebdomadaire bien connu! Mais c'est une boutade purement amicale.

J'en viens à la réponse. Dès la première notification de la présence de moustiques Aedes à Natoye en 2008, suite à l'enquête MODIRISK réalisée par les universités, j'ai demandé à mon administration d'organiser une réunion du groupe d'analyse de risque en application du Règlement sanitaire international; celle-ci a eu lieu le 26 avril 2008 et ce, en concertation avec les Communautés et les Régions.

Cette analyse a conclu que la présence de cette colonie de moustiques ne représentait pas de danger immédiat pour la santé publique mais qu'il fallait, dans un premier temps, éliminer l'eau stagnante qui se trouvait dans les pneus afin d'éviter que les moustiques ne puissent se multiplier à nouveau et, dans un second temps, prendre des mesures générales visant à résoudre le problème à long terme.

En ce qui concerne les actions à mener sur le court terme, celles-ci relèvent principalement de la compétence du bourgmestre que ce soit dans le cadre de la délivrance des permis d'environnement ou dans celui des services d'hygiène communaux assurant la salubrité comme c'est le cas, par exemple, pour la surveillance des rats, vecteurs de maladies infectieuses.

Néanmoins, compte tenu du caractère exceptionnel de la problématique, j'ai informé le bourgmestre que mon administration demeurerait bien évidemment disponible afin d'examiner les différentes possibilités d'action et de soutien.

En ce qui concerne les mesures à plus long terme, celles-ci relèvent principalement de la compétence des ministres régionaux responsables de l'Environnement et des ministres de la Santé des Communautés responsables de la prévention et du contrôle des maladies.

En ce qui concerne l'aspect santé, les maladies potentielles pouvant être transmises par ces moustiques ont été reprises sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. Ceci implique que les médecins sont obligés de signaler chaque cas diagnostiqué au service d'inspection d'hygiène des Communautés. Ces services, quant à eux, investigueront sur l'origine de ces cas.

Enfin, je tiens à rappeler qu'à ma demande, via la conférence interministérielle Santé d'octobre 2010, la conférence interministérielle Environnement a décidé de constituer, en mars 2011, un groupe de travail qui est chargé d'analyser les possibilités et les limites du cadre légal actuel en fonction de la répartition des compétences et de fournir un rapport reprenant les actions potentielles à mener afin de prévenir le risque, éradiquer le problème et sensibiliser le public. Les conclusions de ce groupe de travail sont attendues pour la prochaine conférence interministérielle Environnement prévue en mars 2012.

07.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Attention, je vais piquer!

En Belgique, on semble bien plus fort pour les discussions que pour l'action. Le problème est identifié depuis 2008. La solution est relativement simple. Le danger n'est pas immédiat mais bien réel. On est face à une administration d'une commune rurale qui n'a peut-être pas réagi assez rapidement mais qui, comme vous l'avez souligné, n'est pas spécialement équipée et habituée à ce type d'actions. Elle est peut-être plus habituée aux rats qu'aux moustiques japonais. Trois ans plus tard, rien n'a été fait.

Finalement, un groupe de travail va être mis en place pour vérifier qui est compétent. Mais la solution me semble tellement simple. D'après les scientifiques, il faudrait assécher et couvrir les pneus pendant quelques semaines. Je ne comprends pas comment elle n'a pas été mise en œuvre, notamment par les fonctionnaires du SPF Santé publique. Personne n'agit et chacun se renvoie la balle jusqu'au moment où, effectivement, on sera face à un problème de santé publique beaucoup plus large.

Si je peux, par votre intermédiaire, prier la ministre de demander à son administration de ne pas attendre les conclusions de ce groupe de travail pour déterminer quelles sont les responsabilités de chacun mais d'agir effectivement, je pense que nous aurons fait œuvre utile aujourd'hui!

07.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Il faut aussi tenir compte, dans un État fédéral, des différentes compétences, telles qu'elles existent. Je pense que la réponse de Mme la ministre remet les responsabilités là où elles se trouvent: Régions et Communautés, pour une partie, et pouvoirs locaux (communes grandes ou petites). Chacun doit prendre sa part dans ce dossier. Je crois donc que la question peut être aussi utilement relayée vers les ministres régionaux et communautaires qui sont compétents pour leur part dans ce dossier.

07.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur Delizée, nous en parlerons à Mme Laanan au niveau de la Communauté française. Bien que mon parti ne soit pas représenté dans la commune de Hamois, il a interpellé en tant que groupe citoyen le bourgmestre en question, M. Luc Jadot, pour qu'il agisse. Ce dernier renvoie à un peu tout le monde, sauf à lui-même!

Nous sommes dans une situation kafkaïenne et je ne peux que dénoncer le fait que personne dans ce dossier n'accepte de prendre ses responsabilités. Pour le moment, il n'y a pas encore mort d'homme. Il y a peut-être juste une petite démangeaison causée par l'une ou l'autre piquûre. Mais il vaut mieux agir de façon préventive que de façon curative. C'est moins coûteux et plus efficace.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van bisfenol A in de productie van voedingsverpakkingen en voedingshouders" (nr. 6855)

08 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 "l'utilisation du BPA dans la production d'emballages alimentaires et de contenants alimentaires" (n° 6855)

08.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, het gebruik van bisfenol A staat regelmatig ter discussie wegens de mogelijk negatieve invloed op de volksgezondheid, vooral op de gezondheid van jonge kinderen. Als gevolg daarvan wordt de stof in de Europese Unie voorlopig verboden voor babyflesjes. Enkel Denemarken gaat verder en heeft bisfenol A verboden voor alle soorten flesjes, potjes en schaalpjes voor kinderen onder drie jaar.

Het is echter moeilijk vooraf vast te stellen welke houder zal worden gebruikt om de voeding van kinderen onder drie jaar op te bergen, te verwarmen of op te dienen. Bovendien werd in een nieuwe studie aan de Harvarduniversiteit aangetoond dat er een verband is tussen de hoeveelheid bisfenol A in het lichaam van een moeder tijdens de zwangerschap en gedragsstoornissen op latere leeftijd bij meisjes. Ik zeg alleen bij meisjes, omdat bisfenol A slecht zou reageren met het vrouwelijk hormoon en zo de ontwikkeling van de vrouwelijke babyhersenen zou kunnen verstoren.

Is het niet raadzaam uit voorzorg bisfenol A te bannen uit alle voedingsverpakkingen en voedingshouders zoals flesjes, potjes, schaalpjes en bestek, want daarin is het ook verwerkt?

Wat is het standpunt van de minister hierover?

Is er in België een draagvlak om er bij een volgende regering en in Europa op aan te dringen geen bisfenol A meer te gebruiken voor al wat met voeding in contact komt?

08.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée: Mevrouw De Bont, ik dank u voor uw vraag. Ik geef u het antwoord van minister Onkelinx.

Materialen waarmee levensmiddelen in contact komen, zijn in België gereguleerd door de EG-verordening 1935/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 27 oktober 2004. Kunststoffen bestemd voor contact met voedingswaren zijn dan weer gereguleerd in de EU-verordening 10/2011 van de Commissie van 14 januari 2011. Die verordening legt een strikt specifieke migratielimiet vast voor bisfenol A. De Europese en de Belgische wetgeving zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis, want de EFSA, de Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid, is een van de specifieke Europese wetenschappelijke comités, zoals de Hoge Gezondheidsraad in België.

Die onafhankelijke organen zijn belast met de evaluatie van het risico verbonden aan het gebruik van chemische stoffen voor de volksgezondheid in het kader van de materialen die bestemd zijn om in contact te komen met voedingsmiddelen. Op basis van die evaluaties wordt de Europese wetgeving aangepast. Die organen moeten immers nagaan of de verschillende studies die wereldwijd moeten worden uitgevoerd, wel aan een reeks strikte kwaliteitsparameters beantwoorden. Zo niet zal er met die studies geen rekening worden gehouden.

Gezien de evolutie van het dossier en de nieuwe gegevens, heeft de Europese Commissie de Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid uitgenodigd om de twee rapporten over bisfenol A, die het Anses of het Franse nationaal agentschap voor voedselveiligheid en leefmilieu onlangs publiceerde, te onderzoeken. Het eindresultaat van die werkzaamheden zou tegen eigen november van dit jaar aan de Europese Commissie moeten worden bezorgd.

De controles in de sector van de materialen bestemd om met voedingsmiddelen in contact te komen, worden uitgevoerd door het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen. Uit de controles op de migratie van bisfenol A in polycarbonaat zuigflessen en bekertjes, die in het kader van het bemonsteringsplan van het Federaal Agentschap werden uitgevoerd, werd geconcludeerd dat alle gemeten concentraties duidelijk onder de specifieke migratielimiet lagen.

België is voorstander van een gemeenschappelijke aanpak op Europees vlak. België wil actief bijdragen tot het dossier bisfenol A. Natuurlijk moet het gebruik van die stof op de markt, net zoals elke andere stof, steeds strikt worden gecontroleerd.

Om die reden lopen er momenteel twee onderzoeksprojecten, die deels of integraal worden gefinancierd door de FOD Volksgezondheid. Het eerste project omvat een studie over vervangers voor polycarbonaten bij het produceren van zuigflessen. Het budget bedraagt 300 000 euro. De studie zal in 2012 van start gaan voor een duur van drie jaar en zal, onder andere, betrekking hebben op verschillende soorten zuigflessen zonder bisfenol A die onlangs op de markt kwamen.

Het tweede project heeft betrekking op een biomonitoring van de Europese bevolking waaraan België deelneemt en die aanwezigheid in het organisme van verschillende chemische stoffen onderzoekt. Het komt er dus op aan om gedurende vijf jaar de blootstelling van de bevolking aan die stoffen te evalueren via bloed- en urineanalyses, ongeacht de bron van blootstelling. Het gaat om een aantal stoffen, zoals bepaalde ftalaten, bisfenol A en triclosan. Het onderzoek gebeurt in het kader van een breder onderzoek op Europees vlak.

De Hoge Gezondheidsraad is eveneens bezig met de evaluatie van de blootstelling van de consument, via een advies "Bisfenol A, Blootstelling via voeding of niet-voeding". Het wordt in de loop van het eerste semester van 2012 verwacht.

Dat project ligt in het verlengde van het advies op mijn verzoek van de Hoge Gezondheidsraad over bisfenol A betreffende de relevantie van een eventueel verbod in België op zuigflessen in polycarbonaat, dat begin november 2010 werd uitgebracht.

De combinatie van die studies en het wetenschappelijk advies waaraan wordt gewerkt, zal het mogelijk maken de reële blootstelling van de bevolking aan bisfenol A te meten.

Dat was het uitgebreide antwoord van de minister.

08.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, het stelt mij toch ietwat gerust dat men bezig is met de problematiek, zowel op Europees niveau als op Belgisch niveau, want het is inderdaad een zaak die op Europees niveau moet aangepakt worden. De verpakkingen stoppen niet aan de grens. Ik ben daarmee tevreden.

Ik wil er toch op aandringen om alert te blijven, want als er tekenen zijn en als er ook stoffen zijn die het product in zuigflessen kunnen vervangen, dan kan het product ook in andere voedselverpakkingen vervangen worden. Zeker omdat jonge kinderen erdoor zouden kunnen worden benadeeld, moeten we de kwestie uit voorzorg heel nauwlettend in de gaten houden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de laatste ontwikkelingen in de mogelijke behandeling van ME/CVS" (nr. 6856)

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 récents progrès dans les possibilités de traitement de l'encéphalopathie myalgique" (n° 6856)

09.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, een paar dagen nadat u mij een antwoord hebt gegeven op mijn vraag in verband met de internationale consensuscriteria voor het stellen van de diagnose van myalgische encephalomyelitis is mij het goede nieuws doorgegeven dat er ook een doorbraak zou zijn in de mogelijke behandeling van deze ziekte, ook in Noorwegen.

Per ongeluk werd bij een patiënt die een chemotherapie moest ondergaan voor een bepaalde kanker, maar die tevens leed aan myalgische encephalomyelitis, vastgesteld dat die therapie niet alleen een gunstige uitwerking had op de kanker, maar ook duidelijk op de symptomen die gepaard gaan met ME/CVS.

Men heeft dan aan het universitair ziekenhuis van Haukeland in Noorwegen onmiddellijk een test uitgevoerd op 33 ME/CVS-patiënten. Twee op drie van deze patiënten was aanzienlijk verbeterd tot genezen na het toedienen van het product Rituximab. Dat levert zowel voor mij als voor de betrokken onderzoekers nogmaals het bewijs dat myalgische encephalomyelitis geen psychisch probleem is, maar wel degelijk een fysische behandelbare auto-immuunziekte. Deze discussie is al jaren aan de gang.

Zijn het departement Volksgezondheid, het RIZIV of de Hoge Gezondheidsraad ook op de hoogte van deze nieuwe doorbraak? Zo ja, wat was hun reactie? Is het mogelijk om ter zake een grondig onderzoek te voeren en om de mening versneld bij te stellen als zou ME/CVS vooral een psychologische aandoening zijn? Wat wordt er in die zin ondernomen?

Zouden de budgetten die vandaag beschikbaar worden gesteld voor de opstart van CVS-consortia, die in grote mate nog gebaseerd zijn op een puur psychologische benadering en op een trial-and-errorbehandeling, niet beter ter beschikking worden gesteld voor de oprichting van een biomedisch erkend diagnose- en researchcenter voor ME?

09.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Bont, ik lees u het antwoord voor van minister Onkelinx.

Wij moeten onderstrepen dat het hier maar om één enkele studie gaat, waarvan de resultaten nog door andere studies en onderzoekers moeten worden bevestigd, temeer omdat het over een onderwerp gaat waarover onder de experts zelf heel wat discussie bestaat.

Als de resultaten van brede klinische studies positief zouden zijn, dan zal Rituximab alleen na een analyse van de voordelen en risicobalans als behandeling voor CVS/ME kunnen worden erkend.

Ik wil er nogmaals uitdrukkelijk op wijzen dat het RIZIV CVS of ME/CVS niet als een psychische aandoening beschouwt. Het RIZIV doet geen uitspraak over de oorzaak van die aandoening. Het standpunt van het RIZIV is dat er momenteel nog geen curatieve behandeling voor CVS bestaat. In dat verband citeer ik uit het filmfragment waarvan u mij de hyperlink hebt bezorgd in de schriftelijke neerslag van uw vraag. Ik citeer: "Dokters en wetenschapslui moeten nu de behandeling uittesten op meer patiënten. Het kan nog jaren duren voordat de behandeling kan worden aangeboden."

Dat bevestigt het standpunt van het RIZIV en de wetenschappelijke besluiten van de Hoge Gezondheidsraad en het federaal Kenniscentrum, waarop het RIZIV zich baseert om zijn beleid te bepalen.

De door het RIZIV gefinancierde referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom moeten een biopsychosociale screening en een specifieke multidisciplinaire revalidatie ten gunste van CVS-patiënten mogelijk maken. De cognitieve gedragstherapie en de therapie via geleidelijke oefeningen zijn de therapieën waarvoor momenteel duidelijke bewijzen van doeltreffendheid bestaan. Zoals u weet, werkt het RIZIV aan een regelgevend kader om, met consortia voor CVS, financieringsovereenkomsten te kunnen sluiten. Het

gaat om netwerken, zowel van eerstelijnsbuitenhulpers van algemene ziekenhuizen als van referentiecentra.

Het lijkt mij moeilijk om het budget van de verzekering voor geneeskundige verzorging dat voor de oprichting van die CVS-consortia bedoeld is, te gebruiken om de werking van een biomedisch erkend diagnose- en researchcentrum voor ME te bekostigen.

Het budget van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan niet worden besteed om fundamenteel, wetenschappelijk onderzoek te financieren.

Mevrouw De Bont, aldus luidt het antwoord van minister Onkelinx.

09.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, het is heel jammer dat mevrouw de minister niet zelf aanwezig is. Zij volgt het dossier immers al jaren.

U antwoordt dat het hier maar over één onderzoek gaat. Een dergelijk antwoord krijg ik uiteraard bij ieder onderzoek waarover ik het heb. Er zijn ter zake meerdere onderzoeken.

Steeds meer komt men tot de conclusie dat er een verschil is tussen alle patiënten die onder de paraplu van CVS worden geklasseerd. De ME-patiënten vormen een specifieke groep patiënten die geen baat vinden bij de therapieën die zij vandaag aangeboden krijgen. Integendeel, zij ondervinden negatieve gevolgen van die therapieën.

Het is een beleidskeuze om fondsen te besteden aan behandelingen waarvan men weet – men heeft de statistieken ter zake – dat zij in grote mate niet efficiënt zijn en om geen fondsen te besteden aan noodzakelijk onderzoek, teneinde te bewijzen dat het bij een deel van de betrokken patiënten wel degelijk over een auto-immuunziekte gaat.

Ik hoop dat de minister, mocht zij in de volgende regering ook nog minister van Volksgezondheid zijn, zich tegenover de patiënten in kwestie niet moet excuseren, zoals de minister van Volksgezondheid van Noorwegen heeft moeten doen.

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

10 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het syndroom van Klinefelter" (nr. 6857)

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 "le syndrome de Klinefelter" (n° 6857)

10.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de staatssecretaris, het syndroom van Klinefelter treft 1 op 750 mannen. Het gaat over een aangeboren afwijking, mannen met een XXY- in plaats van een XY-chromosoom. Tijdens de baby- en peuterperiode stelt men een vertraagde psychomotorische ontwikkeling vast en gedurende de verdere ontwikkeling nemen de problemen toe als gevolg van onvoldoende productie van het mannelijk hormoon testosteron, met als gevolg natuurlijk een verminderde vermannelijking. Wanneer de volwassenheid bereikt is, hebben deze mannen naar verhouding langere armen en benen en minder ontwikkeling van de spiermassa. Problemen zoals snelle vermoeidheid en concentratieverlies kunnen ook optreden. Meestal beschikken deze personen wel over een normale intelligentie doch omwille van de concentratieproblemen kan een verhoogde schoolmoeheid ontstaan. Een gevoel van machteloosheid kan zelfs bij de minste stress aanleiding geven tot driftbuien en omwille van al deze gebreken is het voor deze mensen ook vaak moeilijk om in een normale werksituatie terecht te komen. Deze personen en hun ouders, die al ruime kosten achter de rust hebben voor ze tot de juiste diagnose gekomen zijn, kunnen jammer genoeg ook geen tegemoetkoming krijgen van het RIZIV wanneer ze dan het voorschrift krijgen voor Testim, wat eigenlijk voor de persoon zelf of voor de kinderen de problematiek aanzienlijk zou kunnen inperken.

Is het mogelijk om voor deze patiënten toch een terugbetaling voor Testim te bekomen? Wat zijn de hieraan gestelde voorwaarden? Is er voor deze patiënten een verbetering van de levenskwaliteit te verwachten, zoals voor andere personen met een chronische ziekte, als het programma voor chronische ziekten 2009-2010 in werking treedt, het programma dat omwille van de politieke situatie jammer genoeg ook een beetje

vertraging heeft opgelopen? Welke tegemoetkomingen kunnen dan verwacht worden? Tegen wanneer kan men deze verbetering verwachten?

10.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, collega, ik wil erop wijzen dat vooraleer men over de vergoeding van een farmaceutische specialiteit beslist, het bedrijf dat verantwoordelijk is voor het in de handel brengen van dat geneesmiddel bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een aanvraag tot vergoedbaarheid moet indienen. Het farmaceutisch bedrijf Ferring Pharmaceuticals heeft tot vandaag voor de specialiteit Testim geen dossier ingediend. Daarenboven valt de prijsbepaling voor de niet-vergoedbare farmaceutische specialiteiten onder de bevoegdheid van mijn collega, de minister van Economie.

Niettemin wordt de farmaceutische specialiteit Sustanon aangewezen voor testosteronsuppletietherapie bij mannelijke patiënten met klachten die berusten op een hypofunctie van de gonaden, terugbetaald bij de behandeling van een kaarblijvende primaire of secundaire gonadeninsufficiëntie.

Het syndroom van Klinefelter beantwoordt aan de vergoedingsvoorwaarden voor de terugbetaling van Sustanon.

Het programma *Prioriteit aan de chronisch zieken* omvat een aantal algemene maatregelen om de behandeling en de levenskwaliteit van patiënten met een chronische of zeldzame ziekte te verbeteren.

Het betreft onder andere maatregelen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren of om een statuut in te voeren dat gunstig is voor personen met een chronische aandoening. Ze baseren zich niet op een specifieke diagnose en hebben onder andere tot doel deze personen te helpen om hun gezondheidszorguitgaven het hoofd te kunnen bieden.

Door de huidige politieke toestand en de lopende begrotingsdiscussies in de door u gekende, bijzonder moeilijke context, kan ik u moeilijk een antwoord geven over de verwachte terugbetalingen.

Teneinde verder na te denken over de behoeften van mensen met een chronische of zeldzame ziekte, werd er een Observatorium voor de chronische ziekten opgericht en deed het Fonds zeldzame ziekten en Weesgeneesmiddelen aanbevelingen over zeldzame ziekten.

De volgende regering zal over de ontwikkeling en de invoering van nieuwe initiatieven kunnen beslissen, afhankelijk van de gemaakte keuzes en de beschikbare budgetten.

10.03 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het interessante antwoord. Ik denk dat er hier sprake is van een nalatigheid of een tekortkoming vanwege de farmaceutische firma, die dan ook nog eens het product Testim aanbiedt in dosissen die niet handig zijn en waarvan een deel moet worden weggegooid.

De informatie die u geeft over alternatieven is misschien ook bruikbaar. Ik zal dat zeker doorgeven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de organisatie van de wachtdienst voor tandartsen in de provincie Antwerpen" (nr. 6858)**

11 **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 "l'organisation d'un service de garde de dentistes dans la province d'Anvers" (n° 6858)**

11.01 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de staatssecretaris, eind oktober hebben tandartsen van de provincie Antwerpen die zich niet hebben ingeschreven voor de wachtdienst georganiseerd door het Verbond der Vlaamse Tandartsen, het VVT, een brief ontvangen met de melding dat de wachtdienst die zou worden georganiseerd door een andere vereniging, de VBT, niet geldig is.

Door de ongeldigheid van de wachtdienst zouden de tandartsen die erop hebben ingetekend niet voldoen

aan de wettelijke verplichting zoals weergegeven in het artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 en zouden zij, indien zij niet binnen de maand aan de Provinciale Geneeskundige Commissie laten weten waar zij hun wettelijke wachtdienstverplichtingen kunnen nakomen, hun bijzondere beroepstitel kunnen verliezen of zelfs door het parket kunnen worden vervolgd wegens het niet bieden van de wettelijk voorziene tandheelkundige garanties tijdens de wachtdienst, zoals gedreigd in de brief van de Provinciale Geneeskundige Commissie.

Inmiddels is de sperdatum om zich in te schrijven voor de wachtdienst georganiseerd door het VVT wel verstreken, vandaar mijn volgende vragen.

Zal het VVT verplicht worden de tandartsen die zich tijdig hadden ingeschreven voor de wachtdienst die zou worden georganiseerd door de VBT, alsnog in zijn wachtdienst op te nemen? Onder welke voorwaarden zal dat gebeuren? Zijn er andere mogelijkheden voor die tandartsen of zal de wachtdienst van de VBT alsnog worden erkend?

Kunnen de tandartsen die zich te goeder trouw hadden ingeschreven voor de in Antwerpen te organiseren wachtdienst hun beroepstitel verliezen of vervolgd worden voor het niet naleven van hun wettelijke verplichting? Men kan hun immers niet verwijten, zoals in het schrijven van de Geneeskundige Commissie, dat zij een bewijs leveren van minachting voor de tandheelkundige gezondheid van de burger in nood. Zij hadden immers de bedoeling hun wettelijke en ethische verplichtingen na te komen.

Had de Provinciale Geneeskundige Commissie van Antwerpen de tandartsen uit de provincie Antwerpen niet beter op de hoogte gebracht van de aangeboden mogelijkheden om aan hun wachtdienstverplichtingen te voldoen vóór het verstrijken van de uiterste inschrijvingsdatum voor de erkenning van wachtdiensten? Was het werkelijk nodig om een dreigbrief naar die tandartsen te schrijven?

11.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik heb opnieuw een uitgebreid antwoord voor mevrouw De Bont. De wachtdienst vormt de garantie aan de bevolking dat de toegang tot de zorgen 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 mogelijk is. Het is een wettelijke verplichting door artikel 9 van het KB nr. 78 betreffende de gezondheidszorgberoepen. Het toezicht op het volume en het feit van de wachtdienst gebeurt door de Provinciale Geneeskundige Commissie. De Provinciale Geneeskundige Commissie is in dezen ook voor de behoeftenbepaling van de wachtdienst bevoegd.

Daarnaast is er de deontologische verplichting van elke tandarts aan de wachtdienst deel te nemen, zoals beschreven in het ministerieel besluit van 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheeskunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts. Niet deelnemen aan een wachtdienst impliceert dat de erkenning van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts kan worden ingetrokken.

Bij gebrek aan een aparte deontologische kamer ziet de Provinciale Geneeskundige Commissie toe op het volgen van de deontologische regels, inclusief deze.

In mijn antwoord van 15 maart 2010 in de Kamer heb ik al aangegeven dat er meerdere wachtdiensten naast elkaar actief kunnen zijn. Ik ben echter wel de mening toegedaan dat het voor iedereen, zowel voor de beroepsbeoefenaars als voor de patiënten, duidelijker en efficiënter zou zijn als de verschillende beroepsorganisaties tot één gemeenschappelijke wachtdienst zouden kunnen komen.

Ik stel vast dat in Vlaanderen, en dus ook binnen de provincie Antwerpen, beide beroepsorganisaties VVT en VBT er niet in slagen deze wachtdienst gezamenlijk te organiseren. Het resultaat is dat beide beroepsorganisaties nu onafhankelijk van elkaar voor de wachtorganisatie moeten instaan, en dat volgens de behoeftenbepaling van de Provinciale Geneeskundige Commissie.

Binnen de provincie Antwerpen werd door de Provinciale Geneeskundige Commissie de behoefte aan tandartsen met wachtdienst bepaald op zes. Op 7 september jongstleden heeft de commissie van Antwerpen moeten vaststellen dat de VBT in haar wachtorganisatie in slechts één tandarts met wachtdienst had voorzien voor de hele provincie. De commissie heeft de wachtdienst van de VBT dan ook niet kunnen goedkeuren.

De commissie ziet de realiteit van beide beroepsorganisaties op het terrein. De VBT is een kleinere organisatie en hen verplichten een wachtdienst met zes uit te bouwen, zou het aantal wachten per tandarts

heel hoog doen oplopen.

Daarom heeft de Provinciale Commissie hun gevraagd een wachtdienst in een regio te organiseren. Dit impliceert wel dat alle tandartsen van wacht hun wacht in deze regio uitvoeren.

Ten laatste tegen eind oktober moest de Provinciale Commissie in kennis worden gesteld van de definitieve wachtregeling voor 2012. Op basis van de wachtregelingen van het VVT en de VBT heeft de Provinciale Commissie moeten vaststellen dat een aantal tandartsen zich bij het VVT had uitgeschreven en zich niet had ingeschreven bij de VBT. Om deze tandartsen op hun wachtverplichting te wijzen, werd de door u aangehaalde brief verzonden.

De Provinciale Commissie heeft ondertussen een nieuw voorstel van wachtdienst van de VBT mogen ontvangen en zal dit voorstel op de volgende vergadering onderzoeken. Het is dus niet uitgesloten dat de VBT alsnog een goedgekeurde wachtdienstorganisatie kan voorleggen.

Voor het overige is het niet de bevoegdheid, noch de wens van de Provinciale Commissie om tandartsen te verplichten aan een welbepaalde wachtdienst deel te nemen. De toetredingsvoorwaarde tot een wachtdienst wordt bepaald door het huishoudelijk reglement van de beroepsorganisatie en niet door de Provinciale Commissie.

Ik verwijs u naar het bestuur van het VVT en de VBT om deze voorwaarde op te vragen.

11.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord.

Dit is een oud zeer en het is eigenlijk beschamend. Ik ben zelf tandarts en ik ben beschaamd over die vete tussen de twee tandartsenverenigingen waaraan maar geen einde komt.

Ik ben in orde, dus voor mij geen enkel probleem. Ik wil er wel op wijzen dat de tandartsen die zich hadden uitgeschreven bij het VVT, zich wel hadden ingeschreven bij de VBT, dus uiteindelijk treft hen rechtstreeks geen schuld of kan men hun niet verwijten dat zij hun verplichtingen niet hebben willen nakomen.

Nu moet er alleen worden gezocht op welke manier zij hun verplichtingen kunnen nakomen. Hen van nalatigheid betichten wanneer zij een verkeerd beeld voorgeschoteld krijgen van de wachtdienst die hen wordt aangeboden, vind ik echter toch wat overdreven.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 6881 van de heer Jadot wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

12 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 informations concernant la dangerosité des plafonds tendus" (n° 6960)

12 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de informatie over de gevaren van spanplafonds" (nr. 6960)

12.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, vous m'aviez déjà donné la réponse de Mme la ministre en juillet dernier. Mais c'est une affaire qui demande un retour fréquent et qui exige qu'on la traite rapidement.

Je souhaitais savoir comment obtenir des informations quant à la dangerosité des plafonds tendus en PVC. Ceux-ci contiennent, en effet, des métaux lourds et dégagent des composés organiques volatils, principalement lors de l'exposition du matériau à une source de chaleur.

Vous vous étiez engagé à consulter la cellule régionale Santé-Environnement. J'étais heureuse d'entendre cette réponse. Entre-temps, plusieurs personnes clientes de l'entrepreneur qui nous a alertés et qui ont des plafonds tendus en PVC chez elles ont signalé des problèmes de santé. Bien sûr, à ce stade, nous ne

pouvons pas affirmer l'existence d'une relation de cause à effet, mais nous estimons qu'à l'évidence, il y a de plus en plus matière à investigation.

Un nouveau rapport du CSTC nous est parvenu: il tend à confirmer un défaut d'information de la part des fabricants de ces toiles de PVC à l'attention des travailleurs qui posent ces plafonds ainsi que des clients qui vivent en dessous en ce qui concerne la composition du matériau. C'est pourquoi je poursuis mon travail d'enquête, en raison du risque qu'encourent beaucoup de ménages et de travailleurs.

Quels sont les résultats de vos démarches? Quelles mesures ou recherches ont-elles été entreprises?

12.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Comme je l'avais dit précédemment à Mme Snoy, je vais assurer la continuité du service.

Madame Snoy, Mme Onkelinx nous dit qu'il n'y a pas d'élément nouveau dans le dossier par rapport à ses réponses à vos dernières questions. Elle en rappelle donc les points principaux.

1° Il n'y a aucune législation européenne relative aux plafonds tendus.

2° Le SPF Santé publique prépare pour l'instant un arrêté royal avec des seuils d'émission pour les produits de la construction dans certaines applications. Après une première phase avec les produits de revêtement de sol, d'autres produits de la construction entreront en considération, comme les recouvrements de plafond, dont les plafonds tendus. La concertation avec les Régions se fera dans les semaines à venir.

3° Nous n'avons trouvé aucune information scientifique sur les rejets élevés des matières organiques volatiles qui se libéreraient lors du placement des plafonds tendus.

4° Si des émissions élevées et inacceptables devaient se libérer lors de l'installation et du placement du produit, la compétence en reviendrait au ministre de l'Emploi.

5° Depuis 2005 à aujourd'hui, le SPF Santé publique n'a reçu aucune plainte, hormis la vôtre. L'analyse du Centre scientifique et technique de la construction que vous mentionnez a été demandée par l'entrepreneur que vous citez. Le Centre ne peut pas la transmettre au SPF sans l'autorisation de cet entrepreneur. Tant que je ne dispose pas des rapports des tests, la plainte demeure donc irrecevable. En effet, je ne peux réagir à une plainte d'une personne sans aucune preuve.

12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, d'une part, vous m'apportez des éléments nouveaux concernant la possibilité d'un arrêté royal qui va s'appliquer à ce type de plafond et, d'autre part, vous me dites que la qualité de l'air intérieur est un des thèmes prioritaires du Plan national Environnement-Santé.

Vous me dites que vous allez attirer l'attention des partenaires de la Cellule nationale Santé-Environnement sur cette problématique. Je vous ai demandé de confirmer cet engagement et de me dire ce qu'il en est. Vous ne m'avez pas répondu.

Il est inexact de dire que les plafonds tendus ne font pas l'objet d'une législation européenne.

Il y a effectivement un marquage CE obligatoire pour ce matériau mais le problème est que cette norme impose des exigences sur la migration des métaux lourds et sur la teneur maximale du chlorure de vinyle momomère mais la réalisation d'essais pour vérifier ces exigences n'est pas obligatoire pour le fabricant.

En fait, il y a une sorte de déclaration non prouvée et non objectivement examinée que le matériau est conforme. J'aimerais bien qu'on puisse vérifier cela. En France, dans la région de Lorraine, les pouvoirs publics semblent vouloir réaliser une analyse de ce produit et la réalisation d'essais et de tests au moment où on pose ces plafonds et après dans les intérieurs des maisons pour voir s'il y a émission de métaux lourds en cas d'exposition à la chaleur en particulier.

Quant aux rapports du CSTC, je les fournis au ministre avec plaisir et je pense que l'entrepreneur en question le fera aussi si je le lui demande. Il n'y a pas de problème. Il essaie, au contraire, de faire connaître son problème le plus largement possible.

Je suis tout à fait consciente du fait qu'il y a des choses à vérifier, mais je demande qu'on bouge et qu'on fasse quelque chose. Or, vous n'avez pas l'air d'avoir fait quoi que ce soit depuis le mois de juillet.

12.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État: Porter à la connaissance de Mme la ministre des éléments complémentaires, un rapport d'étude ou autre, je pense qu'effectivement il faudrait le faire. Scientifiquement, il faut évidemment fonder une disposition sur des rapports de tests, sur des éléments qui sont scientifiquement prouvés. Je crois que c'est ce qu'elle dit dans sa réponse. Si vous avez la possibilité de lui faire parvenir ces éléments, de manière directe ou indirecte, je pense qu'effectivement, ça peut faire avancer le dossier.

12.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je suis prête à faire des copies des pièces que j'ai et je les remettrai. Je vais aussi demander à la personne plaignante d'envoyer tout ce qu'elle veut à la ministre.

Je suis d'accord qu'il faut des preuves scientifiques, je ne dis pas le contraire, mais je demande qu'on fasse une recherche. Puisqu'on s'intéresse beaucoup à la qualité de l'air intérieur, je pense que là, on néglige un risque potentiel. Je sais qu'il n'y a pas beaucoup de plaintes, mais je sais qu'il y a, en même temps, des personnes qui constatent des choses encore inexpliquées. Je ne demande pas mieux qu'on démontre que tout cela n'est pas fondé. Mais pour le moment, je trouve qu'il y a matière à investigation.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 6968 van de heer Beuselinck wordt op zijn verzoek uitgesteld.

13 Vraag van de heer Peter Logghe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verbieden van de verkoop van aanstekergas" (nr. 6994)

13 Question de M. Peter Logghe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'interdiction de la vente de gaz pour briquet" (n° 6994)

13.01 Peter Logghe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, u kent misschien de feiten van het spijtig incident. Een meisje van veertien jaar verdrinkt in een vijver waarin amper één meter water staat. De aanleiding van dit tragische ongeval is aanstekergas, hoe onvoorstelbaar en ongelooflijk het ook moge klinken. De jongedame in kwestie had even voor het ongeluk volgens haar vrienden aanstekergas geïnhaleerd.

Jongeren – en dat is de algemene strekking van mijn vraag – willen steeds andere en sterkere kicks. Verscheidene experts, waaronder professor Steffen Rex van het Universitair Ziekenhuis van Leuven, waarschuwen ervoor dat aanstekergas niet onschuldig is. Het inhaleren van aanstekergas zou onmiskenbaar leiden tot nog sterkere kicks, en dus een prima opstap zijn naar allerlei andere en zwaardere vormen van drugs. Ik niet, maar specialisten pleiten ervoor de verkoop van spuitbussen met aanstekergas in krantenwinkels te verbieden.

Op mijn eerste vraag mag u gerust schriftelijk antwoorden. Ten eerste, hebt u zicht op de omvang van de verslavingsproblematiek van aanstekergas bij jongeren? Hebt u de indruk dat dit probleem in een periode van vijf jaar is verscherpt of gegroeid? Gaat het dan voornamelijk om een grootstedelijke problematiek of doet het zich overal voor?

Ten tweede, zijn het effectief vooral jongeren die aan aanstekergas verslaafd zijn?

Ten derde, mijnheer de staatssecretaris, quid met een verbod op de verkoop van aanstekergas in spuitbussen in krantenwinkels? Zou dan ook niet de verkoop van aanstekergas in spuitbussen in nachtwinkels moeten worden verboden?

Heeft het verbieden van dergelijke producten überhaupt enige zin?

Ten vierde, welke maatregelen zijn denkbaar om de groei van het probleem af te remmen? Welke maatregelen zijn mogelijk om de verslaving te verminderen? Moet de samenstelling van het product worden veranderd? Kan ook niet dringend overleg worden georganiseerd tussen de producenten van het aanstekergas en vertegenwoordigers van Volksgezondheid?

Ten vijfde, mijnheer de staatssecretaris, kunt u een stand van zaken geven van de *lethal heights*, of synthetische drugs, waarvoor de staatssecretaris voor Fraudebestrijding in de loop van 2011 al tweemaal een wettelijk verbod heeft aangekondigd? Blijkbaar is het verbod echter nog altijd niet in wetgevend werk gegoten.

13.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mijnheer de voorzitter, collega's, mijnheer Logghe, u hebt vijf vragen gesteld.

Ik begin met uw eerste en tweede vraag. Het experimenteren met gassen of andere vluchtige middelen is geen nieuw verschijnsel. Het is een fenomeen dat regelmatig terugkeert. België beschikt momenteel helaas niet over cijfergegevens met betrekking tot de omvang van dit fenomeen, omdat dit soort van producten vrij wordt verkocht.

Uit de inlichtingen die wij van de gespecialiseerde sector kregen, blijkt het fenomeen vooral jonge adolescenten te treffen. Het gaat hier om een totaal verkeerd gebruik van een product, wat het natuurlijk zeer moeilijk maakt om gegevens te verzamelen.

Om adequate maatregelen ter zake te nemen, moet deze problematiek grondig worden onderzocht en dit valt overigens onder de bevoegdheid van verschillende ministers, onder andere mijn collega Van Quickenborne. Wij kunnen dit fenomeen, dat in golven en op een bepaalde wijze voorkomt, niet negeren. Ik zal dit thema dan ook op de eerstvolgende vergadering van de cel Legal Highs agenderen. Een dergelijke problematiek vereist immers een globale en geïntegreerde aanpak, in samenspraak met de vertegenwoordigers van de verscheidene ministers die bevoegd zijn inzake gezondheid.

Wat uw vijfde en laatste vraag betreft, op vraag van de algemene cel Drugs werd in 2011 een ad-hocwerkgroep Legal Highs opgericht om deze problematiek te bestuderen. Deze werkgroep is onder meer samengesteld uit vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, de FOD Justitie, de FOD Financiën, het Federaal Agentschap, het WIV en de federale politie. Deze werkgroep werkt momenteel een aantal voorstellen uit die het hoofd zouden kunnen bieden aan de huidige wettelijke tekortkomingen.

Tot hier, mijnheer Logghe, het antwoord van de minister.

13.03 **Peter Logghe** (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw antwoord.

Ik had al verwacht dat men geen cijfers kan kleven op deze problematiek. Nochtans is het een heel belangrijke problematiek. U weet uit persberichten dat België nog altijd en steeds meer wordt beschouwd als een Europese draaischijf voor de internationale drugshandel.

U weet ook dat België op het vlak van cannabisplantages geen al te goede naam heeft. Dagelijks worden er drie plantages ontdekt.

Ik heb u gezegd dat aanstekergas een opstapje is naar het gebruik van echte drugs, dus ik wil u erop attent maken en uw speciale aandacht vragen voor het probleem van de verslaving aan aanstekergas. Ik wil u vragen om daaraan in de volgende regering voldoende aandacht te besteden. Het gaat tenslotte over onze jongeren en dit verdient meer dan een zijdelings antwoord.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.25 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17.25 heures.*