

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 13 JUIN 2012

WOENSDAG 13 JUNI 2012

Après-midi

Namiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.51 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

Le développement des questions et interpellations commence à 14.51 heures. La réunion est présidée par M. Hans Bonte.

01 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de vermoedelijke overdiagnose van ADHD en het toenemend gebruik van Rilatine" (nr. 11769)

01 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le surdiagnostic probable du TDAH et la consommation croissante de Rilatine" (n° 11769)

De **voorzitter**: Collega's, waar heb ik die vraag nog gehoord?

Mevrouw de minister, u hebt het woord.

01.01 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, maintenant que vous m'avez donné la parole, je la garde une minute pour dire que c'est la dixième fois qu'on me pose une question sur la Rilatine. Je vais de nouveau apporter une réponse – la même –, mais je vous avertis que, la prochaine fois, je dirai simplement: "cfr ma réponse du...".

De **voorzitter**: Indien het om hetzelfde antwoord gaat. Mevrouw de minister, u zult niet de eerste zijn die het zo doet.

01.02 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, u bent helemaal op de hoogte van de inhoud van mijn vraag.

Dit is een medicijn dat te veel wordt voorgeschreven en gebruikt. Men moet besparen en men zoekt ook besparingen in de farmacologie. Zou men dan niet beter besparen door het gebruik van medicijnen af te bouwen?

Ik vraag u met aandrang om te zoeken naar een oplossing om het voorschrijven van Rilatine zo veel mogelijk te beperken en om daarvoor een bepaalde code op te stellen om de juiste diagnose van ADHD naar voren te schuiven, waarvoor het gebruik van Rilatine dan wel is aangewezen.

Ik heb de volgende concrete vragen.

Ten eerste, hoeveel heeft het RIZIV in 2011 gespendeerd voor de terugbetaling van Rilatine? Daarvoor waren er nog geen cijfers beschikbaar. Ik wil graag weten of die nu beschikbaar zijn.

Hoe verhouden die zich tot wat in 2010 werd gespendeerd? Is er nog een stijging of is er een zekere afname op te merken als gevolg van een of andere bewustmaking?

Ten tweede, hoe evolueert het methylfenydaatgebruik sinds 2004?

Ten derde, wat werd al ondernomen om de overdiagnose van ADHD te beperken? Wat werd al ondernomen om het overmatig gebruik van Rilatine buiten voorschrift, onder andere door studenten in de examenperiode, te ontraden of te beperken?

01.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Bont, de RIZIV-uitgaven voor de terugbetaling van Rilatine in 2011 bedroegen om en bij de 6 miljoen euro, wat ongeveer 0,2 % vertegenwoordigt van de totale uitgaven voor alle terugbetaalde specialiteiten in apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek.

Rilatine wordt sinds december 2004 terugbetaald. In 2005 werden 1,73 miljoen doorsnee dagdosissen of DDD's Rilatine afgeleverd. In 2011 werden 5,13 miljoen DDD's afgeleverd. De gemiddelde jaarlijkse groei van het verbruik van Rilatine bedroeg in die periode dus 20 %.

Er werden talrijke initiatieven georganiseerd om voorschrijvers te informeren over de adequate diagnose en behandeling van ADHD. Eerst en vooral bevatten de bijsluiters, die vrij raadpleegbaar zijn op de website van het FAGG, informatie over geneesmiddelen op basis van methylfenidaat en een reeks specifieke overwegingen in verband met de ADHD-diagnose. Daarin staat dat methylfenidaat niet altijd de aangewezen behandeling is voor kinderen met ADHD en dat wordt aanbevolen om te zorgen voor een interdisciplinaire aanpak met psychologische, opvoedkundige en sociale maatregelen.

Gezondheidszorgbeoefenaars werden overigens ook regelmatig geïnformeerd over de aanpak van ADHD, met name via de transparantiefiche, uitgegeven door het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie in december 2010.

Ik herinner er u, ten slotte, aan dat elke arts die methylfenidaat voorschrijft, in voorkomend geval het gebruik ervan voor de bevoegde provinciale geneeskundige commissie moet verantwoorden, dat de terugbetaling van Rilatine door de ziekteverzekering aan het voorafgaand akkoord van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds is onderworpen en dat een kinderpsychiater de behandeling moet instellen.

De behandeling van ADHD is een belangrijke gezondheidsproblematiek die een multidisciplinaire aanpak vergt. Op 11 maart 2010 heb ik een rondetafelconferentie over psychomedicatie georganiseerd. Daaruit volgden enkele voorstellen die werden gebundeld in de oriëntatienota Psychomedicatie van 18 november 2010. Die nota bevat een specifiek hoofdstuk, gewijd aan de psychomedicatie van kinderen en jongeren.

Bovendien bracht de Hoge Gezondheidsraad op 6 juli 2011 ook een advies uit over de veiligheid en de bijwerkingen van centrale stimulantia bij kinderen, in het bijzonder van methylfenidaat in het raam van de behandeling van ADHD.

Gezien de verschillende adviezen waarover wij momenteel beschikken inzake psychotrope stoffen, meer bepaald psychostimulantia, heb ik beslist om een wetenschappelijk platform voor psychotrope stoffen op te richten, naar analogie van de stuurgroep BAPCOC voor antibiotica. Dat wetenschappelijk platform zal beleidsacties voorstellen en zal informatiecampagnes uitvoeren. Een coördinatiecomité zal op werkgroepen steunen, waarvan één exclusief aan de psychomedicatie voor kinderen zal zijn gewijd. Het coördinatiecomité van dat platform zal in juni 2012 voor het eerst bijeenkomen. De werkgroepen zullen zeer kort nadien volgen.

In verband met het voorschrijven buiten de indicatie en het gebruik zonder voorschrift dat u hebt aangehaald, wil ik u het strikte kader in herinnering brengen. Methylfenidaat is een psychotrope stof zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 22 januari 1998 houdende de regeling van sommige psychotrope stoffen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies. Het mag alleen door apothekers worden afgeleverd na voorlegging van een medisch voorschrift. Bovendien voorziet het besluit in de verplichting om over een specifieke vergunning te beschikken voor elke in- of uitvoer.

De **voorzitter**: U zei "ten slotte"...

01.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Comme cela, je suis complète, et après je dis stop!

Daarenboven verbiedt de Belgische regelgeving de verkoop via het internet van geneesmiddelen die aan een voorschrift onderworpen zijn, zoals Rilatine.

Andere eventuele kanalen die gebruikt worden om dergelijke geneesmiddelen aan te schaffen, vallen onder de illegale handel. De strijd tegen de illegale handel wordt gevoerd door het DG Inspectie van het FAGG, meer bepaald door de speciale onderzoekseenheid, in samenwerking met de dienst Verdovende Middelen van het FAGG en met de externe bevoegde diensten van politie en douane.

Rilatine werd echter nog maar weinig aangetroffen, zowel in postpakketten – ongeveer twee gevallen per jaar op meer dan 2 000 gecontroleerde pakketten – als bij smokkel van grotere hoeveelheden.

01.05 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, dank u voor de moeite die u zich getroost om nog maar eens een uitgebreid antwoord te geven. Ik leid daaruit af dat er toch al een aantal initiatieven zijn genomen. Ik weet dat u hierover al verschillende keren bent ondervraagd door mij en andere leden.

Ik vind het zeer belangrijk dat wij het gebruik van psychofarmaca bij kinderen zo veel mogelijk beperken. Spijtig genoeg komt er uit de cijfers van 2011 nog geen resultaat tevoorschijn. Het gebruik is nog niet afgenomen. Er is een aantal maatregelen genomen. Ik denk dat wij eraan moeten blijven werken. Ik zal u hierover niet te frequent meer ondervragen.

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

02 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Rita De Bont** aan de minister van Middenstand, Kmo's, Zelfstandigen en Landbouw over "het gebruik van het zoetmiddel uit de *Stevia rebaudiana* Bertoni-plant" (nr. 11811)

- mevrouw **Rita De Bont** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van het zoetmiddel uit de *Stevia rebaudiana* Bertoni-plant" (nr. 11812)

02 **Questions jointes de**

- Mme **Rita De Bont** à la ministre des Classes moyennes, des PME, des Indépendants et de l'Agriculture sur "l'utilisation de l'édulcorant à base de *Stevia rebaudiana* Bertoni" (n° 11811)

- Mme **Rita De Bont** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'utilisation de l'édulcorant à base de *Stevia rebaudiana* Bertoni" (n° 11812)

02.01 Rita De Bont (VB): Het betreft een vraag aan de minister van Volksgezondheid en een vraag aan mevrouw Laruelle. Een probleem dat we niet onder de knie krijgen, is het probleem van overgewicht door, onder andere, een te hoog suikerverbruik met obesitas, mogelijk diabetes, cardiovasculaire problemen en zelfs dementie tot gevolg.

Eenentwintig procent van onze kinderen zou bijvoorbeeld overgewicht hebben. Dat is vrij hoog, en daarom waren heel wat mensen gelukkig met het besluit van de Europese Commissie, in november 2011, dat stevia, een zoetstof zonder calorieën, gezond en natuurlijk, op de Europese markt zou worden toegestaan.

Ik zeg stevia, maar eigenlijk moet ik het hebben over steviolglucoside, want stevia zelf is een plant die niet is toegestaan voor gebruik. Men bepaalt nu zelfs dat producten die met steviolglucoside gezoet zijn, maar die heel uitdrukkelijk op de verpakking vermelden dat ze stevia bevatten, van de markt gehaald moeten worden. Ze moeten de juiste benaming gebruiken. Uitdrukkingen zoals een "afleiding van stevia" of "gezoet met natuurlijke ingrediënten" mogen niet gebruikt worden.

Ik vind dat spijkers op laag water zoeken, omdat ik het enorm belangrijk vind dat die zoetstof, waarvan ik geen tegenindicaties ken, toch een oplossing zou kunnen bieden voor het overgewicht waarmee vele mensen te maken hebben. Vandaar mijn vragen.

Heeft de Europese autoriteit voor de voedselveiligheid de steviaplant zelf al verder geëvalueerd, zoals u op een van mijn schriftelijke vragen had geantwoord?

Is er een tegenindicatie tegen het gebruik van de plant stevia als zoetmiddel? Wat is dan de tegenindicatie voor de plant zelf?

Zou het niet aangewezen zijn om tegen de achtergrond van een toenemende problematiek van overgewicht zich niet blind te staren op een semantische discussie en steviolglucoside als zoetmiddel te promoten?

Is er een verklaring voor de terughoudendheid van de overheid op dit vlak? Is de terughoudendheid gebaseerd op economische gronden, de concurrentie met de suiker die uit onze klassieke suikerbieten komt, of zijn er toch mogelijke bijwerkingen van de steviaplant als dusdanig?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Momenteel loopt er een Europese toelatingsprocedure voor de plant *Stevia rebaudiana bertonii* en de gedroogde blaadjes ervan in het kader van de verordening betreffende nieuwe voedingsmiddelen en nieuwe voedsel ingrediënten. De wetenschappelijke beoordeling wordt uitgevoerd door Duitsland. Deze is nog niet beëindigd omdat er informatie ontbreekt in het dossier, zoals bepaalde toxicologische informatie en potentiële allergene reacties.

De veiligheid van de plant als voedingsmiddel of als ingrediënt kan nog niet worden bevestigd. Het is dus niet mogelijk zich uit te spreken over mogelijke tegenindicaties. Het dossier zal enkel door de Europese autoriteiten voor voedselveiligheid worden geëvalueerd indien er gegronde bezwaren zijn tegen de wetenschappelijke beoordeling van Duitsland.

De EFSA heeft de plant zelf en de gedroogde blaadjes ervan voor een gebruik als ingrediënt of als voedingsmiddel dus nog niet geëvalueerd. Het gebruik van de zoetstof E960 of steviolglycoside daarentegen is sinds eind 2011 onder bepaalde voorwaarden toegelaten.

De FOD Volksgezondheid is heel actief geweest tijdens het toelatingsproces van steviolglycosiden als zoetstof op Europees niveau. Daarnaast is België, vertegenwoordigd door de FOD Volksgezondheid, een van de lidstaten die regelmatig aandringen bij de Europese Commissie om het Novel-Foodstatuut van de plant *Stevia rebaudiana bertonii* officieel te bepalen en hiermee duidelijkheid te scheppen voor de consument en de industrie.

De vervanging van suikers en bestaande zoetstoffen door steviolglycosiden in voedingsmiddelen biedt slechts een gedeeltelijke oplossing voor het toenemende overgewicht en diabetes op steeds jongere leeftijd. Deze ziekten zijn multifactorieel. Toegevoegde suikers zijn slechts een van de oorzaken. In bepaalde voedingsmiddelen worden de toegevoegde suikers slechts gedeeltelijk vervangen door steviolglycosiden. Bovendien zal de vervanging van de ene zoetstof door een nieuwe niets veranderen aan de zoetgewinning die met zulke frisdranken in stand wordt gehouden.

De promotie van zoetstoffen en additieven in het algemeen door de overheid is zeker niet wenselijk.

De aandacht dient bij voorkeur te worden gericht op de promotie van gezonde en evenwichtige voedingsgewoonten van jongs af. De overheid moet zich verder ook focussen op een adequate monitoring van de voedingsgewoonten bij kinderen en de Belgische bevolking in het algemeen.

02.03 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik vind het positief dat België zich inzet om die studies op Europees niveau te bespoedigen. Ik kan mij immers niet van de indruk ontdoen dat het lang duurt vooraleer men toestemming geeft voor het gebruik van de steviaplant, terwijl die plant in andere continenten al twintig jaar wordt gebruikt.

Wij moeten misschien meer de nadruk leggen op het ontwennen van het gebruik van zoetstoffen in het algemeen, maar bijvoorbeeld frisdranken zonder zoetstof zijn volgens mij niet te drinken. Het lijkt mij aangewezen dat langs die weg alvast een gezondere zoetstof kan worden gebruikt, en dit in de strijd tegen het overgewicht van onze bevolking en onze kinderen.

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

03 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de te nemen**

maatregelen ter voorkoming van gehoorschade" (nr. 11820)

03 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les mesures à prendre afin de prévenir les lésions auditives" (n° 11820)

03.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uit een studie van de universiteit van Antwerpen bij vierduizend jongeren blijkt dat 18 % van alle jongeren constant een pieptoon in zijn oren heeft door naar te luide muziek te luisteren of aan te veel lawaai te worden blootgesteld. Ik vind dat een enorm hoog percentage: 18 % van alle jongeren.

Op 30 juni 2011 werd in de Kamer het voorstel van resolutie betreffende een globale aanpak van gehoorschade eenparig aangenomen. In dat voorstel wordt onder meer verwezen naar de toenemende gehoorproblemen en de aanbevelingen die de Hoge Gezondheidsraad formuleerde in het advies van 7 februari 2007, in antwoord op de vraag van de minister welke maatregelen er kunnen worden genomen om mogelijke gehoorproblemen te voorkomen.

Mevrouw de minister, welk gevolg werd tot nu toe gegeven aan de in de resolutie gestelde vragen?

Werd er al op aangedrongen om in de Europese regelgeving het geluidsniveau van mp3-spelers te begrenzen tot 90 decibel in plaats van 100 decibel en te voorzien in een controle-instantie die het geluidsniveau controleert van de verschillende merken en types van mp3-spelers die in Europa worden ingevoerd?

Welke aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad werden al opgevolgd?

Zijn naast die studie van de universiteit van Antwerpen nog andere epidemiologische studies uitgevoerd omtrent de gezondheidstoestand van het gehoorstelsel bij de Belgische bevolking, zoals door de Hoge Gezondheidsraad en in de resolutie gevraagd werd?

Welke maatregelen wilt u op federaal niveau nog nemen om de gehoorschade bij jongeren, door naar te luide muziek te luisteren of aan te veel lawaai te worden blootgesteld, zo veel mogelijk te beperken?

03.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Bont, in eerste instantie is mijn collega Vande Lanotte ...*(Het geluid van een gsm weerklinkt)*

In eerste instantie is minister Vande Lanotte bevoegd voor de maatregelen die in de resolutie worden aangehaald. Mijn administratie wordt wel geconsulteerd en op de hoogte gehouden over de vooruitgang in dat dossier.

Het opleggen van geluidsnormen voor producten zoals mp3-spelers, iPod en andere muzikspelers voor individueel gebruik, gebeurt op Europees niveau. Recent werd er een standaard aangenomen die de grenswaarde van 100 decibel(A) oplegt.

Volgens de standaardisatie is die waarde equivalent aan het langetermijngemiddelde van 90 dbA. De standaard legt ook het instellen van een waarschuwingssignaal op, dat de gebruiker zou moeten ontvangen na twintig uur cumulatieve luistertijd aan een geluidsvolume boven 85 dbA. Er wordt ook een verplichting opgelegd om een waarschuwingsteken op de verpakking te plaatsen, weliswaar niet met dezelfde inhoud als voorgesteld in de resolutie.

De controle-instantie bestaat reeds in België. De administratie van de FOD Economie is bevoegd voor de controles in het raam van de algemene productveiligheid. De standaard is dus een behoorlijke stap vooruit in dit dossier, maar lost het probleem van de langdurige blootstelling niet op. De nieuwe standaard beperkt de blootstellingstijd niet. Het SCENIHR, het Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks, heeft dat aan de Europese Commissie meegedeeld.

De prevalentie van tinnitus in Vlaanderen is volgens onderzoekers van de universiteit van Antwerpen niet hoger dan elders in West-Europa. Wat wel opvalt, is de houding van de jongeren. De meesten zijn zich van geen gevaar bewust. Zij vinden het oorsuizen zelfs normaal en gebruiken geen gehoorbescherming. Er zijn inderdaad sensibilisatiecampagnes geweest, bijvoorbeeld de campagne "lets minder is de max",

georganiseerd in Vlaanderen. Zoals u weet, is preventie een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

03.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, wij zullen dat moeten opvolgen, maar vermits het een bevoegdheid van de Gemeenschappen is, zullen wij er u misschien niet zo veel mee moeten lastigvallen.

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

04 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la fermeture du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI en province de Hainaut" (n° 11987)**

- **Mme Nadia Sminate à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la fermeture des antennes provinciales du SECM de Charleroi, Mouscron et Verviers" (n° 12003)**

04 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de sluiting van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV in Henegouwen" (nr. 11987)**

- **mevrouw Nadia Sminate aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de sluiting van de provinciale antennes van de DGEC in Charleroi, Moeskroen en Verviers" (nr. 12003)**

04.01 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, la direction de l'INAMI a décidé, dans le cadre d'économies à réaliser, de fermer définitivement des bureaux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM). Il est question de Charleroi, de Tournai et de Verviers. Je me centrerai sur la situation du Hainaut que je connais particulièrement bien.

De nombreuses voix s'élèvent pour critiquer cette décision non concertée pour plusieurs raisons. Premièrement, cette décision pose problème aux allocataires sociaux et aux dispensateurs de soins, soit pour subir un examen médical de contrôle soit pour être auditionnés en qualité de témoins. Ils seront contraints de se rendre à Mons, centre de regroupement du personnel délocalisé.

Dès lors, la proximité et l'accessibilité du service ne sont plus garanties vu la taille importante du Hainaut. Province la plus peuplée, le Hainaut est aussi très étiré: de Chimay ou de Comines à Mons, la distance est grande et les transports en commun ne sont pas adaptés.

Par exemple, la région du grand Charleroi comprend 420 000 habitants, soit autant que la province de Namur et le tiers de la province du Hainaut.

Deuxièmement, cette décision n'est pas nécessairement à l'avantage de l'INAMI. En effet, pour reprendre l'exemple de Charleroi, il faut savoir que les bâtiments, les bureaux sont la propriété de l'INAMI et que certains ont bénéficié d'une rénovation complète pour les besoins du service.

Troisièmement, le personnel du SECM sera contraint à des déplacements longs et coûteux. Dans certains cas, ils devront rencontrer certains allocataires sociaux incapables de se déplacer ou se déplacer pour effectuer les contrôles de dispensateurs sur les lieux de travail. Ces déplacements fréquents engendreront des pertes de temps et des dépenses supplémentaires à charge de l'INAMI.

Enfin, la situation est difficile pour le personnel: beaucoup craignent un transfert ailleurs, les locaux de Mons étant déjà saturés et manquant de places pour accueillir tout le monde. D'ailleurs, le médecin-directeur provincial a déjà annoncé ne pas être en mesure d'accueillir tous les agents au centre de Mons.

Pour toutes ces raisons et dans un esprit constructif, une autre solution que la fermeture définitive est proposée. Elle consisterait à vendre l'un des bâtiments de Charleroi et à conserver celui qui a été rénové et qui, de surcroît, est propriété de l'INAMI.

Madame la ministre, quelles sont les économies qui découlent de la stratégie ébauchée par l'INAMI et qui suivront la fermeture des bureaux de Charleroi? Quelles sont aussi les dépenses supplémentaires au vu des

éléments que j'ai mis en évidence? Des concertations sont-elles prévues? Surtout, quel en sera le calendrier? Pourquoi ne pas se rallier à la proposition que j'ai énoncée ci-dessus, puisque le bureau à conserver contient, lui, un nombre suffisant de locaux pour accueillir tous les agents qui y exercent actuellement?

Un dernier point me semble important: étant donné les obligations et les engagements de l'INAMI en termes de qualité des services, comment envisagez-vous la situation au regard de ce que la direction de l'Institut semble avoir décidé?

04.02 Nadia Sminate (N-VA): Mevrouw de minister, net als collega Fonck vernam ik dat drie provinciale *antennes* van de DGEC zouden gesloten worden. Ik vermoed dat het idee daarachter een besparing is, waarin ik mij uiteraard kan vinden. Toch heb ik een aantal vragen, samen met de medewerkers van die provinciale *antennes*.

In tegenstelling tot mijn collega zal ik het niet alleen hebben over de *antenne* in Henegouwen. Ik heb namelijk de bemerking dat die provinciale *antennes* in Vlaanderen reeds een tijd geleden zijn gesloten. Waarom werd destijds niet beslist om zowel in Vlaanderen als in Wallonië die *antennes* te sluiten? Wat was destijds de reden om die drie *antennes* in Wallonië wel te behouden?

Een tweede vraag gaat over de gebouwen. Collega Fonck heeft er ook reeds aan gerefereerd. Is het RIZIV eigenaar van die gebouwen? Zo ja, wat zal er met die gebouwen gebeuren? Zullen ze verkocht worden of krijgen ze een andere bestemming binnen het RIZIV? Als het RIZIV geen eigenaar is maar huurder, wat gebeurt er dan met het huurcontract? Ik had graag wat meer uitleg gekregen over de toekomst. Wat zal er met die gebouwen gebeuren?

Dan is er de kwestie van het personeel. Is er overleg gepleegd met het personeel? Ik kan mij indenken dat de personeelsleden inderdaad grotere verplaatsingen zullen moeten maken en dat zij daartegen toch wel enige bezwaren zullen hebben.

Zo kom ik tot de *antenne* in Henegouwen. De *antenne* in Bergen zal behouden worden, maar die ligt effectief, zoals ook de collega aanhaalde, veel verder van alle soorten van openbaar vervoer dan de *antenne* in Charleroi. Ik zou dus graag weten waarom er toch gekozen is voor de dienst in Bergen en niet voor de dienst in Charleroi, die toch echt pal in het centrum ligt. Ik weet dat Charleroi niet de hoofdstad is van de provincie, maar misschien moet veeleer gekeken worden naar de efficiëntie van de dienst dan naar de ligging ervan in de hoofdstad. Als u mij daarvoor een andere reden kunt geven, graag.

Ik heb uiteraard ook nog een vraag over de dienstverlening. Ik vraag mij af of de dienstverlening aan de sociaalverzekerden niet in het gedrang zal komen als die drie *antennes* – Charleroi, Doornik en Verviers – verdwijnen.

Ik kom dan tot mijn allerlaatste vraag. Ik vraag mij af wat de reële besparing zal zijn als op 1 januari die drie *antennes* effectief zullen worden gesloten.

Ik dank u alvast voor uw antwoord.

04.03 Laurette Onkelinx, ministre: Comme vous le savez, d'importantes mesures d'économie sont demandées aux institutions publiques de sécurité sociale, dont l'INAMI, comme à l'ensemble des administrations fédérales.

Dans le cadre de la réduction de son budget de gestion 2013, l'INAMI étudie une rationalisation de ses frais de fonctionnement et d'investissement. Il faut savoir que, depuis plusieurs années, sur l'ensemble du territoire, l'INAMI poursuit un objectif de fermeture progressive des bureaux intra-provinciaux et ce, afin de concentrer l'ensemble des moyens humains et financiers dans un siège par province.

Les économies en frais d'infrastructure et d'entretien, prévues pour la fermeture d'un siège comme celui de Charleroi sont de l'ordre de 80 000 euros annuellement, de 60 000 euros pour Verviers et de 75 000 euros pour Tournai.

Par ailleurs, outre ces économies directes, certaines économies d'échelle pourront être dégagées par le regroupement d'activités au sein des principaux sièges provinciaux.

La fermeture d'un siège est étudiée sous tous les angles: personnel, infrastructure, matériel, ICT, organisation mais, in fine, l'INAMI met tout en œuvre pour éviter une détérioration du service aux assurés sociaux.

S'il est vrai que des sièges comme Verviers ou Tournai sont moins fréquentés par les assurés sociaux, celui de Charleroi accueille quant à lui quelque 1 400 invalides convoqués pour examen corporel en Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité.

En ce qui concerne les sièges de Verviers et de Tournai, les contrats de location qui arrivent à échéance en 2013 ne seront pas renouvelés. Dans le cas du bâtiment de Charleroi dont l'INAMI est propriétaire, il ne répond plus à toutes les normes de sécurité et devrait faire l'objet d'investissements considérables pour être remis aux normes. L'INAMI préfère donc le revendre et trouver une alternative permettant d'assurer les visites de contrôle médical des bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité.

Je puis vous confirmer que l'accessibilité et la qualité du service public constituent un point d'attention permanent dans les réorganisations en cours à l'INAMI.

Pour des raisons techniques et financières, le bâtiment de Charleroi sera vraisemblablement fermé et ce, dès qu'une autre localisation pour un bureau local aura été trouvée. En effet, l'INAMI veillera bien, à ma demande, à maintenir une antenne permettant de garantir l'accueil des assurés sociaux sur Charleroi même. Des contacts ont d'ores et déjà été pris en vue de trouver la localisation la plus adéquate.

Comme annoncé au personnel, des concertations et des séances d'information sont prévues avec les agents et les syndicats avant qu'une décision définitive soit prise. La concertation sociale devrait par ailleurs permettre de rassurer le personnel quant au fait que ces réorganisations n'entraîneront aucun licenciement. Bien entendu, l'INAMI sera attentif à une communication claire quant aux modalités de réorganisation: planning, plans, travaux d'aménagement, répartition des services, des fonctions, des agents, etc.

Mevrouw Sminate, ik beklemtoon dat het RIZIV nooit vestigingen heeft gehad in Mechelen, Oostende en Turnhout. Meer dan twintig jaar geleden was het RIZIV belast met het uitvoeren van medische onderzoeken in het raam van het toekennen van uitkeringen aan mensen met een handicap of van de verhoogde gezinsuitkeringen. In dat verband deed het RIZIV een beroep op de ziekenhuizen of de medische centra om de beschikbare voorzieningen te gebruiken.

Het RIZIV sluit al enkele jaren in heel het land geleidelijk aan zijn lokale kantoren om zijn activiteiten in één vestiging per provincie te concentreren. Destijds was beslist om een tweede vestiging te behouden in Verviers, Doornik en Charleroi na de provinciale vestiging in Bergen, gezien de geografische uitgestrektheid van de provincie Henegouwen. Ik merk tevens op dat de provinciale vestiging van Waals-Brabant wegens besparingsredenen in de centrale kantoren van het RIZIV in Brussel ligt, evenals de vestiging van Brussel-Hoofdstad.

In Henegouwen bestaat de personeelsformatie uit 6 personen in Doornik, 22 in Bergen en 13 in Charleroi. In Luik bestaat de personeelsformatie uit 5 personen in Luik en 5 in Verviers. In april 2012 werd het betrokken personeel voor het eerst over de principiële beslissing over de sluiting en de verplaatsing ingelicht. De directie van het RIZIV en de ambtenaren zullen elkaar deze maand weer ontmoeten na een diepgaandere analyse van de mogelijke uitvoeringswijzen van de reorganisatie en van haar personeelsgebonden en technische gevolgen. De vakbonden zijn eveneens ingelicht. Eind deze maand staat een overleg gepland.

Andere bijkomende analyses – over technische kwesties, wachtdienst, persoonlijke situaties enzovoort – zullen nog moeten worden uitgevoerd om tot een definitieve beslissing voor een toepassing begin 2013 te komen. Het onderzoek naar de toewijzing van het personeel zal moeten toelaten om de behoeften in de provinciale vestigingen te bepalen. Daarbij zal men proberen om met de persoonlijke voorkeuren van de beampten rekening te houden.

Inzake de toegankelijkheid van de vestiging in Bergen moet ik u meegeven dat bedoelde vestiging in een diensten- en winkelzone ligt en niet in een industriële zone. Ze is met het openbaar vervoer bereikbaar en ligt niet ver van het station van Bergen.

Het gebouw in Bergen is modern en recent. Het kan zowel de nieuwe zittingen van de GRI als het personeel

van de andere vestigingen ontvangen.

Zoals gezegd, kampen de gebouwen in Charleroi op het gebied van veiligheid en geschiktheid voor de klanten van het RIZIV met veel meer problemen. Zij zijn ook veel te klein om er, zonder een zware en dure renovatie, alle activiteiten van de provincie bijeen te brengen.

De **voorzitter**: Collega's, vooraleer ik u het woord voor uw repliek geef, wil ik toch nog eens op de inhoud van ons Reglement wijzen. Een vraag en een antwoord beslaan doorgaans samen vijf minuten. Wanneer allerlei technische en particuliere vragen worden gesteld, lukt dat niet. Wij zijn met de huidige vraag al meer dan twintig minuten bezig. Het gaat weliswaar om twee vragen.

Ik geef het woord aan mevrouw Fonck. Ik zou echter willen verzoeken dat de leden zich toch een beetje naar het Reglement zouden gedragen.

04.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Vous avez parlé des économies affectant les sites de Charleroi, Tournai et Verviers. Or, compte tenu de la configuration du Hainaut, sur laquelle je ne reviendrai pas, des dépenses tout sauf négligeables en découleront aussi. Il me semble donc judicieux de réfléchir aux effets en termes de dépenses supplémentaires et de temps de déplacement pour l'ensemble du personnel.

Vient ensuite la question de la proximité. J'ai bien entendu que vous vous montriez ouverte à cet enjeu. Tant mieux pour Charleroi. Je me permets à cet égard de plaider en faveur de deux éléments. D'abord, étant donné le nombre de patients qui fréquentent ce service, il importe de conserver le personnel à Charleroi. Ensuite, il convient de rester attentif à la situation de la Wallonie picarde – j'ai pris l'exemple de Tournai, mais on peut aussi penser à Comines, pour évoquer le problème de la distance. Le service offert à Mons ne l'est pas à proximité d'une gare. Peut-être faut-il prévoir une antenne à Tournai pour que les examens puissent être effectués sur place? C'est un enjeu majeur, notamment pour les personnes invalides.

04.05 Nadia Sminate (N-VA): Mevrouw de minister, u zegt dat de *antenne* in Bergen zich bevindt in de nabijheid van het openbaar vervoer. Volgens mijn informatie klopt dat niet. Zij zou althans niet vlakbij een station gelegen zijn.

U zegt dat de *antenne* van Charleroi vaak bezocht wordt en dat u zult zoeken naar een oplossing om ze open te houden. Dat vind ik positief. Maar ik vraag mij af of het nodig is ook de *antenne* in Bergen te behouden.

U zegt dat het gebouw in Doornik gehuurd wordt, en dat het contract loopt tot 2016. Dan vraag ik mij af wat er tussen 2013 en 2016 met dat gebouw zal gebeuren? Wordt het contract gewoon doorbetaald, of wordt het vroegtijdig opgezegd? Ik hoop alleszins op het laatste.

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

05 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 Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la diminution de l'usage d'antibiotiques vétérinaires" (n° 12053)

05 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het verminderde antibioticagebruik in de diergeneeskunde" (nr. 12053)

05.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, j'ai redéposé une question sur l'usage des antibiotiques vétérinaires, après avoir posé une question écrite qui a fait l'objet d'allers-retours interminables entre Mme Laruelle et vous-même. Excusez-moi de revenir sur le sujet car, à présent, nous avons eu accès à une partie de l'information nécessaire.

L'étude BelVet-Sac, parue en juin 2011 sur la base des données de 2010, est disponible sur le site de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Elle donne des statistiques sur l'utilisation des antibiotiques chez les animaux conformément aux prescriptions vétérinaires. Les premières lignes du résumé sont édifiantes: "En Belgique, l'utilisation des antibiotiques chez les animaux est la plus

élevée d'Europe. Des efforts ciblés pour la réduire s'imposent. À l'instar des initiatives prises en médecine humaine, une information et des campagnes de sensibilisation à l'attention des professionnels du secteur vétérinaire et des responsables d'animaux sont nécessaires pour leur faire prendre conscience de cette problématique et pour favoriser une consommation réduite et une utilisation responsable des antibiotiques."

J'avais interrogé Mme Laruelle sur la règle en matière de consommation d'antibiotiques ou d'antimicrobiens dans les élevages. Elle m'avait garanti qu'actuellement, on n'utilisait plus d'antibiotiques à usage préventif. Or, le 26 avril dernier, l'Association professionnelle des fabricants d'aliments composés pour animaux (APFACA) a publié un communiqué mentionnant une convention avec l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) qui vise à diminuer l'utilisation d'antibiotiques dans les aliments composés. Cette information contredit les propos de Mme Laruelle puisque, visiblement, des antibiotiques sont présents dans les aliments.

Le secteur, plein de bonne volonté, signale qu'il veut les diminuer et qu'il a signé une convention avec l'AFSCA. L'APFACA souligne "la nécessité de dresser un bilan de la consommation totale d'antibiotiques dans les élevages". En effet, si nous disposons de statistiques sur la consommation totale des antibiotiques prescrits, nous n'avons aucune information précise sur la consommation totale des animaux, puisqu'il faut tenir compte des éléments intégrés, même à faible dose, dans les aliments composés.

Madame la ministre, que vous inspirent les résultats des données de l'étude BelVet-Sac? Estimez-vous que les mesures prises aujourd'hui sont suffisantes pour prévenir le risque de résistance bactérienne? Pensez-vous suffisant de s'en tenir à des mesures volontaires, telles que le secteur des aliments pour bétail l'envisage?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, il apparaît que l'usage des antimicrobiens chez les animaux est resté quasiment stable en 2010. Suite à une forte diminution de l'utilisation de ces produits aux Pays-Bas durant cette même période, ce pays est arrivé au même niveau que la Belgique. La Belgique fait partie du peloton de tête de l'utilisation des antibiotiques au sein de l'Union européenne, mais elle n'occupe certainement pas la première place.

Parmi les mesures prises pour gérer les risques liés à l'antibiorésistance, la création de l'AMCRA ASBL (Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals) est un événement très important. Les objectifs pour 2012 de l'AMCRA sont: rédiger des guides de bonne pratique des antibiotiques chez les animaux de rente, émettre des propositions d'avis pour le développement d'un système de collecte de données allant jusqu'au niveau du vétérinaire et du responsable des animaux, développer une campagne d'information et de sensibilisation à l'attention tant du vétérinaire que du responsable des animaux, rédiger un rapport de synthèse avec des propositions d'autorégulation.

Dans votre question, vous vous référez au communiqué de presse du 26 avril 2012 de l'APFACA, qui fait mention d'une convention entre l'AFSCA et elle-même en rapport avec l'utilisation des antibiotiques par l'industrie des aliments médicamenteux.

La convention Aliments médicamenteux sera signée par les deux parties à la fin du mois de juin 2012 et concernera, dans un premier temps, les investissements nécessaires aux fabricants agréés d'aliments médicamenteux en vue de garantir la qualité des aliments et de prévenir la contamination croisée. Cette convention n'a donc pas d'impact direct sur la réduction de l'utilisation des aliments médicamenteux.

L'utilisation en prévention des antibiotiques dans les élevages est interdite à l'exception d'un traitement d'un troupeau après diagnostic et prescription par un médecin vétérinaire.

Les résultats du rapport BelVet-Sac ont été rapportés dans le cadre du projet européen ESAC. Ces résultats seront utilisés pour opérer une comparaison de l'utilisation des substances antimicrobiennes chez les animaux au niveau européen.

Actuellement, la problématique de la résistance antimicrobienne est aussi un défi pour la Commission européenne qui a proposé douze mesures concrètes pour combattre la résistance antimicrobienne au niveau européen. Les évolutions de ces discussions sont suivies de très près par les services de l'AFMPS.

Vous le savez, une des missions de l'AMCRA est d'établir l'inventaire de toutes les données disponibles sur le développement et la propagation de l'antibiorésistance, d'analyser ces données et, sur base de cette

analyse, de proposer des mesures politiques. Ces propositions de mesures doivent ensuite être soumises au Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) qui a la mission de valider ces avis et de les soumettre aux ministres de la Santé publique et de l'Agriculture. Je précise à cet égard que les objectifs qui ont été fixés à l'AMCRA ne sont pas du tout des engagements volontaires.

05.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, je constate une évolution dans le bon sens mais elle me paraît encore insuffisante. J'en veux pour preuve le communiqué paru le 22 mai dans la revue *Food Chemistry* au sujet d'une étude espagnole qui révèle que le lait en poudre et les aliments pour bébés à base de viande contiennent des résidus de médicaments vétérinaires. Les résultats de leurs analyses indiquent que les concentrations de médicaments vétérinaires varient de 0,5 à 25 mg par kilo. Selon cette étude, les conséquences sanitaires sont difficiles à cerner; on sait uniquement que ces traces peuvent provoquer des réactions allergiques ou développer une résistance aux antibiotiques.

Le fait de trouver des résidus d'antibiotiques dans le lait en poudre pour bébés doit nous alerter! C'est extrêmement grave! Nous devrions aller vers une réglementation volontariste visant la diminution ou la suppression des antibiotiques dans les aliments. Néanmoins, si des animaux sont malades, je comprends qu'on en utilise.

Comme vous l'avez souligné, nous sommes parmi les pays qui en utilisent le plus. De surcroît, on sait que l'utilisation de ces médicaments peut avoir des conséquences extrêmement graves, notamment en ce qui concerne l'apparition de bactéries qu'ils ne pourraient plus combattre. Cela peut devenir un problème majeur de santé publique, tant pour les animaux que pour les humains. Par ailleurs, cela peut affecter la santé à long terme des générations.

Finalement, ceci remet en question les conditions d'élevage des animaux. Cela montre à quel point les élevages en batteries doivent être supprimés à terme. Tant qu'il y aura un élevage intensif d'animaux, on aura tendance à avoir recours à ce type de prévention des maladies. Un élevage dans de meilleures conditions pourrait diminuer fondamentalement l'usage des médicaments.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'utilisation des parabens" (n° 12068)

06 Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van parabenen" (nr. 12068)

06.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, la question des parabènes a déjà été évoquée en ces lieux et elle refait surface en fonction des avis publiés par le Comité scientifique européen des Produits de Consommation (CSPC), qui analyse la dangerosité de ces substances. Cependant, il estime ne pas disposer de données scientifiques suffisantes pour certaines substances.

Nous avons obtenu des avancées intéressantes à propos du bisphénol, puisque son utilisation, notamment dans les récipients alimentaires, a été interdite pour les enfants de moins de trois ans. J'aimerais pour ma part connaître votre avis au sujet des parabènes.

En France, l'Assemblée nationale a adopté une proposition de loi, mais elle n'a toujours pas été examinée au Sénat. Il semble opportun d'adopter une position prudente mais réaliste. En effet, nous ne pouvons pas tout interdire: fabrication, importation, vente, offre, etc. En revanche, nous pouvons réfléchir à l'impact de ce produit sur les publics les plus vulnérables.

Madame la ministre, quelles sont les dernières informations dont vous disposez quant à la nocivité des parabènes? La Belgique a-t-elle déjà pris position? D'après les avis du CSPC, chaque produit utilisé seul est considéré comme "safe" parce qu'il ne dépasse pas un certain seuil d'exposition. Néanmoins, et je ne suis pas la seule à me poser cette question, on peut s'interroger quant à l'accumulation ou à l'interaction des produits contenant ces substances. Ne considérez-vous pas qu'il faille être plus attentif vis-à-vis de certaines

catégories de la population, telles que les enfants et les femmes enceintes? N'estimez-vous pas qu'il conviendrait de différencier le traitement selon les domaines d'usage du parabène, car il est aussi bien employé dans le secteur cosmétique que pharmaceutique?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, le Comité scientifique européen pour la sécurité des consommateurs a remis plusieurs avis sur les parabènes dans les cosmétiques, dont les plus récents datent du 14 décembre 2010 et du 10 octobre 2011.

L'avis du 14 décembre confirmait la sécurité d'utilisation du méthyl- et de l'éthylparabène aux concentrations actuellement autorisées et ce, pour toutes les catégories d'utilisateurs. Pour le propyl- et le butylparabène, il conclut que les concentrations maximales limites devraient être réduites. Il préconise par ailleurs l'interdiction d'autres parabènes peu utilisés, pour lesquels les données sont insuffisantes.

L'avis du 10 octobre 2011 porte plus précisément sur les populations sensibles telles que les femmes enceintes et les enfants de moins de 3 ans. Il conclut avec l'approche la plus prudente qu'un risque ne peut être exclu en cas d'utilisation de propyl- ou de butylparabène dans les produits pour le siège destinés aux bébés de moins de 6 mois, en raison de conditions particulières liées à ce type d'utilisation et d'incertitudes sur les voies de métabolisation pour cette très jeune population. Il conclut par contre à l'absence de risque dans les autres cas.

La Commission européenne a donc proposé de nouvelles restrictions pour les parabènes, basées sur ces conclusions. La Belgique a également demandé d'interdire l'usage des propyl- et des butylparabènes dans les produits pour le siège pour les enfants jusqu'à 3 ans. La proposition de la Commission a déjà été adaptée en ce sens mais elle fait toujours l'objet de discussions.

Une nouvelle étude française sur le propylparabène indique l'absence d'effet nocif à des doses plus élevées et pourrait mener à une révision des conclusions sur cette substance.

Il y a bien entendu lieu de prévoir des mesures spécifiques pour chaque secteur mais également pour les différentes catégories de produits au sein de chaque secteur. La sécurité d'utilisation des parabènes dépend en effet des modalités d'utilisation des produits et doit donc faire l'objet d'évaluations distinctes en fonction des usages prévus et des différentes populations.

En ce qui concerne les produits cosmétiques, je suis donc de très près les propositions de la Commission européenne afin de garantir une sécurité optimale pour les utilisateurs.

Utilisés dans les médicaments, les parabènes sont considérés comme des excipients à effet notoire. Ainsi leur présence dans le médicament doit être indiquée sur l'emballage et soulignée dans la notice en indiquant qu'ils peuvent provoquer des réactions allergiques et exceptionnellement, une gêne respiratoire quand il s'agit de médicaments destinés à la voie parentérale ou respiratoire.

Tout médicament doit avoir obtenu une autorisation de mise sur le marché avant sa commercialisation. En cas de présence de parabènes dans la formulation du médicament, le dossier doit impérativement contenir les raisons justifiant leur utilisation et leurs concentrations.

Par ailleurs, la question de la présence de méthyl- et de propylparabènes dans les médicaments à usage oral fait l'objet pour le moment d'une discussion au sein du Comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments. L'utilisation chez les enfants fait à cet égard l'objet d'une attention particulière.

Il s'agit donc d'un dossier faisant l'objet d'un suivi attentif et ce, dans différentes dimensions.

Je serai très attentive au développement de ce dossier.

06.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Je vous remercie, madame la ministre. Votre réponse vous montre attentive et surtout très consciente qu'en fonction des situations, ces produits peuvent présenter une certaine dangerosité. Je note bien qu'en ce concerne le propyl et le butyl, une proposition d'interdiction est actuellement en discussion. Nous serons attentifs au sujet du moment où elle pourra être appliquée car elle s'avérera sans doute nécessaire. Je note également que pour les médicaments, des précautions sont prises, notamment dans les posologies, et qu'il y a une discussion au Comité des médicaments pour les enfants.

J'insiste pour que, si à un moment donné, des mesures doivent être prises pour le public-cible (enfants, femmes allaitantes), la Belgique les prenne, même si les autres pays ne le font pas.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

- **Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la recrudescence des oreillons" (n° 12081)**

- **Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'épidémie d'oreillons" (n° 12187)**

07 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de toename van bof" (nr. 12081)**

- **mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de bofepidemie" (nr. 12187)**

07.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le président, madame la ministre, ces dernières semaines, 150 Gantois, en majorité des étudiants, ont développé le virus des oreillons. L'agence flamande Zorg en Gezondheid estime que ce nombre serait entre-temps passé à 200. "On a remarqué que la contamination touche d'autres villes universitaires, comme Anvers, Louvain, Bruxelles et Bruges", a déclaré Joris Moonens, collaborateur communication de l'agence.

Nous avons appris que l'Institut Scientifique de Santé Publique collecte des échantillons pour les analyser. Il est possible qu'il y ait un dysfonctionnement du vaccin ou qu'il s'agisse d'une variante du virus qui n'est pas prise en compte dans le vaccin. Les résultats étaient attendus fin mai. Peut-être avez-vous déjà les réponses. Par ailleurs, ce phénomène rappelle celui survenu aux États-Unis en 2006, où une épidémie d'oreillons a touché plus de 6 000 universitaires.

Dans l'attente de ces résultats, j'aurais aimé vous demander ce qui suit. Avez-vous des chiffres plus précis concernant la situation de cette épidémie en Flandre et en Wallonie? Comment expliquer que la contagion touche plus particulièrement la population universitaire? Est-il vrai que les complications de la maladie sont plus fréquentes chez les jeunes adultes que chez les enfants en bas âge? Quelles sont les consignes données aux étudiants et les personnes touchées par les oreillons? Est-il question de l'octroi d'une dose de vaccin supplémentaire? Connaissez-vous déjà les résultats de l'étude? Sinon, dans quel délai les attendez-vous? Le vaccin est-il remis en question? Ce phénomène nécessite-t-il la mise en place de mesures spécifiques afin d'éviter à l'avenir ce type d'épidémie dans les milieux étudiants?

07.02 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb mijn vraag enkele weken geleden ingediend naar aanleiding van het uitbreken van de bofepidemie in verschillende Vlaamse studentensteden, namelijk Antwerpen, Leuven, Brussel en Brugge. Men heeft stalen genomen en verwachtte eind mei resultaten van dat onderzoek. Inmiddels hebben we er heel wat over kunnen lezen in de Vlaamse pers.

Ik vroeg me af of het om een nieuwe variant van het bofvirus ging, maar het gaat om het genotype G5 of de Groningse variant. Mijn vraag is of die variant ook voorkomt in andere gewesten of buurlanden? Blijkbaar is de variant al opgedoken in Nederland. Het komt vooral voor bij studenten of bij personen die wel degelijk gevaccineerd zijn. Bij 5 à 7 % van de mensen die gevaccineerd zijn, zou het vaccin echter niet doeltreffend werken.

Naast de informatie die we reeds vernomen hebben, heb ik een bijkomende vraag die u kan toelichten. Denkt men aan een aanpassing van het vaccin? Moet men speciale maatregelen nemen om de epidemie niet verder te doen uitbreiden?

07.03 Minister **Laurette Onkelinx:** Mijnheer de voorzitter, in België worden de gevallen van bof voor verschillende leeftijdsgroepen in kaart gebracht. Zo heeft de medische inspectie van de Franse Gemeenschap in april 2012 een epidemie gemeld onder veertien kinderen uit een lagere school in het

Brussels Gewest, los van de studenten waarnaar in de vragen wordt verwezen. Er werden ook epidemieën in andere landen gemeld, bijvoorbeeld in Nederland sinds 2009, in Groot-Brittannië sinds 2004 of in Frankrijk sinds 2008. De plaag breekt meestal uit in een populatie van jongeren of jongvolwassenen.

Het is bekend dat de bof tot verwickelingen kan leiden en dat die verwickelingen des te erger zijn wanneer de besmetting in een latere levensfase opduikt: orchitis, 15 tot 30 %; ontsteking van de eierstokken, 5 %; pancreatitis, 4 % en meningitis, 1 tot 10 %.

Tot nu toe adviseert men om de zieken gedurende vijf dagen af te zonderen. Men vraagt aan de gezonde personen die met de zieke in contact zouden zijn geweest om ook hun vaccinstatus na te gaan en eventueel hun inenting tot de momenteel aanbevolen twee doses aan te vullen.

Wegens de bijzondere situatie in Gent, werd het zorgpersoneel van Oost-Vlaanderen gecontacteerd om zijn waakzaamheid voor die ziekte te verhogen en om aan het agentschap Toezicht Volksgezondheid elk nieuw geval te melden.

Dat de besmetting in het bijzonder de universiteitsbevolking treft, komt misschien omdat de jongvolwassenen te weinig ingeënt zijn.

En Belgique, le vaccin contre les oreillons a été introduit en 1984 (une dose). Une seconde dose a été ajoutée en 1996. Seuls les jeunes de moins de 16 ans sont donc en principe systématiquement couverts par une vaccination à double dose, considérée aujourd'hui comme plus efficace. En outre, la couverture vaccinale dans les années 90 n'était pas aussi bonne que maintenant. Enfin, les étudiants universitaires ont beaucoup d'échanges sociaux et de contacts internationaux, la transmission est donc plus fréquente.

À ce jour, le vaccin n'est pas remis en cause. La situation épidémiologique nécessite toutefois de renforcer la surveillance épidémiologique et virologique. C'est dans ce sens que les Communautés rassemblent d'ores et déjà ces données et que l'Institut scientifique de Santé publique apporte un support diagnostique pour les cas suspects et une identification du ou des virus circulants.

Le virus identifié dans l'épisode épidémique de Gand est un variant qui a été décrit pour la première fois en 2010 à Groningen. Différents variants existent et coexistent dans différents pays mais cela ne remet pas en question l'efficacité du vaccin car il s'agit d'un vaccin vivant atténué qui développe l'immunité contre ces variants à plus ou moins 85 % après deux doses.

En ce qui concerne la surveillance, la prévention, la vaccination et le contrôle des maladies infectieuses, c'est une question pour laquelle les Communautés sont compétentes.

07.04 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Vous avez dit qu'une cartographie avait été réalisée. Tous les cas doivent donc être déclarés. Serait-il possible de disposer de ces chiffres?

07.05 Laurette Onkelinx, ministre: Il faut consulter le site de l'Institut scientifique de Santé publique. Le dialogue est assez facile avec lui mais s'il y avait un problème, je pourrais servir d'intermédiaire.

07.06 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Il est rassurant de savoir que le vaccin est efficace. Même s'il s'agissait d'un variant, ce vaccin est toujours d'actualité.

07.07 Rita De Bont (VB): Ik ben van mening dat het vaccin wel moet worden aangepast, want volgens de jongste berichtgeving van regeringscommissaris Van Ranst waren de meeste gevallen wel doelmatig ingeënt tegen de bof. Bij 5 % tot 7 % van de mensen die beide inentingën kregen, bleek het vaccin niet werkzaam. Misschien moet het dus wel worden aangepast. Het is aan de Gemeenschappen om daarop in te gaan.

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

08 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la plus forte

exposition au cancer du sein des travailleuses de nuit" (n° 12119)

08 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het grotere borstkankerrisico voor werknemers die nachtwerk verrichten" (nr. 12119)

08.01 **Colette Burgeon** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, les femmes qui travaillent plus de deux nuits par semaine durant six années ont 50 % de risques en plus de déclarer un cancer du sein. Ces risques sont même multipliés par quatre pour les femmes qui préfèrent se lever tôt. Les chercheurs pensent que la dérégulation de l'horloge biologique pourrait être le principal facteur responsable.

En principe, le travail de nuit (entre 20 heures le soir et 6 heures le matin) est interdit. Mais, nous savons toutes et tous que des dérogations s'appliquent sans distinction, aux travailleurs masculins et féminins, à condition qu'ils aient atteint l'âge de 18 ans. En Europe, cela concerne une personne sur dix et aux États-Unis, une personne sur cinq. Pourtant, de telles pratiques ne seraient pas sans conséquences sur la santé.

En effet, des travaux menés en 2007 par le Centre international de recherche sur le cancer tendaient à montrer que le travail de nuit, en dérégulant l'horloge biologique, serait probablement cancérigène. Selon une autre étude, menée par la Société danoise contre le cancer, publiée récemment dans le *Occupational and Environmental Medicine*, les femmes amenées à travailler après le coucher du soleil sont davantage susceptibles de souffrir d'un cancer du sein.

Une analyse globale des données récoltées révèle que les femmes travaillant de nuit ont 40 % de risques en plus de contracter une tumeur mammaire que les autres. Ce risque s'élève même à 50 % lorsque le labeur nocturne se produit au moins trois fois par semaine pendant six ans et la probabilité de déclarer cette maladie chez les femmes matinales est multipliée par quatre.

L'une des hypothèses émises par les chercheurs concernait le manque de soleil et de vitamine D, mais elle est fortement compromise. Une autre piste porte sur la dérégulation de l'horloge biologique que de telles habitudes entraînent, en particulier sur la synthèse par l'organisme de l'hormone du sommeil, la mélatonine, qui, entre autres, protégerait contre certains cancers en ralentissant le développement de cellules tumorales.

Madame la vice-première ministre, le Royaume-Uni va mener une étude afin de déterminer le dérèglement par le travail de l'horloge biologique. Mais les résultats de cette étude ne seront toutefois pas disponibles avant 2015.

Mes questions sont les suivantes. Le SPF Santé publique dispose-t-il d'informations ou de chiffres corroborant les travaux du Centre international de recherche sur le cancer et de la Société danoise contre le cancer? Une étude de ce type est-elle envisageable en Belgique? Si oui, à quelle échéance et avec quels partenaires?

08.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, le Centre international de Recherche sur le Cancer a classé en 2007 le travail de nuit dans le groupe des A1 cancérogènes, à savoir "agents probablement cancérogènes pour l'homme". Le classement d'un agent dans cette catégorie est préconisé lorsqu'il existe des indices concordants de sa cancérogénicité pour l'homme et des preuves suffisantes de cancérogénicité expérimentale chez les animaux de laboratoire. Dans certains cas, un mélange peut être rangé dans cette catégorie lorsqu'il existe des preuves insuffisantes de sa cancérogénicité pour l'homme et des preuves suffisantes pour les animaux de laboratoire, ainsi que de fortes présomptions que la cancérogénèse est induite par un mécanisme qui fonctionne également chez l'homme. Exceptionnellement, un agent, un mélange ou une circonstance d'exposition peut être classé dans cette catégorie uniquement sur la base de preuves limitées de sa cancérogénicité pour l'homme. Donc, la preuve était insuffisante pour dire avec certitude que le travail de nuit peut causer le cancer, mais aussi pour en exclure la possibilité.

Récemment, le *Journal of Occupational & Environmental Medicine* a publié une étude danoise qui démontre un risque accru de cancer du sein de 40 %. Toutefois, il convient de remarquer que cette étude inclut un petit nombre de femmes (132), que les résultats sont basés sur des questionnaires qui leur ont été envoyés et que la plupart d'entre eux n'étaient pas statistiquement significatifs.

Nous pouvons conclure que, sur la base des données scientifiques disponibles actuellement, il est impossible d'apporter une réponse définitive à la question de la nature cancérigène du travail de nuit. Des

recherches plus approfondies seront nécessaires pour démontrer ou infirmer cette causalité.

En Belgique, le Registre du Cancer est mandaté pour la collecte des données sur l'incidence du cancer, mais il ne dispose pas de renseignements sur les travailleurs de nuit et leur temps de travail. Une étude rétrospective, dans une échéance de deux à trois ans, pourrait être réalisée en comparant le taux de cancers chez les femmes travaillant la nuit avec celui des autres. Une telle étude pourrait être envisagée en associant le Registre du Cancer, l'ISP, le KCE, l'AIM, les universités, etc. Pour ce faire, il conviendrait de savoir s'il existe des données relatives aux travailleurs de nuit et à la durée de leur travail. Il y en a dans les hôpitaux, mais je pense aux entreprises privées, aux compagnies aériennes ou encore aux industries. Mais il faudrait prendre en compte également des facteurs confondants pour lesquels l'information sera probablement difficilement disponible: mode de vie, consommation de tabac ou d'alcool, substitution hormonale, activités physiques, alimentation, etc. S'il s'agit d'une hôtesse de l'air qui boit beaucoup, qui fume et qui ne pratique aucun sport, cela a du sens de le savoir sur le plan des statistiques. Ce n'est donc qu'à la condition de disposer de ces informations que l'étude sera réellement pertinente.

Pour répondre à votre dernière question, j'ai porté une grande attention à l'action 4 du Plan Cancer, c'est-à-dire le cancer du sein, et particulièrement à l'amélioration de son dépistage et de son diagnostic précoce. La problématique du travail de nuit n'a pas été visée en particulier.

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

09 **Vraag van mevrouw Lieve Wierinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de onzuivere drug 4-MA" (nr. 12122)**

09 **Question de Mme Lieve Wierinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "une nouvelle drogue impure, la 4-MA" (n° 12122)**

09.01 **Lieve Wierinck** (Open Vld): Mevrouw de minister, er zijn sinds een jaar al vijf doden – vermoedelijk meer – gevallen als gevolg van de nieuwe drug 4-methylamfetamine. De drug wordt verkocht als speed, maar is verontreinigd. Experts stellen dat er iets veranderd is aan de chemische samenstelling van BMK, de basisstof voor amfetamines. Er is 4-methylamfetamine aan toegevoegd, een stof waar nog weinig over bekend is.

Experts vermoeden dat de wijziging er is gekomen omdat de wetgeving inzake BMK in Rusland en China – waar de fabrikanten zich bevinden – strenger geworden is.

De nieuwe drug werkt trager en vertraagt dus het opwekkend effect, waardoor de gebruikers geneigd zijn er meer van te gebruiken. Wanneer de drug dan effectief begint te werken, is de schade veel groter.

De drug is inmiddels bekend bij labo's, spoeddiensten en bij verslaafde gebruikers, maar veel minder bij het brede publiek, en dus bij de eerste gebruikers. Experts vragen zich af of het geen tijd wordt dat de overheid het brede publiek wijst op het gevaar van deze nieuwe drug.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van de problematiek? Acht u het wenselijk het brede publiek te informeren over de wijziging die speed ondergaan heeft, en de gevaren die daaraan verbonden zijn? Hebt u met het oog op preventie en informatie aan de bevolking al contact opgenomen met de Gemeenschappen?

09.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid heeft mij inderdaad gemeld dat er verontreinigde amfetamines, meer bepaald verontreinigde speed, in omloop zijn. Naast amfetamines bevatten deze stoffen ook het toxische 4-methylamfetamine, dat uit het buitenland komt. Zoals u aangeeft, vermindert die stof het effect van de normale amfetamine en het maakt het gecombineerd gebruik van deze twee stoffen dus gevaarlijker dan het gebruik van zuivere amfetamine. Het belangrijkste symptoom van een dergelijke intoxicatie is een extreme opwarming van het lichaam die dodelijk kan zijn. Het ingrijpen van een arts is dus absoluut noodzakelijk.

De spoeddiensten, de toxicologische laboratoria, de politie en de preventiediensten werden dankzij het Belgische Early Warning System ervan op de hoogte gebracht dat deze stof in omloop is.

Deze nieuwe stof is een schoolvoorbeeld van de problematiek met betrekking tot de *legal highs*, waarover de Interministeriële Conferentie Drugs van 15 mei jongstleden zich heeft gebogen. Ter herinnering, de Interministeriële Conferentie Drugs verenigt alle bevoegde ministers, dus ook die van de Gemeenschappen, in de strijd tegen drugs.

Wat zijn *legal highs*? Het gaat om een algemene term om psychoactieve producten aan te duiden die niet gereguleerd zijn en die vooral gemaakt worden om dezelfde of krachtigere effecten te verkrijgen als die van de huidige illegale drugs. De markt van *legal highs* kenmerkt zich door de snelheid waarmee de producenten de regelgeving proberen te omzeilen door voortdurend nieuwe alternatieven voor de gecontroleerde stoffen aan te bieden. In 2010 werden er in Europa 41 nieuwe stoffen ontdekt, 49 in 2011 en 27 in het eerste trimester van 2012, waarvan 7 in België. De Interministeriële Conferentie Drugs van 15 mei jongstleden keurde drie krachtlijnen goed om de *legal highs* te bestrijden.

Ten eerste, zodra er een nieuwe stof opduikt moet de informatie snel bij alle betrokken actoren terechtkomen.

Ten tweede, een wettelijk kader moet worden geboden dat de productie van en handel in *legal highs* bestraft. De 4-methylamfetamine is het onderwerp van een ontwerp van KB, met de bedoeling haar te controleren. De Ministerraad zal dat KB in de loop van juni moeten goedkeuren.

Ten slotte wordt een preventiebeleid ontwikkeld op basis van een maximale informatie aan de potentiële gebruikers over het gezondheidsrisico van die stoffen.

09.03 Lieve Wierinck (Open Vld): Mevrouw de minister, ik zou nog willen vragen om de nadruk te leggen op jonge tieners en in uitgaansmilieus, zodat vooral bij hen wordt gewezen op het bestaan van die gevaarlijke drug, om intoxicaties tegen te gaan. Het gaat tenslotte altijd over jonge mensen die geïntoxiceerd zijn en zo het leven laten.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'éventualité d'une pénurie de certains médicaments génériques" (n° 12138)

10 Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "een mogelijk tekort aan bepaalde generieke geneesmiddelen" (nr. 12138)

10.01 Franco Seminara (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, dans de très nombreux pays européens, la substitution d'un médicament prescrit par un générique moins cher est autorisée, voire obligatoire. Jusqu'à peu, en Belgique, le pharmacien ne pouvait délivrer le médicament le moins cher que lorsque le médecin prescrivait en DCI. Cette disposition, en vigueur depuis 2006, a récemment été élargie.

Effectivement, approfondir le principe de la substitution permet, tant au patient qu'à l'assurance maladie, de réaliser d'importantes économies. Aussi, dans le contexte budgétaire que nous connaissons tous, il a récemment été décidé de confier au pharmacien l'obligation de délivrer le médicament le moins cher dans le cadre d'une prescription en DCI et, pour les antibiotiques et les antimycosiques, d'automatiquement considérer ces prescriptions, sauf en cas d'opposition formelle du médecin, comme des prescriptions en DCI.

Ces dispositions sont entrées en vigueur respectivement le 1^{er} avril et le 1^{er} mai derniers. Aujourd'hui toutefois, certains pharmaciens font état de difficultés. Effectivement, quelques antibiotiques et antimycosiques sous forme de génériques ne seraient plus disponibles faute de stocks suffisants.

Dès lors, madame la vice-première ministre, je souhaiterais vous poser les questions suivantes. Vos services ont-ils constaté, sur le terrain, cette situation de rupture de stock? Dans l'affirmative, quelles conséquences cela peut-il avoir tant sur les pharmaciens au vu de leurs obligations légales que sur les

patients essentiellement au niveau de leur portefeuille? Enfin, quelles mesures envisagez-vous de prendre pour remédier au plus vite à ces problèmes? Une concertation avec les firmes pharmaceutiques concernées est-elle par exemple envisagée?

Présidente: Reinilde Van Moer.

Voorzitter: Reinilde Van Moer.

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Il est vrai que pendant le mois de mai, qui est le premier mois d'application de la mesure concernant les antibiotiques et les antimycosiques, il y a eu certains problèmes au niveau des pharmacies. Cependant, grâce à la règle qui prévoit que pour toute prescription, trois marques différentes doivent pouvoir être délivrées, ces ruptures de stock pour un médicament n'ont pas eu en principe d'impact financier sur le patient.

J'ai cependant réagi dès que j'ai eu connaissance des problèmes qui se posaient sur le terrain et j'ai pris trois mesures qui sont d'application depuis le 1^{er} juin afin de réduire au maximum le problème d'indisponibilité.

D'abord, j'ai pris un arrêté royal qui prolonge la règle des trois médicaments minimums pour chaque prescription alors que ce nombre devait être amené à deux le 1^{er} juin.

Ensuite, j'ai pris en extrême urgence un arrêté ministériel pour dérembourser des médicaments qui n'étaient pas effectivement sur le marché mais qui faisaient fictivement partie des trois marques et limitaient donc l'offre réelle des marques.

Enfin, j'ai proposé à la commission de conventions pharmaciens/organismes assureurs de l'INAMI de prévoir un cas de force majeure où le pharmacien peut délivrer n'importe quelle marque de son choix si les trois marques autorisées ne sont pas disponibles.

Grâce au très bon travail de cette commission, cette possibilité est entrée en vigueur dès le mois de mai avec un cadre très clair.

Certains problèmes subsistent néanmoins dans l'exécution de cette mesure, tant pour les firmes pharmaceutiques que pour les pharmaciens. L'INAMI, en concertation avec les acteurs concernés, travaille actuellement à certains aménagements techniques afin de solutionner les quelques difficultés qui subsistent, qu'on peut considérer comme les maladies de jeunesse d'un système entré en vigueur voici un peu plus d'un mois.

10.03 Franco Seminara (PS): Madame la vice-première ministre, je vous remercie pour votre réponse. Comme toujours, elle est précise et exhaustive. C'est très important.

Je tenais donc à mettre en avant l'avantage de cette mesure – c'était aussi la raison de ma question – qui est de rendre plus accessibles les médicaments pour les patients, ce qui, dans le contexte difficile actuel comme vous le disiez, constitue un réel bénéfice pour nos concitoyens. C'est extraordinaire.

Grâce à votre réponse, vous nous permettez aussi de rétablir la vérité. La presse s'est en effet exprimée à ce sujet. Je pense donc qu'il est fondamental que nous, parlementaires, puissions vous interroger immédiatement pour apporter les éclaircissements permettant de rendre la sérénité au débat. Je vous félicite pour vos propos. Vous dites que c'est une belle mesure, qu'elle fait sa maladie de jeunesse. On a ainsi une réponse qui va soulager, je pense, nos citoyens.

C'est le rôle du parlementaire d'être une caisse de résonance et vous me permettez de le faire. Je vous en remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de energiedrankjes" (nr. 12184)

- mevrouw Rita De Bont aan de minister van Middenstand, Kmo's, Zelfstandigen en Landbouw over "de verkoop van energiedrankjes" (nr. 12188)

11 Questions jointes de

- Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les boissons énergisantes" (n° 12184)

- Mme Rita De Bont à la ministre des Classes moyennes, des PME, des Indépendants et de l'Agriculture sur "la vente de boissons énergisantes" (n° 12188)

11.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er zijn blijkbaar heel wat vragen in verband met preventie. In een toekomstgerichte en betaalbare geneeskunde lijkt mij dit echter belangrijk.

Ik heb een vraag over energiedrankjes. Kinderen kunnen niet veel cafeïne verdragen en de hoeveelheid die in een energiedrankje aanwezig is, is vaak al de maximale veilige dosis. De koepelorganisatie van Nederlandse gezondheidsdiensten, de GGD, wil dat Nederlandse jongeren geen energiedrankjes meer nuttigen.

Energiedrankjes, die trouwens ook gevaarlijk zijn voor mensen met hartkloppingen, zijn immers geen frisdranken, al bevinden zij zich in de supermarkt dikwijls gewoon naast de frisdrank op hetzelfde schap. Dit kan verwarrend zijn voor ouders en kinderen. Om het misverstand dat het om een gewone frisdrank gaat, te voorkomen en om de consument van energiedranken te informeren, stelt de GGD een aantal maatregelen voor, zoals het verwijderen van de energiedrankjes uit de schappen van de supermarkten, het waarschuwen van de consument via een aangepaste etikettering en het beperken van de toegestane dosis aan cafeïne in de energiedrankjes.

Ik heb de volgende vragen. Worden er ook in België maatregelen overwogen om het gebruik van energiedrankjes aan banden te leggen of het bewustzijn van de consumenten te vergroten? Wat zijn bij ons de bevindingen in verband met energiedrankjes? Is het niet aangewezen dat deze problematiek op Europees vlak wordt aangepakt? Worden er op Europees niveau maatregelen overwogen? Is de minister bereid deze problematiek op de Europese agenda te plaatsen?

11.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De Hoge Gezondheidsraad heeft op 2 december 2009 een advies gegeven over energiedranken. Een nieuw advies over cafeïne, getiteld *Gebruik van cafeïne in voedingsmiddelen* werd op 11 januari 2012 gepubliceerd.

Uit de analyse van het advies van 2009 van de Hoge Gezondheidsraad blijkt dat wanneer energiedranken geconsumeerd worden ter vervanging van cafeïnehoudende dranken als koffie of thee, er geen probleem is, behalve voor zwangere vrouwen. Bij kinderen die gewoonlijk geen thee of koffie drinken, kan de vervanging van cola of andere frisdranken door energiedranken hun dagelijkse cafeïnegebruik gevoelig doen stijgen, wat kan zorgen voor voorbijgaande gedragswijzigingen zoals agitatie, prikkelbaarheid, zenuwachtigheid of angst.

In het nieuwe advies van 2012 bevestigt de Hoge Gezondheidsraad, na het bestuderen van de beschikbare wetenschappelijke gegevens, het standpunt van het advies van 2009. Bovendien biedt het nieuwe advies een groot pluspunt: het omvat ook andere voedingsmiddelen, met name de voedingssupplementen, waarvoor een aanbeveling voor de maximale dosis opgenomen is in het advies.

Samen met mijn diensten heb ik besloten de veiligheidsgrens van 80 milligram cafeïne per dag toe te passen voor deze categorieën van voedingsmiddelen, op basis van het voorzorgsprincipe. Deze maatregel zal eveneens van toepassing zijn op de energiesthots die beantwoorden aan de definitie van voedingssupplementen. De nationale reglementering zal worden aangepast in overeenstemming met het advies van de Hoge Gezondheidsraad en de norm van 80 milligram per dag. Ook aanvullingen voor de etikettering zullen worden opgenomen in het ministerieel besluit van 19 februari 2009.

Tezelfdertijd zal een dossier worden ingediend bij de Europese Commissie in het kader van de verordening betreffende de toevoeging van vitamines en mineralen en bepaalde andere stoffen dan levensmiddelen, met het oog op het nemen van geharmoniseerde maatregelen inzake het gehalte van cafeïne in de voedingsmiddelen.

De huidige wetgeving laat reeds toe zich te verzekeren van een beperking van de inname van cafeïne. Er is immers een maximumnorm van 320 milligram per liter van toepassing voor frisdranken.

Door die norm wordt de dagelijkse inname zoals aanbevolen door de raad, niet overschreden bij gewone consumenten.

Aangaande de waarschuwingen ten aanzien van de kwetsbaarste verbruikers, zoals zwangere en borstvoedinggevende vrouwen, kinderen tot 16 jaar en cafeïnegevoelige mensen, voorziet de huidige wetgeving er eveneens in dat de etikettering van die dranken een vermelding inzake het hoog gehalte aan cafeïne moet bevatten, de vermelding van het gehalte aan cafeïne uitgedrukt in milligram per honderd milliliter, een vermelding voor mensen die het gebruik van dergelijke levensmiddelen dienen te vermijden en een passende waarschuwing voor producten die bij overmatig gebruik een gezondheidsrisico kunnen inhouden. Die vermeldingen zijn wettelijk verplicht krachtens het koninklijk besluit van 13 september 1999 betreffende de etikettering van voorverpakte voedingsmiddelen en krachtens de Europese verordening inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen.

Daarnaast heeft de nieuwe Europese verordening betreffende de verstrekking van voedingsinformatie aan consumenten, die in de komende jaren de huidige bepalingen betreffende de etikettering zal vervangen, tot doel de consumenten beter te informeren door de verplichte waarschuwing "niet aanbevolen voor kinderen en vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven".

Voorzitter: Hans Bonte.

Président: Hans Bonte.

11.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik herinner mij de toelichting bij het koninklijk besluit, die in het verleden hier in de commissie is meegedeeld.

Ik mis voor een stuk dat er nadruk gelegd wordt op het gevaar van het gebruik door kinderen. U zegt dat dit op de etikettering zal moeten staan. Geldt dat ook voor de etikettering van de energiedranken?

11.04 Minister Laurette Onkelinx: Ja.

11.05 Rita De Bont (VB): Ik denk dat wij daarvoor de nodige aandacht moeten vragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter:** Het volgend agendapunt is vraag nr. 12258 van de heer Dallemagne, die niet aanwezig is en zich ook niet verontschuldigd heeft. In toepassing van het Reglement kan hij een nieuwe vraag indienen.

11.06 Laurette Onkelinx, ministre: Cette question est transformée en question écrite?

Le **président:** Oui.

12 Vraag van mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het afschaffen van de numerus clausus" (nr. 12260)

12 Question de Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la suppression du numerus clausus" (n° 12260)

12.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, de voorbije weken hebt u de numerus clausus een aantal keren in vraag gesteld. Volgens u is het beperken van het aantal studenten geneeskunde de voornaamste oorzaak voor het huidig tekort aan spoedartsen en het nakende tekort aan huisartsen.

Nochtans wijzen meerdere verantwoordelijken er op dat er verschillende redenen zijn waarom studenten voor een bepaalde specialisatie kiezen. Zo spelen het loon, de combinatie werk en gezin en de administratieve druk ook een belangrijke rol bij de gemaakte keuzes. De relatie tussen het aantal studenten geneeskunde en het verwerken van het tekort in een bepaalde groep van artsen is dus erg betwistbaar.

Daarom had ik graag een antwoord op de volgende vragen. Beschikt u over informatie dat het optrekken van het aantal studenten zal leiden tot een stijging van het aantal studenten huisartsengeneeskunde?

Hebt u een eventuele invloed van het verbeteren van de arbeidsomstandigheden op de keuze van de specialisatierichtingen onderzocht?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, op de voltallige vergadering van de Planningscommissie Medisch Aanbod van 30 mei 2012 werd een studie voorgesteld die het RIZIV uitgevoerd heeft met betrekking tot de arbeidskrachten in de medische beroepen. De studie toont aan dat het aantal arbeidskrachten voor de verschillende medische specialismen over het algemeen op peil blijft, maar dat de huisartsengeneeskunde een groter tekort zal kennen dan tot nu toe werd aangenomen.

Een van de redenen voor het tekort, dat thans wetenschappelijk is onderbouwd, is dat het grootste deel van de arbeidskrachten in de huisartsengeneeskunde momenteel geleverd wordt door artsen tussen 45 en 65 jaar. Momenteel is een derde van de huisartsen ouder dan 55 jaar. Men weet dat zij binnen vijf à tien jaar, misschien zelfs vroeger, met pensioen zullen gaan.

Ik onderneem al jaren actie om de aantrekkelijkheid van het beroep te verhogen, bijvoorbeeld door middel van Impulseo I en II, inzake hulp om zich te vestigen, of Impulseo III, inzake assistentie en administratieve vereenvoudiging. Andere voorbeelden zijn de invoering van wachtposten en de oprichting van het nummer 1733 om de belasting van de wachtdienst te verlichten.

De studie in kwestie toont ook aan dat huisartsen de jongste jaren hun inkomen sterker hebben zien groeien dan andere specialisten. Die maatregelen werpen hun vruchten af, maar slagen er niet in om het teruglopende aanbod van huisartsen te stoppen, vooral in het noorden van het land. Men weet dat de artsen die met pensioen zullen gaan, niet allemaal zullen vervangen worden door personen die nu in de huisartsengeneeskunde instromen.

Als gevolg van de studie stelt de planningscommissie een werkgroep samen die mij bij het begin van het nieuwe werkjaar voorstellen zal moeten doen. Ik meen dat het een stap in de goede richting is. Naar mijn mening moeten we het huidige systeem opnieuw bekijken, aangezien het in zijn huidige vorm de aangekondigde tekorten niet kan opvangen. Dat past in de uitvoering van het regeerakkoord, dat onder andere zegt dat de relevantie van de contingentering van RIZIV-nummers voor artsen zal worden herbekeken. In dat verband en zonder op de resultaten van die werkgroep vooruit te willen lopen, wil ik verduidelijken dat een planning van de medische beroepen volgens mij zinvol blijft, maar dat een contingentering voor het geheel van de specialismen en in het bijzonder die waarvoor een tekort bestaat, wellicht niet verantwoord is.

Ik betwijfel echter niet dat we in de komende maanden de gelegenheid zullen hebben om op het onderwerp terug te komen.

12.03 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Daar twijfel ik ook niet aan.

Ik blijf ervan overtuigd dat de opheffing van de numerus clausus niet echt zal bijdragen tot de verhoging van het aantal huisartsen. Ook de verschillende artsverenigingen hebben hun ongenoegen geuit. Volgens hen zal de maatregel niet veel bijdragen om het aantal huisartsen te laten toenemen. Er stromen op het ogenblik zelfs minder huisartsen uit dan er mogen beginnen. Dat is een discrepantie. Het is belangrijker om jonge studenten die al door de toegangsexamens van de universiteiten zijn geraakt, meer te motiveren om de afstudeerrichting huisartsengeneeskunde te kiezen.

Laat huisartsen de job die ze graag doen, zijnde mensen helpen en genezen, meer doen in plaats van hen te verdrinken in de eadministratie. Geef hun de kans om arbeid en gezin op een fatsoenlijke manier te combineren.

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

13 **Samengevoegde vragen van**
- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de 20 miljoen euro extra voor de ambulancesector" (nr. 12262)

- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de subsidiëring van de ambulancediensten" (nr. 12297)

13 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les 20 millions supplémentaires pour le secteur des ambulances" (n° 12262)

- Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le subventionnement des services d'ambulances" (n° 12297)

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is niet aanwezig. Haar vraag nr. 12262 vervalt.

13.01 Reinilde Van Moer (N-VA): De problemen van de ambulancedienstensector worden met de dag rijpender. De minister erkent dit probleem en wil ageren. Er komt een KB dat in de derdebetalersregeling voorziet en daarnaast nam u het initiatief om het statuut van vrijwilliger hulpverlener-ambulancier gelijk te schakelen met dat van de brandweervrijwilligers. De Unie der Belgische Ambulancediensten trok echter recent nogmaals aan de alarmbel: er is een enorm tekort aan vrijwilligers door de schamele vergoedingen en de kwaliteit is niet altijd in orde. Het gevolg is dat privéambulancediensten niet kunnen garanderen dat er binnen het kwartier hulp wordt geboden. De reactie van uw kabinet op deze klaagzang was dat er geen geld beschikbaar is. Een dag later was er plotseling wel groot nieuws. U voorzag in 20 miljoen extra, ondanks de budgettaire krapte die aanleiding gaf tot de eerdere verklaringen.

Ik had graag geweten waarvoor deze 20 miljoen precies zal dienen. Zullen de kwaliteitseisen in acht genomen worden bij de besteding van het geld en zullen ze ook strenger worden opgevolgd? Hebt u een tijdspad voor ogen voor het implementeren van deze budgetmaatregel?

13.02 Minister Laurette Onkelinx: Ondanks de moeilijke financiële toestand van de ambulancediensten voor dringende medische hulpverlening, zal ik er alles aan doen om de dringende hulpverlening te verbeteren. Ik ben mij immers terdege bewust van de moeilijkheden in de ziekenwagenvervoerssector in verband met de dringende medische hulpverlening.

Ik neem mij voor om de onlangs genomen maatregel, de toestemming van de derdebetaler, of de geplande maatregel met betrekking tot het vrijwilligersstatuut, aan te vullen om de sector te helpen. Ik zal bijgevolg het verzoek om de sector van het dringend medisch vervoer te kunnen subsidiëren aan de agenda van het begrotingsconclaf voor 2013 toevoegen. Indien mijn collega's mij op dat conclaf de nodige middelen geven, zal ik die als volgt aanwenden.

Ten eerste zou ik elke dienst een forfaitaire vergoeding geven voor elk vertrekpunt, elke hoofdplaats en vooruitgeschoven post die hij inricht en waarvoor een erkenning werd uitgereikt. Daardoor zou de dienst gemakkelijker een wachtdienst met twee ambulanciers-hulpverleners kunnen financieren om een snel vertrek van de ziekenwagen te verzekeren, zodat de tijd tussen de hulpoproep en de aankomst van het personeel met de nodige kwalificaties en voorzieningen tot het strikte minimum zou worden teruggebracht, zowel in de stad als op het platteland.

Ten tweede, daarnaast zou ik ook voor elk bijkomend georganiseerd vertrek dat aan een in de planning van de ambulancemiddelen aangetoonde behoefte beantwoordt, een toelage uittrekken. Dat zou vooral in de steden een betere dekking van de bevolking moeten toelaten.

Ten derde, ondanks de optimalisatie van de regeling van de ziekenwagenritten, leidt bijna 10 % van de ritten niet tot een vervoer, hetzij omdat er geen patiënt is om te vervoeren, hetzij omdat de patiënt helaas overleden is. In dat geval worden de kosten door de uitvoerder gedragen, zonder dat daarvoor een factuur kan worden voorgelegd.

Ik zou bijgevolg de geringe toelage van 4 euro die de FOD Volksgezondheid voor elke rit zonder vervoer toekent, vertienvoudigen en aan de dienst de gebruikte defibrillatie-elektroden terugbetalen, die nu niet kunnen worden aangerekend wanneer de patiënt helaas overleden is.

Ik denk dat een dergelijke structurele financiering essentieel is om een kwaliteitsvolle dienst van dringende medische hulpverlening te vrijwaren.

Wanneer wij die maatregelen zullen kunnen uitvoeren, zal afhangen van de begrotingsdiscussie.

13.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik hoor dat u een aantal zaken in gedachten hebt om de noden van de ambulancediensten te verhelpen.

Wij zullen afwachten in hoeverre er financieel gevolg kan worden gegeven aan deze vraag.

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

De **voorzitter**: Ik verwelkom collega De Croo in onze commissie en geef hem het woord voor zijn vraag.

14 Vraag van de heer Herman De Croo aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de mishandeling van paarden" (nr. 12289)

14 Question de M. Herman De Croo à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la maltraitance de chevaux" (n° 12289)

14.01 Herman De Croo (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik ben een zeer koele minnaar van vragen in de commissievergaderingen. Blijkbaar is dit de eerste mondelinge vraag die ik in een commissievergadering stel sinds enkele jaren.

Ik stel met genoeg vast dat de spraak en de uitspraak van de vice-eersteminister boeiend zijn. Zij kan blijkbaar het nuttige met het aangename verenigen.

De **voorzitter**: Zij spreekt nog niet echt het 'De Croos'.

14.02 Herman De Croo (Open Vld): Mevrouw de vice-eersteminister, u hebt een prachtige uitspraak. Ik wens u daarmee geluk.

Misschien is het mijn DNA dat mij gebracht heeft tot deze vraag. Begin juni jongstleden heeft Volksgezondheid meegedeeld dat er meer dan 255 klachten waren over mishandeling van paarden en zogenaamde paardachtigen; 142 van die klachten situeren zich in Vlaanderen, de overige 113 in Brussel en in Wallonië.

Wat mij verontrust, is de stijging van het aantal klachten. Het is bijna verdubbeld.

Mevrouw de vicepremier, daarom heb ik mij veroorloofd de volgende vragen in te dienen. Men kan zich vragen stellen bij het preventiebeleid inzake de mishandeling van paarden en men kan zich vragen stellen over het heropvoeden van degenen die tot mishandeling zijn overgegaan.

Als ik met tien geboden naar buiten zou durven te komen, heb ik in dezen ook tien subvragen.

Ten eerste, hoe kan de stijgende tendens van het aantal klachten worden verklaard?

Ten tweede, bestaat er een profiel van de mensen die klachten indienen?

Ten derde, welke zijn de meest voorkomende vormen van mishandeling van paarden en paardachtigen?

Ten vierde, hoeveel controles worden er georganiseerd zonder dat er specifiek een klacht werd ingediend?

Ten vijfde, welke opvolging wordt gegeven aan mensen die betrappt worden op mishandeling van paarden? Hoeveel boetes werden er bijvoorbeeld opgelegd?

Ten zesde, wat gebeurt er met de in beslag genomen dieren?

Ten zevende, hoeveel van de in beslag genomen dieren gingen terug naar de eigenaar?

Ten achtste, welke zijn de voorwaarden om in beslag genomen dieren terug te krijgen?

Ten negende, worden mensen die hun dieren terugkrijgen, specifiek opgevolgd om te garanderen dat zij niet meer in hun fouten van vroeger zouden hervallen?

Ten tiende, bent u van plan om preventieve maatregelen te nemen die het risico van mishandeling van paarden en paardachtigen moeten minimaliseren?

14.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, contrairement à ce qui a été dit en début de séance, je serai un peu plus longue sur ce sujet car nous n'en avons jamais parlé. En outre, c'est une question de M. Herman De Croo!

Er zijn meerdere redenen voor het stijgende aantal gegronde klachten: de naambekendheid van de inspectiedienst Dierenwelzijn is groter geworden en er is in onze samenleving een grotere gevoeligheid voor problemen inzake dierenwelzijn. Ook de financiële crisis speelt echter een rol. Enerzijds komen paardenfokkers in financiële problemen door de lage prijzen voor hun paarden en hogere prijzen voor het onderhoud van meer dieren en, anderzijds, zijn er mensen die, hoewel zij weinig van paarden kennen, toch van de lage prijzen profiteren en ondoordacht een paard aankopen, met ontoereikende of verkeerde verzorging als gevolg.

De inspectiedienst Dierenwelzijn krijgt overigens heel wat ongegronde klachten. De oorzaak hiervoor ligt vooral bij het antropomorfisme – zich als menselijk wezen in de plaats stellen van het dier – en dus bij onwetendheid en onverdraagzaamheid.

Er is geen specifiek profiel van de mensen die klacht indienen. Vele klachten worden onrechtstreeks, via dierenbeschermingsverenigingen, aan de inspectiedienst bezorgd. Het probleem is meestal niet zozeer opzettelijke mishandeling, maar eerder ernstige dierenverwaarlozing, zoals geen verzorging van de hoeven, onvoldoende of onaangepaste, tot zelfs slechte voeding, geen beschutting, geen drinken. De controles gebeuren meestal na een klacht.

Bij lichtere vaststellingen voor de eerste keer, wordt er meestal een schriftelijke waarschuwing gegeven. Zwaardere of recidiverende vaststellingen resulteren in een proces-verbaal. In kritieke of uitzichtloze gevallen wordt overgegaan tot beslag.

Wanneer er maatregelen zijn opgelegd, vraagt men tegen een bepaalde datum het bewijs van uitvoering te leveren, via een attest van de dierenarts of hoefsmid, via een aankoopbewijs van voeder, via foto's van een verbeterde toestand enzovoort. De processen-verbaal worden met het oog op administratieve boetes bezorgd aan de juridische dienst. In geval van inbeslagneming zendt de juridische dienst het dossier naar het parket.

Bij inbeslagname van dieren probeert de inspecteur-dierenarts altijd eerst de eigenaar te overhalen zijn dieren af te staan. Dat gebeurt frequent en is voor de overtreder zowel op psychologisch als op financieel vlak de beste oplossing.

Als de betrokkene weigert zijn dier af te staan, voorziet de wetgeving in verschillende mogelijkheden: teruggave onder voorwaarden, in volle eigendom geven aan een persoon of een asiel die ervoor willen zorgen, euthanasie of verkoop.

Elk geval wordt grondig beoordeeld, maar in de meeste gevallen worden de dieren toegewezen aan het asiel dat de dieren heeft opgevangen. Gewoonlijk hebben de eigenaars van dieren die uiteindelijk in beslag moeten worden genomen vooraf al de kans gekregen om zich in regel te stellen en hebben ze dat niet gedaan. Het komt dus zelden voor dat de dieren alsnog worden teruggegeven. In de zeldzame gevallen van teruggave moeten de eigenaars vooraf alle door het asiel gemaakte kosten vereffenen en eventueel bepaalde aanpassingen aan de infrastructuur uitvoeren of bepaalde acties ondernemen. Ze moeten er uiteraard ook voor zorgen dat de vastgestelde overtredingen zich in de toekomst niet meer herhalen.

Vorige week heb ik de folder *Paarden op de weide* voorgesteld, met gedetailleerde informatie over de drie grote behoeften van deze dieren: beschutting, voedsel en water en een goede omheining. Er staan ook belangrijke tips in over de gezondheid van de paarden en over het onderhoud van de weide. De folder wordt ruim verspreid, onder meer via vakorganisaties en dierenwelzijnverenigingen. Hij is ook beschikbaar op de portaal-site van de FOD Volksgezondheid.

Naast deze folder worden ook andere initiatieven genomen om paardenverwaarlozing tegen te gaan. Een werkgroep onder leiding van de FOD zal bijvoorbeeld de mogelijkheid onderzoeken om voor elke nieuwe paardeneigenaar in een opleiding te voorzien. Zelf heb ik een wetsontwerp voorbereid dat het dierenwelzijn ten goede moet komen. Het zal voor de vakantieperiode aan de Ministerraad worden voorgelegd. Het voorziet onder andere in strengere normen voor het houden van paarden op de weide en in hogere boetes.

Ik hoop dat deze maatregelen ertoe zullen bijdragen dat er zich minder gevallen van paardenverwaarlozing voordoen, met dien verstande dat men de paardeneigenaars in essentie beter moet inlichten over de wijze waarop ze zich over hun paarden moeten ontfemen.

14.04 Herman De Croo (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben verdediger van alle verwaarloosde dieren, of het nu paarden zijn of andere.

Ik ben nu ongeveer 70 jaar ruiter en weet wat paarden betekenen. U hebt gelijk. Veel van de paardenhouders schaffen paarden aan voor jonge kinderen. Het antropoformisme, dat men ook heeft met andere huisdieren, maakt dat dit een bezwaar inhoudt. Een paard is een groot dier en heeft veel meer noden dan een kleiner huisdier. Het is ook een gevaarlijker dier.

Het doet mij genoeg dat uw diensten deze zaken zo diepgaand hebben onderzocht en ik dank u ook voor de folder die u laat verspreiden.

U ziet dat de crisis soms onbekende kanten heeft en dat men dan met situaties wordt geconfronteerd, waarbij ons gevoel van rechtvaardigheid voor de rechten van dieren belangrijk is.

Ik dank u voor uw antwoord en zal het op een gepaste wijze gebruiken.

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

15 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le conditionnement et l'étiquetage des médicaments pour enfants" (n° 12294)

15 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de verpakking en de etikettering van geneesmiddelen voor kinderen" (nr. 12294)

15.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, la revue spécialisée française *Prescrire* s'inquiète, dans son numéro de juin, du conditionnement des médicaments destinés aux enfants qu'elle juge peu fiable. Elle estime que trop d'étiquetages sont ambigus, notamment concernant la concentration des formes liquides, ou trompeurs, que les flacons sont trop faciles à ouvrir par les enfants, que les notices sont insuffisamment précises ou lisibles.

Ainsi, prenons le cas du paracétamol qui est le médicament de premier choix pour le traitement symptomatique des douleurs ou de la fièvre chez l'enfant. Ses effets indésirables graves à dose thérapeutique sont rares. En cas de surdose, il devient toxique et provoque des atteintes hépatiques parfois mortelles. Cependant, certaines formes exposent davantage les enfants à un risque de surdose par ingestion accidentelle. C'est le cas des formes buvables pédiatriques de paracétamol sans bouchon de sécurité et des comprimés orodispersibles en tube sans bouchon de sécurité.

La grande majorité des dispositifs doseurs des médicaments liquides (buvables ou injectables) examinés depuis trente ans est ainsi jugée "imprécise et/ou inadaptée et souvent sources d'erreurs de préparations". En outre, toujours selon la revue, "dans le domaine de l'automédication pour les enfants, l'insuffisance de qualité des dispositifs doseurs est trop fréquente, y compris avec des substances dangereuses". Par

exemple, des sirops antitussifs peuvent contenir des substances comme les opioïdes et ne sont pas accompagnés de doseurs, ce qui oblige à utiliser une cuillère dont la contenance varie, ou sont accompagnés de gobelets qui peuvent pousser à la surdose.

La revue a adressé une vingtaine de propositions à l'Agence européenne du médicament (EMA) et à son homologue française, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) pour remédier à cela.

Madame la vice-première ministre, la législation belge est-elle suffisamment contraignante en matière de conditionnement et d'étiquetage des médicaments pédiatriques? Si non, est-il envisagé de renforcer cette législation? Plus généralement, une amélioration de la réglementation pédiatrique européenne et son application ne devraient-elles pas figurer à l'agenda des ministres européens de la Santé publique?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, la législation belge prévoit que les mentions doivent être inscrites de manière à être facilement lisibles, clairement compréhensibles et indélébiles.

Les évaluateurs qualité de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) veillent à ce que les conditionnements des médicaments dont la forme pharmaceutique représente un risque pour les enfants soient *child-resistant*. Je pense ici, par exemple, au bouchon de sécurité pour les sirops. De plus, l'exactitude de la dose délivrée par le dispositif doseur est vérifiée ainsi que son adéquation par rapport à la posologie proposée dans la notice. Pour les nouveaux dossiers concernant des médicaments pédiatriques liquides, la présence d'un dispositif doseur adéquat est exigée d'office.

L'AFMPS n'est pas au courant d'une prochaine adaptation de la réglementation pédiatrique européenne en matière de conditionnement et d'étiquetage des médicaments pédiatriques.

Il faut savoir que pour tout médicament à usage pédiatrique, le comité pédiatrique de l'Agence européenne des médicaments évalue la formulation proposée. Celle-ci doit être appropriée du point de vue de sa composition et de son administration (précision, stabilité et acceptabilité). L'emballage, par contre, n'est pas de son ressort.

Néanmoins, l'EMA travaille actuellement à l'élaboration de *guidelines* sur le développement pharmaceutique des médicaments à usage pédiatrique. Une version *draft* est actuellement publiée; vous pourrez la consulter sur son site. De plus, un papier de réflexion concernant les formulations préférentielles pour la population pédiatrique a également été publié.

Ces deux documents envisagent la problématique de l'emballage et des dispositifs d'administration, ce qui prouve qu'au niveau européen, ces sujets sont d'actualité et très précisément suivis.

15.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos propos rassurants.

Des revues spécialisées comme *Prescrire* ont tendance, en éditant des sujets tels que ceux-là, à semer la panique. Si la revue est connue pour son sérieux, il est dommage, eu égard aux propos que vous venez de tenir, que de tels textes soient publiés!

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

De **voorzitter**: De heer Beuselinck heeft zijn vraag nr. 12315 omgezet in een schriftelijke vraag. Mevrouw Warzée-Caverenne heeft hetzelfde gedaan met haar vraag nr. 12318. Mevrouw Schyns heeft haar vraag nr. 12325 eveneens omgezet in een schriftelijke vraag. Mevrouw Vervotte is tweemaal afwezig geweest, met als gevolg dat haar vragen nrs 12336 en 12337 vervallen.

16 **Vraag van de heer Hans Bonte aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de lopende discussies om het blisteren van geneesmiddelen per maand voor woonzorgcentra onmogelijk te maken" (nr. 12361)**

16 **Question de M. Hans Bonte à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les discussions**

actuelles tendant à empêcher la blistérisation mensuelle des médicaments pour les maisons de retraite" (n° 12361)

16.01 Hans Bonte (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb een vraag ingediend die het directe gevolg is van ongerustheden die in een aantal OCMW's, in een aantal woonzorgcentra en in een aantal woonvoorzieningen leven. Mijn vraag heeft te maken met de manier waarop vandaag geneesmiddelen aan woonzorgcentra worden geleverd.

In het recente verleden hebben wij een evolutie meegemaakt. Heel wat woonzorgcentra wensen naar een rationelere levering van geneesmiddelen over te stappen. Gelijktijdig waarderen zij echter ook de nabijheid van de apotheker, al was het maar om ook rond een aantal andere uitdagingen op het vlak van geneesmiddelengebruik in woonzorgcentra stappen voorwaarts te kunnen zetten. Ik denk bijvoorbeeld aan informatieacties, sensibiliseringsacties en acties rond het verhoogd overschakelen naar generische geneesmiddelen.

Een en ander heeft tot een meer veralgemeend gebruik van blistermethodes geleid. De apotheek die het contract verwerft via openbare aanbesteding, en zeker bij openbare rusthuizen, bezorgt geneesmiddelen in maandblisters. Per patiënt zijn in de blisters de geneesmiddelen voor de komende maand opgenomen.

Wat de ongerustheid veroorzaakt, is het idee, het overleg of eventueel al een vorm van besluitvorming om maandblistering te verbieden. Zulks gebeurt vooral onder druk van een aantal grote leveranciers, waarvan ik de namen hier niet zal noemen, maar die wij wel kennen. Zij zijn via robots in staat om per week of veertiendaags te blisteren. In elk geval horen wij in de sector het idee naar voren komen dat maandblisteren zou worden verboden.

Mevrouw de minister, ik heb twee vragen. Ten eerste, klopt het dat er een regeling op komst is om blisteren op maandbasis te verbieden? Indien het klopt, wat is er dan van aan? Wanneer kunnen wij het verbod verwachten? Wat is de precieze inhoud van het voorstel?

Ten tweede, graag ken ik uw mening in dezen. In elk geval is het mijn overtuiging dat een dergelijk verbod geen stap voorwaarts is, niet op het vlak van de kwaliteit van de levering, maar zeker ook niet op budgettaire vlak of op het vlak van samenwerking.

Mevrouw de minister, ik wil uw inschatting kennen van de wenselijkheid dat de huidige spelregels worden aangepast, evenals van de vraag of er budgettaire effecten kunnen worden verwacht.

16.02 Minister Laurette Onkelinx: Er is op dit moment een ontwerp van KB dat inderdaad bepaalt dat de aflevering van een individuele medicatieverpakking geneesmiddelen beperkt wordt tot het gebruik binnen de 14 kalenderdagen. Dit is besproken met de APB en de OPHACO, de koepelorganisaties van de apothekers. Uit de praktijk is namelijk gebleken dat hoe langer op voorhand de individuele medicatieverpakkingen geneesmiddelen afgeleverd worden, des te meer wijzigingen moeten worden aangebracht aan de reeds afgeleverde individuele medicatieverpakkingen geneesmiddelen. Dit voornamelijk omwille van wijzigende therapieën en ondanks het feit dat in woonzorgcentra vooral chronische medicatie wordt voorgeschreven.

Rekening houdend met parameters zoals de afstand tussen de apotheek en de woonzorgcentra, de mogelijkheid van automatisatie en de noodzakelijkheid van therapiewijzigingen, is in het ontwerp van KB gekozen voor een levering voor maximum 14 kalenderdagen. Er wordt verwacht dat dankzij deze individuele medicatieverpakking, de beheersing van de geneesmiddelenaflevering efficiënter zal kunnen gebeuren, zeker voor de inwoners van de woonzorgcentra.

16.03 Hans Bonte (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor de informatie. Ik wil er toch ietwat kritisch op reageren. Als men maandblisters vergelijkt met blisters op weekbasis, is het evident dat in de praktijk blijkt dat de apothekers meer aanpassingen moeten doen. Toch heeft het maandelijks blisteren voor een stuk tot gevolg dat de betrokkenheid van de apothekers in de woonzorgcentra groter is.

Als woonzorgcentra effectief kiezen om te werken met een openbare aanbesteding, zoals OCMW's en rusthuizen dat horen te doen, en rekening houden met de criteria in die aanbestedingen, dus als men effectief kiest voor kostenreductie, aangevuld met extra service, sensibilisering en het meer stimuleren van generische geneesmiddelen, dan weet ik in elk geval uit ervaring dat wij veel grotere besparingen doen, zowel voor het overheidsbudget als voor de individuele patiënt.

Ik denk dat dit toch nog eens moet worden bekeken. Als u verwijst naar evaluaties die op het veld zouden gebeuren, zou ik toch graag die evaluaties zien, want ik kan mij echt niet van de indruk ontdoen dat die regeling er vooral komt op basis van twee of drie grote firma's in dit land die beschikken over robots die het wekelijks of tweewekelijks aankunnen, maar waarvan ik evengoed weet dat de service die zij bieden op het vlak van de opvolging van de patiënten en de opvolging van het geneesmiddelenbeleid in de rusthuizen heel wat minder is dan dikwijls gebeurt via de lokale apotheker of de grotere apotheker in de buurt.

Ik neem natuurlijk akte van uw antwoord, maar ik dring er toch op aan om dit nog eens ten gronde te bekijken.

16.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, l'ensemble des remarques ont été notées afin de procéder aux vérifications nécessaires.

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

17 **Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le suivi des effets indésirables liés à la consommation de compléments ou de produits alimentaires" (n° 12409)**

17 **Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de monitoring van de ongewenste neveneffecten bij het gebruik van voedingssupplementen of voedingsmiddelen" (nr. 12409)**

17.01 **Colette Burgeon** (PS): Madame la ministre, en France, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a rappelé aux professionnels de la santé la nécessité de lui communiquer les effets indésirables suspectés d'être liés à la consommation de boissons énergisantes.

L'Agence, dans le cadre du dispositif de nutrivigilance et plus particulièrement dans le cadre de la surveillance de ces boissons, instituée en 2008, a effectivement recensé parmi les vingt-quatre cas rapportés, treize cas pour lesquels "un lien de causalité possible ou probable a pu être établi". Les effets rapportés sont d'ordre cardiaque (trouble du rythme: tachycardie), neurologique (crises d'épilepsie, tremblements, vertiges), psychiatrique (angoisses, agitation, confusion).

Par ailleurs, "trois cas d'accidents vasculaires cérébraux et deux cas d'arrêt cardiaque, dont un mortel, ont été signalés pour lesquels le lien avec la consommation de boissons énergisantes n'a pu être clairement établi", a récemment indiqué l'Anses dans un communiqué.

Ce dispositif de nutrivigilance, initialement mis en place pour les seuls compléments alimentaires, concerne également aujourd'hui les aliments et boissons enrichis en substances à but nutritionnel ou physiologique (vitamines, minéraux, acides aminés, extraits de plantes, etc.), les nouveaux aliments et nouveaux ingrédients et les produits destinés à l'alimentation de populations particulières (nourrissons, sportifs, patients souffrant d'intolérance alimentaire, etc.).

Au niveau belge, la problématique des compléments alimentaires solides ou liquides contenant de la caféine occupe depuis longtemps le Conseil supérieur de la Santé qui a, récemment encore, rendu un avis très intéressant en la matière.

Mais si les autorités publiques disposent, dans le domaine des médicaments, d'un dispositif fort complet en matière de notification et de suivi des effets indésirables, il n'existe pas, à ma connaissance, d'équivalent en matière de vigilance alimentaire, si ce n'est le point de contact de l'AFSCA destiné aux consommateurs, où il est possible d'adresser des questions ou d'introduire une plainte en matière de qualité ou de sécurité alimentaire.

Madame la ministre, vu ce qui précède, notre pays dispose-t-il, selon vous, des structures et des moyens suffisants lui permettant d'œuvrer efficacement à la vigilance alimentaire? Cette vigilance doit comprendre le recensement, l'enregistrement des effets indésirables, la gestion de ces informations et leur suivi dans le but

de préserver la santé publique.

En 2011, l'AFSCA a-t-elle reçu des plaintes de consommateurs ou de professionnels de la santé ayant identifié des effets indésirables liés à la consommation de produits alimentaires particuliers? Dans l'affirmative, combien et quel suivi y a-t-il été donné?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Burgeon, notre pays ne dispose pas d'un système centralisé de nutrivigilance comme en France. À ma connaissance, la France est d'ailleurs un des rares pays de l'Union qui se soit doté d'un tel système. Au niveau fédéral, il existe cependant des outils et des structures qui enregistrent et gèrent des informations sur des effets indésirables ou néfastes qui peuvent être associés à la consommation de denrées alimentaires.

Il y a le système de notification obligatoire instauré auprès de l'AFSCA qui oblige chaque opérateur (y compris les laboratoires) à informer l'AFSCA lorsqu'il considère qu'un produit qu'il a importé, produit, cultivé, élevé, transformé, fabriqué ou distribué peut être préjudiciable à la santé humaine.

Il y a le point de contact de l'AFSCA auquel les consommateurs peuvent transmettre toute plainte en matière de qualité ou de sécurité alimentaire.

Il y a la plate-forme toxi-infections alimentaires qui recense et assure le suivi des cas d'intoxications causées par des pathogènes et transmis par les aliments. Cette plate-forme est coordonnée par l'Institut scientifique de Santé publique et rassemble les acteurs fédéraux, régionaux et communautaires compétents en matière de surveillance et de gestion des intoxications alimentaires.

Il y a également la direction opérationnelle "Santé publique et surveillance" de l'Institut scientifique de Santé publique qui étudie et rassemble des données sur les risques qui peuvent constituer une menace pour la santé publique, en ce compris les aliments. Cette direction travaille d'ailleurs étroitement en collaboration avec des réseaux de prestataires de soins comme les hôpitaux, les laboratoires et un réseau de médecins.

Il y a, enfin, le Centre Antipoison qui assure une permanence d'informations toxicologiques en urgence et qui recense les cas d'effets néfastes pouvant être liés à des aliments. Ce centre est une fondation d'utilité publique subsidiée par la Loterie Nationale et le SPF Santé publique.

En ce qui concerne spécifiquement la problématique de la caféine, outre le fait que celle-ci a fait l'objet de deux avis du Conseil supérieur de la Santé en 2009 et 2012, je vous informe que d'autres initiatives sont ou seront prises. Je tiens notamment à attirer votre attention sur les trois points suivants.

D'abord, les données d'ingestion de la caféine seront affinées par une nouvelle enquête alimentaire réalisée en Belgique, visant les enfants et jeunes de moins de quinze ans. Ensuite, la caféine fait l'objet d'une surveillance dans le cadre du réseau de l'EFSA sur l'identification des risques émergents. Et enfin, l'EFSA a sous-traité l'exécution d'une étude européenne visant à collecter des données d'ingestion de substances énergisantes, dont la caféine, par des groupes spécifiques de consommateurs de boissons énergisantes.

En ce qui concerne les plaintes enregistrées auprès de l'AFSCA, cette question relève des compétences de Mme Laruelle, que je vous invite donc à interpeller à ce sujet.

17.03 Colette Burgeon (PS): Merci pour votre réponse, madame la ministre. Quand on voit tout ce qui existe en Belgique – et que vous venez de citer –, n'estimez-vous pas qu'il serait nécessaire, à l'instar de ce qui se fait en France où une seule institution s'occupe de toute la problématique, de créer une sorte de relais entre les différents services compétents, un lieu où ils pourraient mettre en commun toutes leurs données et ainsi améliorer leur efficacité?

17.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 12411 van de heer Schiltz is geschrapd in toepassing van het Reglement. De vragen nrs 12424 en 12425 van mevrouw De Bont zijn omgezet in schriftelijke vragen. Vraag nr. 12449 van

mevrouw Vervotte vervalt, ook in toepassing van het Reglement. Vraag nr. 12503 van de heer Seminara is ingetrokken. Daardoor hebben wij onze agenda mooi afgewerkt, met zes minuten vertraging.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.06 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17.06 heures.