

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 8 APRIL 2008

Namiddag

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

du

MARDI 8 AVRIL 2008

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 15.48 heures. La réunion est présidée par Mme Marie-Claire Lambert.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.48 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Marie-Claire Lambert.

La **présidente**: La question n° 4018 de Mme De Block et les questions n^{os} 4019 et 4020 de Mme Avontroodt sont reportées.

01 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dierproeven door de tabaksindustrie" (nr. 4021)

- mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Deontologisch Comité en de Ethische commissie bij dierproeven" (nr. 4022)

01 **Questions jointes de**

- Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les expérimentations animales menées par l'industrie du tabac" (n° 4021)

- Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Comité déontologique et la Commission d'éthique en matière d'expériences sur animaux" (n° 4022)

01.01 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik heb een vraag over de dierproeven door de tabaksindustrie. Zeer recent heeft de minister hier in de commissie het eerste nationale kankerplan toegelicht.

Eens te meer wordt in het plan de nadruk gelegd op de schadelijke effecten van roken op de volksgezondheid. Hoewel nu toch bijna de hele bevolking van de schadelijke effecten zal zijn overtuigd, werden vorig jaar in ons land voor en door de tabaksindustrie ruim 3.500 proefdieren voor experimenten gebruikt. De proeven vinden plaats in erkende laboratoria waarbij aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan. De aard en de uitvoering van de proeven worden voorafgaandelijk beoordeeld door een ethische commissie. In antwoord op een eerder door mij gestelde vraag hebt u gezegd dat u het advies van de deontologische commissie zult analyseren en op basis daarvan gepaste conclusies zult nemen, mevrouw de minister.

Bovendien hekelen heel wat dierenrechtenactivisten het gebrek aan openbaarheid van de ethische commissies die oordelen over de dierproeven, in tegenstelling tot ons buurland Nederland.

Mevrouw de minister, ik had graag een antwoord op de volgende vragen gekregen. Hebt u het advies reeds ontvangen? Zo neen, wanneer denkt u dat te hebben? Zo ja, zult u op basis van het advies maatregelen nemen?

Overweegt u een andere samenstelling van de ethische commissies? Zo ja, dewelke?

Overweegt u de beslissingen van de ethische commissies openbaar te maken?

Overweegt u een verbod op dierproeven door de tabaksindustrie? Zo neen, komt er een strengere controle op de activiteiten van de laboratoria waar dierenproeven ten behoeve van de tabaksindustrie plaatsvinden?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw della Faille, het deontologisch comité heeft wel degelijk zijn analyse omtrent het gebruik van dieren in het kader van het tabaksonderzoek bezorgd. In het kader van dat onderzoek dient een onderscheid te worden gemaakt tussen studies met betrekking tot ziekten die te wijten zijn aan roken, en proeven die worden gedaan om tabaksproducten te ontwikkelen.

Het deontologisch comité adviseert om een verschil te maken tussen de onderzoeken naar mogelijke behandelingen van tabaksgerelateerde ziekten en de proeven om nieuwe tabaksproducten te ontwikkelen, en om de onafhankelijkheid van de ethische commissies te versterken. Dat zal gebeuren in de wijziging van de reglementering, die thans in voorbereiding is.

In de toekomst zullen er derhalve in ethische commissies niet één, maar minstens twee externe leden moeten zetelen, die totaal onafhankelijk zijn van de instellingen. Ze zullen tevens duidelijk moeten aantonen dat hun ervaring er vooral een is met de volksgezondheid voor ogen.

Het koninklijk besluit van november 1993 dekt alle werkzaamheden van de ethische commissies via het beroepsgeheim. Dat geheim is bij wet beschermd en bijgevolg moet men steeds voorzichtig zijn met het openbaar maken van informatie afkomstig van die commissies.

Net zoals bij het verbod op proeven op dieren voor het ontwikkelen van cosmetica, heeft het volstrekt verbieden van bepaalde tabaksproeven enkel zin indien op Europees vlak tot een gemeenschappelijke actie wordt beslist.

Ik heb daarentegen wel aan mijn diensten gevraagd om de vertegenwoordigers van de tabaksindustrie vóór het eind van deze maand op te roepen, zodat ze me kunnen aantonen welke de meerwaarde inzake volksgezondheid is van hun proeven, overeenkomstig het advies van het deontologisch comité inzake de controle op de laboratoria die experimentele protocollen uitvoeren voor het ontwikkelen van tabaksproducten.

Artikel 3quater van het koninklijk besluit van november 1993 maakt het effectief mogelijk om de erkenning van een laboratorium dat in strijd is met of niet meer beantwoordt aan de voorwaarden van de wet, te schorsen of in te trekken.

In 2007 hoefde ik geen erkenning te schorsen of in te trekken. Een laboratoriumverantwoordelijke heeft enkel gemeld dat hij geen proeven op dieren meer uitvoerde en dat hij zijn vergunning om proeven uit te voeren, niet meer wenste te behouden. Mijn departement heeft hem de intrekking van de erkenning wegens de stopzetting van de activiteiten bevestigd.

01.03 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Ik denk dat de minister mijn twee eerste vragen heeft beantwoord. Ik zal mijn tweede vraag dan ook niet meer stellen.

01.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Excuseer.

01.05 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Dat is geen probleem.

Ik ben vooral blij dat u eind van de maand zult samenkomen met alle vertegenwoordigers van de tabaksindustrie om het nut van de dierproeven te evalueren.

Ik begrijp niet waarom de ethische commissies niet openbaar zijn. Ik heb begrepen dat dat uit voorzichtigheid gebeurt, maar ik zie het nut daarvan niet in. In Nederland zijn ze wel openbaar.

01.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: Pour la sérénité de leurs travaux, je suppose.

01.07 **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Ik denk dat dierenactivisten zouden kunnen worden

gerustgesteld als zij wat meer inzage in bepaalde dossiers krijgen. Ik denk dat dat een belangrijke stap zou zijn. Ik zou dan ook willen pleiten voor een grote openbaarheid van die commissies.

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

02 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het behoud van het Instituut Pasteur" (nr. 4023)
02 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le maintien de l'Institut Pasteur" (n° 4023)

02.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Dit is een totaal ander onderwerp.

Ik kom terug op het voortbestaan van het Instituut Pasteur. In uw antwoord op een eerdere vraag van mij in onze commissie op 29 januari hebt u aangekondigd een gesprek te zullen voeren met de vertegenwoordigers van de vzw Les Amis de l'Institut Pasteur van Brussel. Tijdens dat onderhoud zou u hen voorstellen om samen te werken met het Réseau International des Instituts Pasteur te Parijs, zodat de naam Pasteur behouden kan blijven.

Ondertussen is in het Belgisch Staatsblad van 5 februari 2008 het koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 maart 1968, houdende de oprichting van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid van het ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin als wetenschappelijke inrichting van de Staat, verschenen.

Dit KB omschrijft het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid als een wetenschappelijke instelling bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. De opdrachten die krachtens dit besluit toegewezen worden aan het WIV zijn zeer algemeen en maken geen melding meer van het Instituut Pasteur, noch van zijn specifieke opdrachten, voornamelijk inzake de preventie en de behandeling van rabiës bij mens en dier, de verdeling van het rabiësvaccin, wetenschappelijk onderzoek, enzovoort. Het is trouwens merkwaardig dat dit KB werd ondertekend door de gewezen minister Flahaut. De uitvoering ervan wordt evenwel aan u toegewezen.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vraag. Welke gevolgen zal dit KB hebben voor het Pasteurinstituut, onder meer wat betreft de preventie, via preventieve en curatieve vaccinatie, van menselijke rabiës in België?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je vous remercie.

En effet, nous en avons discuté à plusieurs reprises au sein de cette commission, notamment à l'initiative de Mme della Faille. Comme je m'y étais engagé, j'ai rencontré des représentants des "Amis de l'Institut Pasteur". Au cours de la réunion, j'ai promis que je maintiendrais le niveau actuel de la recherche et les moyens qui y sont affectés. Je me suis également engagée à créer une commission au sein du conseil scientifique de l'Institut de Santé publique (ISP), qui me fera directement rapport sur ce point.

Pour rappel, j'avais pris pour engagement d'intégrer l'Institut, de lui permettre de conserver son nom "Pasteur", de préserver sa participation au réseau des Instituts Pasteur avec Paris, de favoriser le maintien de son niveau de recherche à travers un conseil scientifique indépendant.

S'agissant du réseau international des Instituts Pasteur, comme je vous l'ai dit, cela ne pose pas de problème. Nous avons d'ailleurs reçu une lettre datée du 21 janvier, qui le confirme.

Je suis persuadée que l'intégration dans l'ISP crée de nouvelles opportunités. Vous devez savoir qu'il travaille sur deux programmes en collaboration avec le réseau Institut Pasteur de Paris: "Buruli ulcer" et "Genetica mycobacteriae".

L'arrêté royal que vous avez ensuite cité ratifie la mission et la tâche de l'ISP en tant qu'institut scientifique fédéral, sur la base de l'audit du conseil scientifique de l'ISP du 13 juin 2005, de la décision du groupe directeur du projet Jenner du 6 mai 2007, soutenu par le SPF P&O, et de l'avis favorable de la Commission interministérielle de la Politique scientifique du 16 juillet 2007. Cet arrêté intègre les tâches de l'Institut

Pasteur dans la mission de recherche, les avis d'experts, et les prestations de services de l'ISP. Cette mission comprend également la prévention et le traitement de la rage chez l'homme et l'animal.

D'ailleurs, pour renforcer le laboratoire de référence "Rage et Virus neurotropes", une vacance de poste pour un chercheur a été publiée au Moniteur du 21 février dernier. Ceci confirme ma volonté de maintenir les possibilités actuelles de la recherche au sein des anciennes priorités de l'Institut Pasteur.

Finalement, je voudrais attirer votre attention sur le fait que les chercheurs de l'ISP n'ont de possibilités de promotion que sur la base de leurs contributions scientifiques sous la forme de doctorats, de publications scientifiques ou d'une reconnaissance scientifique internationale – gage important pour la qualité du travail et des personnes.

02.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, ik was gewoon bezorgd omdat ik in het koninklijk besluit de naam Pasteur niet meer terugvond. Ik zie echter dat u uw pleidooi nog altijd voortzet en dat u erop staat dat het onderzoek in verband met rabiës wordt voortgezet. Ik ben dus gerustgesteld dankzij uw antwoord.

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

03 Questions jointes de

- **M. Maxime Prévot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les 'shoots' d'adolescents au gaz de briquets" (n° 4045)**

- **M. Claude Eerdeken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la recrudescence de vente de bonbonnes de gaz destinées à recharger des briquets" (n° 4358)**

03 Samengevoegde vragen van

- **de heer Maxime Prévot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het snuiven van het gas van aanstekers door adolescenten" (nr. 4045)**

- **de heer Claude Eerdeken aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijgende verkoop van gasflesjes voor het navullen van aanstekers" (nr. 4358)**

03.01 Maxime Prévot (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, comme vous le savez, il y a quelques semaines, alors qu'on s'apprêtait à poser des questions relatives aux "shoots" d'adolescents, suite à l'émoi du bourgmestre de Dinant transmis par la presse, nous n'avions pas pu poursuivre l'examen de l'ordre du jour de la commission, en nous arrêtant précisément à cette question. Quarante-huit heures plus tard, le bourgmestre d'Andenne devait faire face à une nouvelle manifestation tragique de ce phénomène. Aujourd'hui, nous sommes à nouveau invités à vous poser la question alors que des faits semblables se sont produits ces derniers jours.

À Barvaux, cinq adolescents ont été gravement brûlés, certains au troisième degré étant dans un état critique, et cela quelques jours à peine après le drame d'Andenne. L'accoutumance aux "shoots" au gaz de briquet n'est pas sans poser des questions: au-delà du danger encouru par les adolescents lorsqu'ils sniffent tout en fumant, puisque la cigarette a été la cause de la détonation, à Barvaux comme à Andenne, ce gaz provoque des lésions. Les autorités médicales attirent l'attention sur ce fait: le sniff de pareils gaz n'est pas sans risques pour la santé. L'inhalation régulière – et même occasionnelle d'ailleurs, peut provoquer de terribles migraines mais aussi des altérations très graves dans le fonctionnement des reins, du foie, du système nerveux et des dégradations des poumons. Cela en fait une épineuse et urgente question de santé publique.

Après ces accidents tragiques, les premières réactions des autorités ne se sont pas fait attendre. Les bourgmestres de Dinant et d'Andenne ont pris une ordonnance de police pour interdire la vente de ces petites bonbonnes de gaz aux moins de 16 ans. Des propositions de loi sont en germe sur ce sujet. Mme Fonck, ministre en charge de la Santé et de l'Aide à la jeunesse en Communauté française a pris une circulaire à l'égard des établissements ou services en contact régulier avec les jeunes pour attirer leur attention sur ce phénomène.

Il semblerait d'ailleurs que ce phénomène ne se cantonne pas au Sud du pays: la vente de ce produit est

exponentielle sur l'ensemble du territoire, ce qui suscite quelques interrogations.

Interdire, du jour au lendemain, la vente de tous ces produits me paraît délicat. En restreindre la vente aux jeunes âgés de plus de 16 ans peut constituer un début de solution. Est-ce à dire que cela mettra un terme à ces agissements? On en doute car la créativité est parfois sans borne. Souvenez-vous, il y a quelques années, c'était les dissolvants de Tipp-Ex qui étaient prisés par les jeunes; on n'a donc plus vendu le duo avec dissolvant mais uniquement le Tipp-Ex. Puis est venu le tour de produits comme la colle à bois, et on en trouvera certainement, tristement et dramatiquement, d'autres demain.

Face à l'acuité de ce problème, l'importance de l'enjeu et les risques pour la santé publique particulièrement d'un public jeune, il me semblait intéressant de recueillir votre avis, madame la ministre, pour voir dans quelle mesure vous aviez la capacité d'agir, d'activer l'un ou l'autre outil, pour contribuer à l'enrayement de ce phénomène et savoir quelles sont les actions que vous pourriez envisager d'entreprendre rapidement.

03.02 Claude Eerdekens (PS): Madame la présidente, madame la vice-première ministre, le problème des assuétudes et de la toxicomanie est vaste.

Il est mené en Belgique des campagnes de prévention qui relèvent des Communautés. Malgré tout ce qui est entrepris pour prévenir ce type de dérive, l'imagination des jeunes et des moins jeunes est parfois telle qu'on s'engouffre dans la consommation de produits particulièrement dangereux.

Personnellement, voici dix semaines, j'ai découvert, lors d'une rencontre avec des directions d'écoles de l'enseignement secondaire de ma commune, qu'il y avait un problème d'utilisation de bombes-recharges de briquets qui étaient inhalées, provoquant une sensation un peu euphorisante pendant quelques dizaines de secondes après l'inhalation. Dès que cesse l'inhalation, l'apport d'oxygène provoque l'illusion pendant 30 secondes d'un certain bien-être. J'ai découvert avec stupéfaction cette nouvelle forme d'assuétude, sans imaginer que trois semaines plus tard, quatre jeunes filles qui avaient chacune acheté une bombe chez une commerçante à 100 mètres de là, allaient dans les toilettes de l'hôtel de ville, provoquer une explosion et se sont retrouvées brûlées car l'une des quatre a allumé une cigarette dans une pièce confinée.

J'ai appris par l'expert de la police fédérale venu sur place que ce gaz avait la particularité de ne monter ni descendre, il reste en stagnation là où il a été diffusé. Dès lors qu'on consomme ce gaz debout ou assis, en cas d'étincelle, l'explosion se propage à toutes les personnes se trouvant près de ces bonbonnes.

Paradoxalement, ce qui est arrivé à Barvaux ne m'a pas surpris, car j'étais persuadé que cela allait se reproduire. Et je ne suis pas convaincu que cela ne se reproduira pas encore. En effet, l'accident d'Andenne, de même que celui de Barvaux, a été repris dans les médias, ce qui a créé une publicité pour ce produit. Les jeunes savent maintenant qu'au lieu d'acheter très cher des produits interdits auprès d'un dealer, il suffit d'acheter une bombe de recharge de briquet qui vaut un peu plus de trois euros.

Pour ma part, je ne vois pas de différence entre un dealer qui achète de l'héroïne à Maastricht pour la revendre à Liège et un commerçant qui vend ces bombes en sachant que 98% des acheteurs ne les utilisent pas pour les briquets mais pour en inhaler le gaz. Ce sont deux formes de deal, qui font l'objet de poursuites dans un cas et non dans l'autre. Je ne suis d'ailleurs pas sûr que des poursuites pénales ne pourraient pas être entreprises à l'égard des commerçants qui vendent sciemment des produits dont ils savent qu'ils sont détournés de leur utilisation première.

Nous n'arrêterons jamais la folie qui pousse les jeunes ou les moins jeunes à se détruire. La toxicomanie est liée à l'existence de l'humanité. Mais il faut prendre des mesures. J'ai rencontré la directrice de l'école où étaient inscrites ces quatre jeunes filles. L'une d'entre elles, parce qu'elle inhalait ces gaz depuis un peu plus d'un an, avait perdu près de 60% de sa capacité pulmonaire. Donc, après deux années d'inhalation de ces gaz, un jeune peut se retrouver aussi détruit qu'un ouvrier mineur qui a passé quarante ans au fond d'une mine.

Je plaide non pas pour l'interdiction de ces produits, qui sont inoffensifs pour autant qu'on ne les détourne pas de l'objet pour lequel ils ont été fabriqués, mais pour l'interdiction de leur vente aux mineurs. Comme pour l'alcool, il faut fixer une limite et prendre une mesure générale. Les arrêtés de police pris à Dinant l'ont été pour une durée limitée dans le temps, face à une situation exceptionnelle, en attendant une mesure fédérale.

Je plaide ici pour que soit très rapidement mis au point par le gouvernement un texte interdisant la vente de ce produit spécifique aux mineurs. Je sais qu'on pourra toujours contourner l'interdiction, par exemple en les achetant dans un pays voisin, mais c'est le devoir du gouvernement de rendre plus difficile pour les jeunes l'accès à ces bombes pouvant provoquer une explosion ou des dégâts physiologiques importants. Tous les bourgmestres et responsables de ce pays attendent une initiative du gouvernement et une décision du parlement.

03.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, figurez-vous que nous avons évoqué ce phénomène au sein de cette commission avant que ce drame ne survienne à Andenne.

Nous avons eu la confirmation que ce phénomène était à la mode dans certains milieux de jeunes, notamment autour des écoles. Je soutiens d'ailleurs vos propos sur la dangerosité de l'utilisation de ce produit provoquant une dépendance.

Vous l'avez également chacun dit, ce phénomène revient régulièrement à la une de l'actualité avec chaque fois des produits différents. On a connu la période où il était à la mode de se shooter avec certains solvants ou Tipp-Ex.

Régulièrement, on est confronté au détournement de l'utilisation d'un produit ordinaire pour tenter d'avoir de la drogue à bon marché, ce qui a des effets extrêmement problématiques sur la santé publique.

Dans un premier temps, j'ai demandé une étude de prévalence. Je pense qu'une telle étude est utile pour estimer l'ampleur et l'envergure de ce phénomène. Dès lors, le centre d'alerte précoce du Point focal national sur les drogues a été informé et a commencé à collecter des données sur le phénomène en Belgique – comme vous l'avez dit, ce n'est pas limité à une région. Il est notamment en train de collecter des données auprès des travailleurs sociaux de rues. Ceux-ci peuvent en effet constituer un apport d'informations assez important.

Est-ce qu'il faut en termes de santé publique intervenir par l'interdiction de vente?

Il est compliqué de répondre à cette question. D'abord si tel était le cas, je pense que les ministres de l'Intérieur et de l'Économie seraient directement responsables. En effet, si l'alcool et le tabac sont des produits nocifs pour la santé, ce n'est pas le cas ici. Le produit n'est pas nocif en soi. C'est l'utilisation qui en est faite qui peut avoir un effet nocif. Il s'agirait donc d'une mesure d'ordre public. C'est d'ailleurs sur cette base que vous avez pris des dispositions en tant que bourgmestre dans votre commune, monsieur Eerdekens. Au niveau fédéral, cela relèverait donc de la compétence de mon collègue Dewael en premier chef.

Par ailleurs, on a des interventions – je me réfère à l'article publié – du type Infor-Drogues. Il y a eu en effet un certain nombre de cartes blanches, de discussions autour du sujet et c'est une bonne chose. Interrogée, la personne en question dit ceci: "Notre mode de vie réclame de très nombreux solvants porteurs de risques potentiels. Cependant, on ne protégera pas la jeunesse simplement en lui interdisant l'achat de bonbonnes de gaz. Qu'est-ce que ce type de mesure va apprendre aux adolescents? L'expérience des drogues déjà illicites (cannabis, ecstasy, cocaïne, etc.) nous démontre que l'interdit n'empêche pas l'expérimentation et les consommations. Loin de là. Plutôt que d'interdire à tout crin et de déresponsabiliser, ne protégerait-on pas davantage la jeunesse en la responsabilisant au fil des ans pour que les risques à sa portée puissent petit à petit être évités, en lui donnant les capacités de comprendre et de décider progressivement d'un certain nombre de choses par elle-même et pour elle-même?".

En ce qui concerne les jeunes et leur santé, Mme Fonck est déjà intervenue pour dire qu'il faut des mesures de prévention. Je mettrai le point à l'ordre du jour de la prochaine Conférence interministérielle. On va notamment discuter de la vente d'alcool aux moins de 16 ans. Ce sera donc une discussion globale.

Pour les commerçants, j'entends bien ce que vous dites: sciemment, ils vendent en détournant l'esprit du commerce sur les choses licites, puisqu'ils connaissent l'utilisation, porteuse de problèmes de santé auprès des jeunes. Comment intervenir? Je pense qu'il est impossible de prendre une mesure d'interdiction générale, mais vous pouvez en parler avec le ministre de l'Intérieur et voir toutes les implications. Quant aux campagnes de prévention, j'attends les résultats de l'enquête.

Pour le moment, je réfléchis. Il faut oser le dire en tant que responsable politique, je n'ai pas de baguette

magique pour dire ce qui est le mieux en la matière. À l'époque, on aurait dû interdire certaines colles car les jeunes se frottaient des colles sur les bras pour sniffer. Mais il est difficile d'interdire la vente de colles dans les supermarchés.

Ces mesures d'interdiction semblent être une réponse choc et importante. Peut-être sont-elles nécessaires dans des mesures d'ordre public comme on les a prises dans vos communes – je ne les remets pas en cause – mais prendre une mesure générale, c'est un peu compliqué. On va donc travailler sur la prévention et sur l'ampleur du phénomène, et réfléchir aux mesures à prendre pour essayer de le contenir. Mais je n'ai pas de réponse satisfaisante à vous donner à l'heure actuelle.

03.04 Maxime Prévot (cdH): Merci, madame la ministre. Effectivement, il n'y a pas de solution miracle, sans quoi nous aurions déjà pu la définir. Je reste circonspect quant à l'opportunité d'une interdiction générale. Nous pouvons constater que la vente de tabac et d'alcool est également interdite aux mineurs, ce qui ne les empêche pas de fumer ni de consommer de l'alcool, de plus en plus tôt d'ailleurs. Si nous rendons au moins l'accès à ces produits plus difficile, comme le dit M. Eerdekens, cela serait déjà une amélioration.

Mais cela n'empêchera pas les jeunes d'être créatifs pour se procurer une drogue ou l'autre. L'article que vous avez lu l'explique très bien, le problème est beaucoup plus complexe. Il y a en amont la question de l'éducation, de la responsabilisation, le rôle des parents, etc. Nous n'allons pas nous embarquer dans ce débat maintenant, car il serait sans fin.

Si, nous basant sur des motifs de santé publique, nous devons prendre une disposition d'interdiction générale, il serait particulièrement difficile de déterminer la charge de la preuve. Comment prouver qu'un commerçant a vendu ce produit en sachant que c'était à destination d'un usage dévié? Indépendamment du principe de l'interdiction, la mise en œuvre du contrôle de l'efficacité de la mesure serait on ne peut plus complexe.

Par contre, cela me réjouit que vous inscriviez ce point à l'ordre du jour de la prochaine Conférence interministérielle, parce que je pense qu'il faut essentiellement travailler sur la prévention. Autant les récents événements ont procuré de la publicité à un phénomène qui n'en méritait guère, autant cela a peut-être permis à certains parents ou éducateurs ayant découvert ces petites bouteilles de se rendre compte qu'il y avait matière à discussion avec leurs adolescents pour les conscientiser face à ce dramatique phénomène.

03.05 Claude Eerdekens (PS): Madame la vice-première ministre, j'ai lu comme vous les propos d'Infor-Drogues. Je pense que les professionnels du secteur, qui font du curatif et de la prévention et qui connaissent bien leur métier, sous-estiment la gravité du problème. Par exemple, dans ma ville, une structure s'occupe de la prévention et du curatif en toxicomanie et distribue de la méthadone avec l'accord du parquet. C'est une équipe pluridisciplinaire. Ils n'ont découvert ce phénomène qu'il y a quelques semaines.

Il y a six mois, ils n'en avaient jamais entendu parler et ils sont tout surpris de constater qu'il s'agit dans une ville de la première cause de toxicomanie. Ce phénomène s'accélère, amplifié de surcroît par la publicité que lui confèrent les médias. Je suis très inquiet et je pense qu'il y a une responsabilité des commerçants en la matière. D'ailleurs, dans un cas précis, le conseil communal va autoriser le collège à se constituer partie civile contre X et notamment contre les commerçants qui ont vendu sciemment le produit.

Vous devez savoir que dans certains coins des villes wallonnes – cela semble être moins le cas en Flandre ou à Bruxelles – on retrouve des dizaines de bonbonnes dans des lieux publics, près des complexes sportifs, des terrains de football. C'est devenu la drogue du pauvre, qu'on peut se procurer pour 3 euros, c'est-à-dire pour rien du tout, sans que les parents soient au courant. Les parents sont consternés!

Cette utilisation intempestive crée une accoutumance. J'ai rencontré hier le bourgmestre d'une commune voisine dont l'une des victimes d'Andenne est originaire. À peine sortie de l'hôpital, l'une des rescapées de l'explosion de l'hôtel de ville est allée chez une commerçante dans la commune à côté de la mienne pour y acheter une bonbonne. Vous imaginez la gravité de la chose, alors que ces enfants sont suivis par les structures s'occupant de prévention de la toxicomanie. Il faut faire quelque chose!

Personnellement, la seule chose que j'ai pu faire, en limitant la mesure dans le temps, c'est une interdiction de vente, qui vaut ce qu'elle vaut. Je connais les limites de l'interdit et je sais que les anars disaient "Il est

interdit d'interdire". Néanmoins, on ne peut pas rester passif: il s'agit d'un problème de responsabilité objective et de responsabilité morale.

03.06 Laurette Onkelinx, ministre: (...) D'autre part, je vous informerai de la discussion qui aura lieu lors de la Conférence interministérielle du mois de juin, éventuellement à l'occasion d'une interpellation commune.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en cause de l'efficacité des antidépresseurs" (n° 4034)**

- **Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'efficacité des antidépresseurs de dernière génération" (n° 4220)**

04 Samengevoegde vragen van

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geuite twijfels over de werkzaamheid van antidepressiva" (nr. 4034)**

- **mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doeltreffendheid van antidepressiva van de nieuwste generatie" (nr. 4220)**

04.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, j'avais reporté cette question car ma collègue Colette Burgeon était malade la fois dernière.

Madame le ministre, une étude britannique récente a remis en cause l'efficacité des antidépresseurs comme le Prozac et le Zerotat. Cette étude implique par ailleurs que la prescription d'antidépresseurs n'est justifiée qu'en cas de très grave dépression. Pharma.be a, en revanche, contesté cette étude.

Madame la ministre, disposez-vous à ce jour d'une étude de vos services concernant ces types de traitement permettant, d'une part, de connaître l'efficacité de ces produits et quels sont ceux ayant un réel résultat et, d'autre part, de moduler les taux de remboursement de ces produits en fonction de leur efficacité réelle?

En effet, nombre de nos concitoyens ont recours à ces traitements coûteux pour la sécurité sociale belge. Cela permettrait donc de fournir à ceux qui en ont besoin des médicaments appropriés en faisant économiser à la sécurité sociale des sommes importantes.

04.02 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je remercie M. Flahaux d'avoir accepté de reporter sa question et M. Prévot de nous permettre de passer avant lui. On m'attend en effet dans une autre commission.

La presse a longuement relaté voilà quelques semaines les résultats d'une étude publiée le 25 février par la revue en ligne "PLoS Medicine" relative à l'efficacité des antidépresseurs de la génération la plus récente. Ces derniers n'auraient, je cite, "guère plus d'efficacité clinique qu'un placebo, une pilule qui a l'apparence d'un médicament mais aucun effet pharmacologique".

Cette sentence est le fruit d'une étude scientifique menée par une équipe anglo-américano-canadienne conduite par le professeur Irving Kirsch, de l'université de Hull en Grande-Bretagne. Il a repris l'ensemble des données publiées et non publiées concernant 4 antidépresseurs: la fluoxétine (Prozac des laboratoires Eli Lilly), la venlafaxine (Effexor des laboratoires Wyeth), la nefazodone (Serzone des laboratoires Bristol-Myers Squibb) et la paroxétine (Deroxat des laboratoires GlaxoSmithKline).

Selon cette étude, la différence avec un placebo ne s'accroît qu'en fonction de la sévérité de la dépression mais reste relativement ténue, ce qui confirme les résultats de quelques analyses précédentes qui démontraient déjà que les bénéfices les plus importants de ces médicaments survenaient face aux dépressions les plus sévères. Cette étude semble donc bel et bien démontrer qu'en l'absence de dépression profonde, l'effet chimique des antidépresseurs est quasi inexistant. Voilà qui conforte l'avis de certains psychiatres qui recommandent plutôt de mener une psychothérapie en cas de dépression légère ou modérée et de réserver les antidépresseurs aux seuls cas pour lesquels cette prise en charge ne fonctionne

pas.

Dès lors, mes questions sont les suivantes, madame la vice-première ministre.

Premièrement, des études comparables ont-elles déjà été menées en Belgique? Dans l'affirmative, les résultats sont-ils conformes à ceux de l'étude anglo-saxonne? Sinon, ne serait-il pas opportun de vérifier la validité des résultats obtenus?

Deuxièmement, quelle est la consommation annuelle en Belgique des 4 antidépresseurs ainsi concernés?

Troisièmement, si les résultats de l'étude menée à l'université de Hull devaient être confirmés, quelles seraient vos recommandations?

04.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, j'ai évidemment pris connaissance des résultats de cette publication britannique.

Tout d'abord, permettez-moi de préciser qu'il ne s'agit pas d'une enquête, mais d'une méta-analyse, c'est-à-dire la sommation des résultats de toutes les études réalisées sur les antidépresseurs, publiées ou non, et d'une bonne qualité méthodologique.

L'auteur principal, le professeur Irving Kirsch, de l'Université du Connecticut, tente déjà depuis plusieurs années de démontrer le manque de preuves d'efficacité des antidépresseurs; ses prises de position sont controversées dans le monde scientifique et il ne fait certes pas l'unanimité. Je n'affirme pas pour autant qu'elles sont mauvaises.

Par ailleurs, plusieurs antidépresseurs ne sont pas inclus dans cette méta-analyse. Ceci n'enlève rien à la pertinence des résultats publiés par Kirsch au départ des données récoltées sur quatre antidépresseurs, parmi les plus utilisés dans notre pays.

En mai 2006, l'INAMI a organisé une conférence de consensus sur l'usage efficace des antidépresseurs dans le traitement de la dépression. Le rapport de cette conférence publié sur le site de l'INAMI conclut aux incertitudes quant à l'efficacité et/ou l'importance de l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression. Il rappelle que le traitement d'une dépression reste un problème complexe; d'une part, par rapport au diagnostic dont les outils sont hétérogènes du point de vue de la symptomatologie étudiée et, d'autre part, car les études cliniques réalisées sont non seulement souvent de courte durée, mais aussi accordent trop peu de place à l'analyse des effets secondaires. Le jury de la conférence souhaite donc que des études de plus longue durée soient entreprises, ainsi que des études sur la prise en charge non médicamenteuse de la dépression.

Par ailleurs, tant l'analyse de Kirsch que le rapport du jury soulignent par contre l'intérêt de ces médicaments dans les formes sévères de la dépression. Du point de vue du clinicien, il semble aussi difficile d'établir des critères permettant d'évaluer précisément la sévérité de la dépression diagnostiquée.

Ces éléments de discussion et le rapport ont été envoyés à tous les médecins. Les organes scientifiques des médecins sont donc tout à fait à même de les utiliser pour attirer l'attention des cliniciens sur la manière la plus appropriée de prendre en charge ces patients, en particulier en ne pratiquant pas un recours systématique aux traitements médicamenteux.

Une autre conférence de consensus a eu lieu en 2007 visant à faire le point sur l'utilisation des antidépresseurs dans des indications autres que la dépression. Son rapport vient lui aussi d'être publié; il invite tous les intervenants concernés par la prescription ou la prise d'un antidépresseur à repreciser la place exacte de ces médicaments dans la prise en charge des patients par rapport à l'indication qui a motivé la prescription.

Enfin, je soutiens la rédaction de recommandations ("guidelines") pour la pratique, pour les médecins de première ligne dans la prise en charge de la dépression, ainsi que toutes les activités de formation et d'évaluation dans ce domaine.

En effet, ce n'est pas tant l'efficacité des antidépresseurs pris individuellement qui est mise en cause dans cette analyse mais bien la façon dont ils seraient utilisés par les cliniciens. Efficaces et utiles dans les

dépansions sévères, ils sont évidemment moins utiles dans les dépansions légères où la prise en charge non médicamenteuse devrait être favorisée.

Je préfère donc mettre l'accent sur l'information correcte des cliniciens par le biais de conférences de consensus ou de "guidelines" que de créer de nouvelles barrières administratives via un chapitre IV, à savoir l'accord préalable du médecin-conseil nécessaire pour l'obtention du remboursement.

04.04 Jean-Jacques Flahaux (MR): Très objectivement, je suis tout à fait d'accord avec l'analyse et la philosophie de Mme la ministre. Néanmoins, Mme Burgeon et moi-même serons certainement attentifs au suivi.

04.05 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je partage ce que vous venez de dire. Il est important d'informer tous les médecins qui peuvent prescrire ces médicaments car, selon moi, la consommation est surdimensionnée par rapport à ce qui a été dit ici. Cela nous conforte un peu quant à la diminution des prescriptions de tels médicaments.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Question de M. Maxime Prévot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins (MRS)" (n° 4046)

05 Vraag van de heer Maxime Prévot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis (RVT)" (nr. 4046)

05.01 Maxime Prévot (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, pour poursuivre sur une aussi jolie envolée, j'espère pouvoir conclure en disant que je partage votre réponse à 100%!

L'enjeu est réellement de taille. En effet, madame la ministre, l'arrêté royal du 21 septembre 2004 sur les normes pour l'agrément spécial comme MRS, entré en vigueur au 1^{er} décembre 2004, fixe les normes applicables aux agréments de lits dans les maisons de repos et de soins, de places de centres de soins de jour.

L'ultime date de mise en conformité à certaines normes architecturales des bâtiments existant à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté y est fixée au 1^{er} janvier 2010. Dans l'ensemble du secteur, il s'agit d'une date qui suscite autant l'interpellation que l'émoi, car la mise en œuvre de ces normes induira des frais importants pour de nombreuses maisons de repos et de soins. Ainsi, la superficie minimale d'une chambre individuelle est fixée à 12 m². De ce fait, de nombreuses institutions, publiques ou non, seront amenées à entreprendre d'importants travaux, dont l'exécution reposera pour bonne part sur un financement régional qui n'est pas encore fixé – cela n'est évidemment pas de votre ressort – et dont on peut peut-être douter de la disponibilité en importance et en rapidité pour pouvoir effectivement répondre à toutes les sollicitations qui seront inévitablement celles du secteur et qui le sont déjà, même si pour l'anecdote, quelques millions d'euros ont été dégagés par le gouvernement il y a quelques jours.

Pour ne prendre qu'un exemple visant à illustrer mon propos, celui de la maison de repos et de soins "Les jours heureux" située à Éghezée, une pittoresque commune au nord de Namur, exemple qui m'a été soufflé à l'oreille par une personne que vous avez probablement connue qui n'est autre que Pierre Beaufays, ancien député, dont on connaît la qualité du travail, la superficie actuelle des chambres individuelles est de 11,45 m². Donc, pour 55 cm² manquants, on risque d'être confrontés à des surcoûts d'une ampleur démesurée. En effet, l'adjonction de ces 55 cm² va demander d'importants travaux estimés à près de 30 millions d'anciens francs, afin de récupérer de l'espace en modifiant les murs de séparation entre les chambres et les couloirs.

Au vu de ces éléments - la réponse est particulièrement attendue par l'ensemble du secteur, puisqu'ils sont tous confrontés à l'échéance qui se rapproche (2010) avec des frais importants pour répondre aux normes et dont les budgets sont difficilement mobilisables -, j'aurais voulu savoir si vous pouviez envisager une dérogation pour les institutions s'écartant de moins de 10% de la superficie requise et qui satisfaisaient aux

normes lors de leur agrément initial. On leur laisse ainsi une marge de manœuvre pour ne pas chicaner au cm² près tout en laissant une capacité d'être dans les normes pour une série d'institutions.

Peut-on prétendre que les bénéficiaires de ces installations seront moins bien logés s'il manque 50 centimètres carrés? Pas nécessairement, mais les montants nécessaires pour l'adjonction de ces quelques centimètres carrés manquants pourraient être utilisés à autre chose.

À défaut de cette marge de manœuvre, ne serait-il pas envisageable de prévoir des mesures transitoires pour les institutions qui satisfaisaient aux normes requises lors de leur construction, les exigences actuelles restant valables pour les nouvelles constructions ou en cas de transformations?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Prévot, le problème que vous soulevez est déjà en discussion depuis plusieurs mois au sein d'un groupe de travail inter-cabinets sur la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées. Il s'agit d'un groupe informel qui ne s'est pas arrêté de travailler malgré les soubresauts de la vie politique belge.

Lors de la réunion du comité de concertation du 7 mars 2007, le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale avait attiré l'attention sur la difficulté de respecter les normes de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 dans le délai imparti, pour des raisons budgétaires incontournables. Dès lors, le comité de concertation a décidé de créer un groupe de travail avec des représentants de l'autorité fédérale et des Régions. Le sujet a été abordé par le groupe de travail qui s'est réuni le 23 mars et le 19 avril. Lors de sa réunion du 25 avril 2007, le comité de concertation a décidé, après avoir pris connaissance du rapport, de ne pas postposer l'entrée en vigueur des mesures – c'était sous l'ancienne législature – mais de permettre aux Communautés et Régions de phaser l'échéancier prévu sur base de demandes motivées, à condition que cette demande soit accompagnée d'un plan financier précis.

Le groupe de travail a poursuivi ses travaux, avec plusieurs aspects à l'ordre du jour:

- adapter la législation MRS conformément à la décision du comité de concertation d'avril;
- adapter la législation MRS dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins dispensés;
- simplifier la législation MRS en supprimant les normes qui font double emploi avec celles contenues dans les législations des Communautés et Régions, conformément à l'avis du groupe permanent MRS du Comité national des établissements hospitaliers;
- étudier la possibilité d'une aide financière de l'autorité fédérale pour cette mise en conformité.

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises et un protocole d'accord a été élaboré.

Suite à ces travaux, la Conférence interministérielle Santé publique du 11 mars dernier a marqué son accord pour l'adaptation de l'arrêté royal conformément à la notification du comité de concertation du 25 avril 2007. La possibilité est donc donnée aux Communautés et aux Régions d'accorder à certaines institutions un phasage pour l'entrée en vigueur de certaines normes. Nous ne revoyons pas à la baisse les normes pour le bien-être des personnes âgées et la qualité des soins – je n'étais pas d'accord non plus, comme vous l'avez évoqué. Toutefois, nous devons prendre en compte certaines difficultés, raison pour laquelle nous avons accepté ce phasage.

Quant au soutien de l'autorité fédérale pour le financement, j'ai plus que des réticences. À partir du moment où une matière est régionalisée, il y a une autonomie, une responsabilité financière à assumer. Sinon, nous nous retrouverons devant des gouffres de problèmes dans les années à venir.

05.03 Maxime Prévot (cdH): Je n'avais guère d'illusions quant à la capacité de disposer d'une intervention financière du fédéral, au regard de la situation budgétaire délicate que l'on connaît. C'était d'ailleurs une des questions posées lors des discussions qui ont eu lieu. Par contre, je me réjouis qu'il ait été possible très récemment d'entériner une proposition, un accord visant à permettre aux Communautés et aux Régions d'octroyer au cas par cas, selon une demande motivée des MRS elles-mêmes, un délai au-delà de 2010. Une marge de manœuvre a-t-elle été précisée par la ministre? S'agit-il d'un délai qui, par exemple, ne pourrait excéder cinq années ou aucune échéance n'a-t-elle été fixée?

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je vous transmettrai le protocole afin que vous disposiez de l'ensemble des indications.

05.05 **Maxime Prévot** (cdH): Je vous remercie.

Cela permettra aux autorités fédérées concernées d'apporter des éléments de réponse ainsi qu'un ballon d'oxygène phasé dans le temps qui tienne compte des capacités des maisons de repos et de soins publiques comme privées de mobiliser des fonds de leur côté. Les entités fédérées ne disposent pas non plus nécessairement de l'ensemble de l'enveloppe nécessaire au titre de contribution en interventions, en subsides pour la mise en œuvre de ces transformations. Il s'agit donc plutôt d'une bonne nouvelle. Nous attendrons de voir la manière dont elle prendra forme.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 **Question de M. Maxime Prévot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation de la vente des produits non liés à une prescription médicale en pharmacie" (n° 4047)**

06 **Vraag van de heer Maxime Prévot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijgende verkoop in apotheken van producten zonder medisch voorschrift" (nr. 4047)**

06.01 **Maxime Prévot** (cdH): Aujourd'hui, plus de la moitié des produits vendus en pharmacie ne sont pas liés à une prescription médicale. Le panel est très large: il va de produits cosmétiques aux compléments alimentaires ou aux tétines pour bébés. Ces produits échappent à l'enregistrement auprès du ministère de la Santé alors que plusieurs prétendent avoir un effet sur la santé des consommateurs et au contrôle des prix du ministère des Affaires économiques alors qu'ils représentent 31% de la valeur du marché. On peut donc s'interroger sur les risques que ces produits échappant à tout contrôle pourraient faire courir à la santé des citoyens, d'autant plus enclins à leur accorder leur confiance qu'ils sont vendus en pharmacie.

Mes questions sont aussi sobres que restreintes. Quelle est votre avis sur cette situation? Comptez-vous prendre des mesures pour encadrer la vente de produits hors prescription dans les pharmacies ou à tout le moins pour améliorer l'information s'y rapportant? De manière générale, ne pensez-vous pas qu'il convient de soumettre tous les produits vendus en pharmacie à un contrôle, à une vérification par les services du ministère de la Santé, et plus particulièrement les compléments alimentaires dont on vante les effets en matière de santé?

06.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les compléments alimentaires doivent être notifiés avant d'être mis sur le marché, ceci en application d'un arrêté royal du 3 mai 1992 concernant la mise dans le commerce de nutriments et de denrées alimentaires auxquelles des nutriments ont été ajoutés et de l'arrêté royal du 29 août 1997 relatif à la fabrication et au commerce de denrées alimentaires composées de ou contenant des plantes ou préparations de plantes.

Cela signifie qu'avant de pouvoir être mis sur le marché, les compléments alimentaires doivent faire l'objet d'un dossier de notification auprès du SPF Santé publique. Ce dossier contient entre autres la liste des ingrédients, l'analyse nutritionnelle, des données relatives à la toxicité et à la stabilité des principes actifs ainsi que l'étiquetage du produit. Après une analyse approfondie du dossier, le SPF Santé publique envoie un accusé de réception contenant un numéro de notification et les remarques éventuelles auxquelles le fabricant doit donner suite. En cas d'infraction grave à la législation, le numéro de notification n'est pas attribué. L'utilisation d'une substance interdite est un exemple d'infraction grave.

Comme je l'avais déjà spécifié à l'occasion d'une de vos questions, les allégations de santé portant sur des denrées alimentaires (y compris les compléments alimentaires) sont réglementées au niveau belge par l'arrêté royal d'avril 1980 concernant la publicité pour les denrées alimentaires. Les allégations prophylactiques, thérapeutiques ou curatives ne peuvent en outre être associées à des produits non enregistrés comme médicaments. Au niveau européen, le règlement 1924 de 2006 harmonise les dispositions concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées. Ce règlement est entré en application le 1^{er} juillet dernier.

Les produits cosmétiques doivent également être notifiés avant d'être mis sur le marché, en application de l'arrêté royal du 15 octobre 1997 relatif aux produits cosmétiques.

Cet arrêté prévoit notamment que la sécurité de chaque produit cosmétique soit évaluée et que les preuves de l'effet revendiqué soient apportées. C'est l'application d'une directive européenne.

Le contrôle de la conformité des denrées alimentaires (y compris des compléments) mises sur le marché est une compétence de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire. En ce qui concerne les produits de santé et des compléments alimentaires vendus en pharmacie, cette compétence revient à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

L'étiquetage des cosmétiques et les allégations qui y sont associées sont aussi contrôlés par le service d'inspection de la Direction générale Animaux, végétaux et alimentation du SPF Santé publique. Sont par exemple interdites les indications susceptibles d'induire l'utilisateur en erreur sur les caractéristiques d'un produit. Donc les compléments alimentaires et les produits cosmétiques, qu'ils soient vendus en pharmacie ou non, sont soumis à des réglementations spécifiques strictes et font l'objet de contrôles réguliers afin d'assurer la sécurité d'utilisation. On peut aller vers toujours plus, toujours mieux, mais je pense que ces dispositions constituent déjà un ensemble important et adéquat pour la santé publique dans ce pays.

06.03 Maxime Prévot (cdH): Je me réjouis qu'il y ait déjà un panel de mesures déterminées pour opérer un contrôle, et je n'en attendais pas moins. Même si, sauf à me tromper, il s'agirait, dans la plupart des cas, surtout d'un contrôle a posteriori.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a un contrôle a priori et un contrôle a posteriori. Les deux. C'est encadré.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de M. Maxime Prévot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente des aliments santé" (n° 4048)

07 Vraag van de heer Maxime Prévot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van voedingsmiddelen voor de gezondheid" (nr. 4048)

07.01 Maxime Prévot (cdH): A priori j'imagine que la réponse que Mme la ministre vient de me fournir sera sensiblement la même pour la question que j'avais à lui poser ensuite et qui concerne les aliments, comme l'industrie agroalimentaire a qualifié certains aliments dont on vante les vertus sur la santé des consommateurs, comme tel yaourt qui assure une meilleure peau (je ne l'ai pas encore trouvé), tel chocolat une belle circulation sanguine, etc. On ne parle plus ici des pharmacies mais des grands magasins. Vu que ma question précédente se rapportait aux enjeux du contrôle, de la certification, de la réglementation sur les allégations santé de certains médicaments, a priori votre réponse sera la même.

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: (...).

07.03 Maxime Prévot (cdH): Je vous remercie, Mme la ministre, pour vos renseignements exhaustifs.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en considération des maladies chroniques" (n° 4033)

08 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aandacht voor chronische ziekten" (nr. 4033)

08.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, vous avez lancé le 10 mars dernier le Plan national de lutte contre le cancer. Nous savons tous combien ce programme vous et nous tient à cœur. Nous sommes très sensibles aussi bien aux questions de prévention et de dépistage qu'aux soins apportés à cette pathologie à partir de médicaments s'appuyant sur une recherche soutenue en moyens logistiques et financiers.

Les positions de l'OMS et de l'Union européenne vont dans le même sens, et je ne peux que m'en réjouir.

C'est en développant des synergies entre les différents niveaux de pouvoir que nous devons mener la lutte.

Pour rester dans le même ordre d'idées, pourriez-vous nous informer, madame la ministre, sur ce que vous comptez aussi faire en faveur d'une amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins aux patients atteints de maladies chroniques?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je voudrais tout d'abord attirer votre attention sur les efforts déployés par mon prédécesseur sous la précédente législature afin d'améliorer la couverture des coûts spécifiques des maladies chroniques: prise en compte dans le maximum à facturer de frais bien précis, remboursement des anti-douleurs et des pansements actifs, des frais de déplacement des patients cancéreux et des enfants en dialyse, des coûts relatifs à la nutrition médicale, etc.

En 2007, les dépenses spécifiques pour les patients chroniques du budget de l'assurance obligatoire en soins de santé se sont élevées à quelque 70 millions d'euros. Ce montant devient 75 millions d'euros à politique constante pour cette année. Par ailleurs, dans le cadre du budget 2008 de l'assurance obligatoire, il a été décidé d'amplifier les efforts en faveur des malades chroniques. Le Conseil général et le Comité de l'assurance ont, en effet, adopté un budget pour de nouvelles mesures. J'en ai parlé tout à l'heure lors de l'exposé de la note de politique générale. Aux 16 millions d'euros prévus, il convient d'ajouter 10 millions qui sont déjà inscrits à la rubrique MAF pour une protection supplémentaire pour les malades chroniques.

À quoi vont servir les 16 millions? D'une part, l'intervention forfaitaire va être doublée, pour atteindre désormais 523,94 euros en faveur des bénéficiaires qui, pour une période d'au moins trois mois, ont obtenu l'accord du médecin-conseil pour un traitement de soins infirmiers donnant lieu au paiement d'honoraires forfaitaires, dits forfaits B ou C. D'autre part, l'intervention forfaitaire est augmentée de 50% pour atteindre 392,96 euros à destination des bénéficiaires qui satisfont aux conditions permettant l'octroi de l'allocation d'intégration ou de l'allocation d'aide aux personnes âgées, des personnes souffrant d'un handicap, dont le degré d'autonomie a été fixé à 12 points au moins, ainsi que des bénéficiaires en incapacité de travail qui reçoivent une allocation pour l'aide d'une tierce personne.

L'arrêté royal qui adapte la législation à cette proposition du Comité de l'assurance sera présenté au Conseil des ministres de vendredi prochain.

Le récent accord de gouvernement confirme qu'une somme de 380 millions sera disponible pour le plan cancer, une maladie chronique, le cancer étant devenu une maladie chronique. Outre ce qui a été décidé par la dernière convention medicomut, certains moyens seront consacrés aux malades chroniques cancéreux. Cela fait partie du lot des 32 mesures et 64 actions du plan cancer. Par ailleurs, je suis occupée à réfléchir à la création d'un programme de soins spécifiques ainsi que des mécanismes de couverture préférentiels des coûts de santé à charge des malades chroniques.

Ces mesures seront évidemment concertées avec les associations de patients et les partenaires concernés. J'entamerai donc une série de consultations en vue d'aboutir à des propositions concrètes pour l'élaboration du budget 2009. Grâce au maintien de la norme de croissance de 4,5%, nous avons des moyens potentiels et c'est vraiment nécessaire. Énormément de travail a été effectué pour l'accès aux soins de santé en règle générale et les efforts doivent être poursuivis en ce sens. Nous sommes sur la bonne voie. Cependant, il n'en va pas de même pour les malades chroniques, pour lesquels les problèmes sont importants. Certaines personnes doivent déboursier des sommes de l'ordre de 5 à 6.000 euros par mois pour se soigner, ce qui est impensable avec le système de soins de santé dont le pays est doté. Je travaille à cette problématique ainsi qu'à une simplification des dispositifs existants.

Devons-nous avoir un mécanisme unique et coordonné pour les malades chroniques ou pas? Comment faut-il retravailler sur la définition de la notion même de malade chronique? Si nous établissons une liste, elle sera forcément limitative. Étant donné qu'on ne la dresse pas et que l'on se base sur d'autres critères, les effets pervers sont également inévitables. Par conséquent, j'ai décidé de m'atteler à la tâche comme je l'ai fait pour le plan cancer, car je pense qu'il s'agit d'une priorité de santé publique.

08.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je suis grandement satisfait de votre réponse, car autant le nouveau gouvernement a montré, à votre instigation, qu'il voulait travailler vite et fort dans ce domaine, autant il ne fallait pas laisser poindre l'idée que les maladies chroniques seraient laissées "sur le bord du chemin". Via votre réponse, vous nous apprenez que vous allez mener la bataille de front des deux côtés, ce qui me réjouit fortement.

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

09 Questions jointes de

- M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de tabacs parfumés par les jeunes" (n° 4036)

- M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de fumer dans les bars" (n° 4037)

09 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het roken van gearomatiseerde tabak door jongeren" (nr. 4036)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookverbod in cafés" (nr. 4037)

09.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, il se développe en ce moment une nouvelle manière de consommer le tabac, qui consiste à le fumer, parfumé, soit en cigarettes, soit à l'aide d'un narguilé. Ce produit parfumé à la pomme, à la menthe, au melon, au raisin, au cocktail de fruits ou bien encore à la réglisse ou au coca a notamment pour but d'attirer vers la consommation de tabac les populations les plus jeunes que la saveur trop forte du tabac classique rebuterait. Les adeptes du narguilé sont convaincus qu'il est moins nocif que la cigarette. Nombre d'entre eux affirment que les filtres à eau retiennent les substances nocives de la fumée du tabac. Rien n'est cependant plus faux.

Une étude de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) montre "qu'une heure passée autour d'une "shisha" (autre nom du narguilé) équivaut à 100 ou 200 cigarettes par jour". Selon cette étude, le fumeur de narguilé est "plus exposé à d'importantes quantités de nicotine, de monoxyde de carbone et d'autres toxines que le fumeur de cigarettes". De même, la force requise pour inhaler l'air à travers la pipe laisse la fumée pénétrer plus profondément dans les poumons.

Du fait de son fort taux de nicotine, "le narguilé a le même potentiel d'addiction que la cigarette". Il provoque également les mêmes maladies: cancer du poumon et du larynx, bronchite chronique et accidents cardiovasculaires.

Nous assistons bien là, tout comme dans le cas de la consommation de "softs drinks", à la volonté délibérée – c'est ainsi que je l'interprète – des fabricants de cigarettes de cibler un public jeune non encore consommateur afin d'en faire des usagers durables de leurs produits, dans la mesure où le tabac peut-être considéré comme une véritable drogue.

Madame la ministre, à un moment où vous lancez un plan ambitieux contre le cancer, que comptez-vous faire pour contrer cette tentative délibérée des cigarettiers de rendre nos enfants dépendants de leurs produits?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, je suis bien d'accord avec vous sur les dangers de cette nouvelle mode qui se développe de manière galopante et pour laquelle je suis persuadée que trop d'utilisateurs ignorent ou minimisent les effets en santé publique liés à ces alternatives à la cigarette traditionnelle.

Évidemment, tout cela participe de la problématique de lutte contre le tabagisme, notamment le tabagisme passif et le tabagisme concernant les jeunes, deux créneaux sur lesquels nous devons rester particulièrement attentifs, même si des législations restrictives ont été décidées ces dernières années par le gouvernement et le parlement.

Dans un premier temps, il est important de mener des actions de prévention: il convient en effet de porter à la connaissance les effets nocifs de cette habitude. Le Fonds tabac finance des actions de lutte contre le tabagisme depuis sa création en 2004. Dans ce cadre, certaines actions particulièrement destinées aux jeunes ont été prises: actions d'aide et d'information des jeunes fumeurs ("Aidons les fumeurs – Help een rooker"), ainsi que des actions de sevrage tabagique dans les écoles et auprès des jeunes ("Smoke-free School is cool" ou "Feel free", etc.).

Dans les mois à venir, nous travaillerons avec les Communautés et les Régions au sein d'une cellule commune, la cellule de Politique de Santé drogue, qui rassemble tous les ministres de la Santé de notre pays – et ils sont nombreux –, à la mise en place d'une campagne nationale d'information de grande envergure, ciblant plus spécifiquement les jeunes et les personnes socialement vulnérables.

L'interdiction de vendre des produits de tabac aux personnes âgées de moins de 16 ans est d'application depuis 2005. Cette mesure, bien que difficile à contrôler, fait l'objet d'une attention particulière des services d'inspection. J'ai demandé qu'ils puissent poursuivre et intensifier le nombre de contrôles. Les nouvelles législations ont souvent un impact important dans l'immédiat, mais le voient s'amenuiser au fil du temps.

Il faut rappeler les objectifs par des campagnes et des contrôles.

Par ailleurs, au sujet du tabac en tant que produit, l'ensemble des produits du tabac mis sur le marché en Belgique doivent faire l'objet d'une procédure de notification. Celle-ci, prise dans le cadre de l'application d'une directive européenne, impose que la liste qualitative et quantitative des ingrédients ainsi que les données toxicologiques disponibles pour ces ingrédients soient transmises aux autorités des États membres. Ces données permettront une réflexion sur les ingrédients des produits du tabac. À plus long terme, il n'est donc pas exclu que celle-ci aboutisse à une réglementation plus stricte sur les arômes dans les produits du tabac, qui sont utilisés pour attirer les jeunes consommateurs. Mes services participent activement à cette discussion au niveau européen.

09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Il faut être sur toutes les balles. La question sur l'inhalation de gaz pour briquets montre que l'imagination est au pouvoir dans ce domaine. Ce qui est pernicieux ici, c'est le mélange de choses bonnes et mauvaises. Comme pour les soft drinks, les arômes qui permettent de "faire passer" le tabac aggravent le problème. Peut-être qu'on pourra agir aussi par le biais de la fiscalité, en le taxant comme produit de super-luxe. Je ne sais pas si c'est possible mais cela pourrait être une piste. Je vous remercie pour votre réponse.

Je poserai maintenant ma question concernant l'interdiction de fumer dans les bars.

À l'occasion du Plan national Cancer, un débat se fait jour quant à l'interdiction de fumer dans les débits de boissons. Nos concitoyens sont partagés entre le maintien de la liberté de fumer et la préservation de la santé, notamment de celle des non-fumeurs. Et dans notre pays, le climat ne permet pas un usage fréquent des terrasses à l'instar de l'Italie – ou même de Paris, où je me trouvais encore la semaine dernière et où il est plus facile de rester dehors avec l'appoint de radiateurs extérieurs, même si cela ne doit pas être excellent du point de vue du réchauffement climatique. Une telle interdiction pourrait sembler un coup porté à la convivialité qui règne dans ces lieux.

Pour permettre à ce débat de se résoudre sans tension majeure, en mesurant dans le temps quelles évolutions se font jour, ne serait-il pas possible que les bars aient à choisir entre être totalement non fumeurs ou totalement fumeurs admis en payant une taxe additionnelle qui pourrait être forte? Cela permettra à chacun de choisir comment fonctionner par rapport au tabac et contribuera peut-être à clarifier le débat. À terme, finalement, chacun choisira d'être sans tabac, ne fût-ce que pour ne pas payer la taxe.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je disais tout à l'heure que l'interdiction de fumer dans les restaurants est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2007. La législation n'a pas étendu cette interdiction aux bars et aux cafés. Lors de l'évaluation des dispositions par notre commission, nous examinerons ensemble avec les associations de protection de santé publique mais également le secteur horeca, l'opportunité d'étendre cette interdiction.

La population est de plus en plus favorable à l'interdiction de fumer dans les restaurants mais également dans les bars et les cafés. Selon la Fondation contre le cancer, le pourcentage de personnes favorables aux restaurants sans tabac est passé de 58% en août 2004, à 79% en octobre 2006, pour arriver à 85% en mars 2007, après l'entrée en vigueur de cette mesure.

Pour ce qui concerne le nombre de personnes favorables à des cafés sans tabac, il est passé de 49% en août 2004 à 61% en mars 2007. De plus, selon les chiffres obtenus dans les pays appliquant une interdiction totale, le taux de satisfaction vis-à-vis de cette mesure augmente encore après son entrée en vigueur. Ainsi, en Irlande, le soutien de la population à la mesure est passé de 67% en juillet 2003 à 82% en août 2004, alors que la mesure avait été introduite en mars 2004. Ces chiffres me semblent impressionnants.

Il me paraît également important de rappeler que la deuxième conférence des parties de la convention-cadre de lutte contre le tabagisme de l'OMS, que la Belgique a ratifiée, a adopté des lignes strictes qui prônent l'interdiction totale du tabagisme dans l'ensemble des lieux publics et donc y compris dans les bars et les cafés.

Comme je l'ai mentionné notamment lors du lancement du plan cancer, le Parlement procédera bientôt à une évaluation. Je lui ai transmis une évaluation établie par les services de santé publique en la matière pour servir de base à la réflexion.

Les réflexions que vous avez émises aujourd'hui serviront également à nourrir le débat que nous aurons dans les mois à venir.

09.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, la réponse de Mme la ministre me réjouit.

Cela dit, il y a aussi la question des restaurants – j'en parle d'autant plus aisément que je suis non-fumeur –, des bars et peut-être encore dans une plus large mesure des discothèques, etc.

À la limite, on pourrait également interdire la vente d'alcool. Je pense ici tout particulièrement aux discothèques à la sortie desquelles se produisent de nombreux drames. En effet, les personnes qui viennent s'y amuser sont de plus en plus jeunes et en sortent au petit matin souvent ivres.

La formule que je propose permettrait peut-être de faire avancer les choses. Mais tout comme vous, je suis ouvert à toute suggestion visant à inciter plutôt qu'à contraindre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van de zwarte rat in Vlaanderen" (nr. 4053)

10 Question de M. Flor Van Noppen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence du rat noir en Flandre" (n° 4053)

10.01 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik zal het vandaag niet hebben over reptielen, maar over ratten. Enkele weken geleden maakte het Nederlands Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu zich ernstig zorgen over het oprukken van de zwarte rat in de provincies Noord-Brabant en Limburg, kortom, in het zuiden van Nederland en dus grenzend aan België.

De zwarte rat is geen onschuldig knaagdier. In de middeleeuwen was de zwarte rat de belangrijkste verspreider van de pest en vandaag nog vormt het dier een bedreiging voor de volksgezondheid. Zo zijn vele zwarte ratten drager van het Hantavirus, een zeer agressief virus dat bij de mens ernstige nierschade kan opleveren en in vele gevallen zelfs dodelijk is. Het aantal besmettingen met het virus in Nederland is op een jaar tijd verdrievoudigd. Alle gevallen kwamen voor in het zuiden van het land. Daarnaast is de zwarte rat een belangrijke verspreider van dierenziekten, vooral varkenspest en mond-en-klauwzeer.

Het Nederlandse ministerie van Leefmilieu bereidt dan ook maatregelen voor om de opmars van het knaagdier te stoppen. Daar de dieren voorkomen in het zuiden van Nederland, kan het niet anders dan dat zij ook aanwezig zijn in het noorden van Vlaanderen, meer bepaald in de provincies Antwerpen en Limburg.

In dat verband, mevrouw de minister, heb ik enkele vragen. Ten eerste, hebt u weet van de aanwezigheid van de zwarte rat in Vlaanderen? Zo ja, is er net als in Nederland in Vlaanderen de jongste jaren een gevoelige stijging van het aantal zwarte ratten vastgesteld?

Ten tweede, hebt u gegevens over de besmetting bij de mens met het Hantavirus? Zo ja, is het aantal besmettingen net als in Nederland drastisch gestegen de jongste jaren?

Ten derde, als blijkt dat de zwarte rat ook in Vlaanderen aan het oprukken is, welke maatregelen plant u dan om die opmars te stuiten?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer Van Noppen, mijn diensten ontvingen van u drie vragen. Zie hier de antwoorden.

Ten eerste, de zwarte rat kwam vroeger inderdaad het meest voor. Tegenwoordig wordt de zwarte rat door de bruine rat verdrongen. Een evaluatie van de populatie van zwarte ratten is moeilijk te maken, daar hun leefmilieu het rioleringsnet is en zij dat slechts verlaten bij onder meer overstromingen.

Ten tweede, in België is de vector voor het Hantavirus de *clethrionomys glareolus*, de rosse woelmuis, of in het Frans, le campagnol roussâtre. De zwarte rat speelt geen rol voor de verspreiding van het Hantavirus.

Ten derde, de evolutie van de rattenpopulatie moet gevolgd worden, hoewel dat in de praktijk vrij moeilijk is. Contacten met de gezondheidsdiensten in Nederland zullen speciaal op de genoemde problemen gericht worden. Er zal contact genomen worden via de gezondheidsinspecties van de Gemeenschappen met de gemeentelijke diensten voor Hygiëne van de grote steden als Antwerpen en Gent. Rattenplagen zijn meestal urbane fenomenen.

10.03 **Flor Van Noppen** (CD&V - N-VA): Dank u, mevrouw de minister, voor uw uitvoerige antwoord. Ik had wel andere informatie in verband met het Hantavirus, maar ik zal het verder onderzoeken.

Ik heb nog een suggestie, omdat de meeste ratten in de riolen zitten. Ik heb het een tijd geleden gehad over een lijst van reptielen. Misschien kunnen wij die lijst uitbreiden, omdat de meeste reptielen ook ratten eten, en wij kunnen die reptielen dan misschien in de riolen steken...

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

La **présidente**: Nous en venons maintenant à la question de M. Van Noppen n° 4072 sur "les tests rapides ESB sur les bovins".

10.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, cela relève d'une compétence de Mme Laruelle. Elle a tout ce qui concerne l'AFSCA dans ses compétences.

À part le bien-être animal qui est de mon ressort, tout le reste concernant les animaux relève des compétences de Mme Laruelle.

La **présidente**: Nous allons donc remettre la question à l'ordre du jour avec Mme Laruelle à qui cette question a été transmise.

11 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Ludwig Vandenhove aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de naleving van het KB van 26 april 2007 inzake het welzijn van dieren van circussen en dergelijke" (nr. 4128)

- de heer Ludwig Vandenhove aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de naleving van het KB van 26 april 2007 inzake het welzijn van dieren van circussen en dergelijke" (nr. 4130)

11 **Questions jointes de**

- M. Ludwig Vandenhove à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le respect de l'arrêté royal du 26 avril 2007 relatif au bien-être des animaux utilisés dans les cirques et autres spectacles itinérants" (n° 4128)

- M. Ludwig Vandenhove à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le respect de l'arrêté royal du 26 avril 2007 relatif au bien-être des animaux utilisés dans les cirques et autres spectacles itinérants" (n° 4130)

11.01 **Ludwig Vandenhove** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is in de tituluur van de vragen iets verkeerd gelopen.

11.02 Minister **Laurette Onkelinx**: U hebt twee vragen?

11.03 **Ludwig Vandenhove** (sp.a-spirit): Er is in de tituluur iets verkeerd gelopen. Ik heb enerzijds inderdaad een vraag over de naleving van het KB met betrekking tot het welzijn van dieren in circussen, maar anderzijds heb ik een vraag over het KB met betrekking tot de reglementering van de dierenhuizen. Blijkbaar is in de tituluur twee keer de vraag over de circussen overgenomen. Ik neem aan dat ik dan slechts één van de twee vragen kan stellen vandaag?

11.04 Minister **Laurette Onkelinx**: (...)

11.05 **Ludwig Vandenhove** (sp.a-spirit): Dan zal ik ze ineens stellen. Ik vraag dus enerzijds naar het KB van 26 april 2007 in verband met het welzijn van dieren in circussen en dergelijke. In welke mate zijn er, sedert de uitvaardiging van dat KB, waarbij de voorwaarden voor de dieren – zekere voor de wilde dieren – in positieve zin zijn gewijzigd, door de afdeling Dierenwelzijn van de FOD Volksgezondheid overtredingen vastgesteld? Welke waren die overtredingen, in voorkomend geval? In welke mate is aan die vaststellingen eventueel gevolg gegeven?

Ik heb dezelfde vraag met betrekking tot de dierenhuizen. Ik heb cijfers kunnen opsnorren, waaruit blijkt dat in 2007 17 controles werden uitgevoerd, waarbij 8 waarschuwingen zijn gegeven en 1 proces-verbaal werd uitgeschreven. Het blijkt dat dit voor de dierenhuizen zelf relatief weinig gevolgen heeft. Zij krijgen in het beste geval een waarschuwing of, in één geval, een proces-verbaal. Als deze cijfers zouden kloppen en er niet effectief wordt opgetreden ten aanzien van de dierenhuizen – ik denk aan het al dan niet kunnen openblijven – kunnen we eigenlijk spreken van een gedoogbeleid.

Wat mijn eerste vraag betreft, zou ik de minister willen vragen welke overtredingen werden vastgesteld en welk gevolg daaraan gegeven wordt.

Voor mijn tweede vraag heb ik de cijfers zelf geciteerd. Welk gevolg is de minister van plan hieraan beleidsmatig te geven?

11.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, de dienst Inspectie van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft sinds de inwerkingtreding van de circuswetgeving reeds talrijke controles in circussen uitgevoerd. Een groot aantal controles wordt ook gedaan door de lokale politie, zodat ik u geen totaalbeeld kan geven van de resultaten.

Tijdens controles uitgevoerd door de dienst Inspectie werden verschillende overtredingen vastgesteld. In bijna alle gevallen ging het hierbij om het niet naleven van de minimumnormen voor de huisvesting van de dieren. Afhankelijk van de aard en de graad van de overtredingen en van het feit of het ging om een eerste overtreding dan wel om een herhaling, werd een proces-verbaal van waarschuwing of een proces-verbaal opgesteld. In alle gevallen werden maatregelen opgelegd.

De opgestelde processen-verbaal werden zoals de dierenwelzijnwet voorschrijft, doorgestuurd naar de leidende ambtenaar van de juridische dienst, die dan naargelang het geval een administratieve boete oplegde of het dossier doorstuurt naar het parket.

Wat betreft de dierenhuizen, het volgende. De dienst Dierenwelzijn en CITES hebben vorig jaar inderdaad acht waarschuwingen uitgeschreven naar aanleiding van controles in dierenhuizen. In tegenstelling tot wat u beweert houden deze waarschuwingen echter wel degelijk gevolgen in voor de betrokken dierenhuizen. Er is geen sprake van een gedoogbeleid.

In elk van deze waarschuwingen werden maatregelen opgelegd, waaronder een strikte timing voor het wegwerken van de vastgestelde overtredingen. De naleving van deze planning wordt van kortbij opgevolgd door de dienst Dierenwelzijn.

Wanneer wordt vastgesteld dat de opgelegde maatregelen niet worden gerespecteerd, wordt een proces-verbaal opgesteld dat, zoals ik net heb gepreciseerd, wordt doorgestuurd naar de leidende ambtenaar van de juridische dienst. Deze beslist dan om ofwel een administratieve boete op te leggen ofwel het dossier door te sturen naar het parket.

Bovendien is het vanzelfsprekend dat, indien dieren aangetroffen zouden worden in omstandigheden die tot pijn lijden of letsels veroorzaken, onmiddellijk maatregelen genomen zouden worden om het welzijn van de

dieren te vrijwaren.

De dienst Dierenwelzijn volgt alle dossiers van dierentuinen op de voet en rapporteert hierover ook getrouw aan de Dierentuinencommissie die mij in deze materie adviseert. Ik denk dan ook dat het momenteel niet nodig is om andere acties te ondernemen.

11.07 **Ludwig Vandenhove** (sp.a-spirit): Ik dank u voor het antwoord.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

12 **Vraag van de heer Ludwig Vandenhove aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorstel van resolutie over de relatie tussen mens en dier en de gunstige invloed daarvan op de gezondheid van de mens" (nr. 4129)**

12 **Question de M. Ludwig Vandenhove à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la proposition de résolution sur la relation entre êtres humains et animaux et l'influence bénéfique de cette relation sur la santé humaine" (n° 4129)**

12.01 **Ludwig Vandenhove** (sp.a-spirit): Mevrouw de minister, de volgende vraag gaat over een resolutie, goedgekeurd in 2006. Ik zal ze niet volledig voorlezen.

12.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: C'est quel point de l'ordre du jour?

12.03 **Ludwig Vandenhove** (sp.a-spirit): Punt 26. Deze resolutie over de verhouding tussen mensen en dieren die werd goedgekeurd, gaat uiteraard vooral over het toelaten van gezelschapsdieren in bejaardentehuizen en andere instellingen. Ik zal de resolutie niet letterlijk voorlezen, maar vermits u kersvers minister bent inzake deze bevoegdheid neem ik aan dat u er nog niks aan hebt gedaan.

Bent u van plan om inzake de resolutie die toen werd bezorgd aan de eerste minister en de minister van Sociale Zaken en van Volksgezondheid die toen die bevoegdheid had, eventueel concrete stappen te zetten? Of vindt u dit eerder een zaak voor het Parlement dan wel voor de regering? De resolutie dateert van maart 2006 en is dus twee jaar oud.

12.04 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Vandenhove, de aanwezigheid van gezelschapsdieren kan heilzame effecten hebben op bewoners van rust- en verzorgingstehuizen en patiënten van ziekenhuizen. Deze stelling wordt niet tegengesproken in het advies ter zake van de Hoge Gezondheidsraad. De raad zegt geen bezwaren te hebben tegen de aanwezigheid van gezelschapsdieren in rust- en verzorgingstehuizen, in psychiatrische instellingen en instellingen voor chronische zorgverstrekking zoals revalidatie en palliatieve zorg. Om risico's op infectieziekten te vermijden en om hygiënische redenen is zij echter van oordeel de toegang van gezelschapsdieren aan instellingen voor acute zorgverstrekking te ontzeggen.

Bijkomend onderzoek naar zowel de voordelen als de nadelen van de aanwezigheid van gezelschapsdieren is echter noodzakelijk. Momenteel vond dit onderzoek echter nog niet plaats.

De bedoelde materie hoort echter voor een niet onbelangrijk deel tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten. Ik stel daarom voor dat deze aangelegenheid op de agenda van de respectievelijke interkabinettenwerkgroepen zou worden geplaatst en dat hierover verslag zou worden uitgebracht aan de interministeriële conferentie voor de Volksgezondheid. Tevens lijkt het mij aangewezen om ter zake overleg te plegen met vertegenwoordigers van de sector.

12.05 **Ludwig Vandenhove** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het verheugt mij dat u inderdaad van plan bent om concrete stappen te zetten.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 **Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de**

la Santé publique sur "la création d'un réseau de banques de données biomédicales en Europe" (n° 4218)

13 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oprichting van een netwerk van biomedische databanken in Europa" (nr. 4218)

13.01 **Colette Burgeon** (PS): Madame la présidente, madame la vice-première ministre, l'Union européenne veut fédérer les banques de données biomédicales. C'est à l'anatomopathologiste autrichien Kurt Zatloukal qu'a été confiée la coordination du projet de création d'un réseau de banques de données biomédicales en Europe. Il dispose de 27 mois pour concevoir la mise en réseau des partenaires issus des 21 pays européens associés, pour dresser l'inventaire des moyens disponibles et harmoniser les modalités de collecte des échantillons et de traitement des informations.

Cent quatre banques européennes se sont associées au projet et une très grande majorité d'entre elles sont spécialisées dans la collection d'échantillons (sang, sérum, tissus, cellules, ADN, etc.) liés à des pathologies spécifiques.

Le défi à relever est énorme tant les différences sont grandes entre les partenaires potentiels mais les espérances sont à la mesure du défi: si ce projet aboutit, les chercheurs européens pourront mieux comprendre les mécanismes d'apparition d'une maladie et les réactions aux traitements.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

1. Si la mise en place d'un réseau de banques de données biomédicales constitue un rêve pour les scientifiques qui y auront accès, cela est un véritable sujet d'inquiétude pour les défenseurs des libertés individuelles. Quelles sont les garanties que ces données ne quitteront pas le domaine de la recherche et n'aboutiront pas, par exemple, sur les terminaux des sociétés d'assurances?

2. Sachant que les 21 pays européens qui participent à ce projet ne disposent pas du même corpus juridique en matière d'éthique médicale, sur quelles bases juridiques va reposer ce réseau de banques de données biomédicales?

3. Quels sont les universités, hôpitaux et centres de recherche privés ou publics belges qui participeront à ce projet?

4. Enfin, la mise en place de ce réseau et son fonctionnement vont coûter très cher. À titre d'exemple, rien qu'en France, les banques biologiques françaises mobilisent ensemble un budget de 70 millions d'euros par an. Alors, au niveau européen, comment le financement sera-t-il assuré?

13.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, madame Burgeon, effectivement, l'Union européenne, sous l'intitulé "European Biobanking and Biomolecular Resources", développe un projet de fédération des banques de données biomédicales des différents États membres pour arriver à un réseau transnational européen de biobanques, ce qui est assez extraordinaire.

Il existe différentes sortes de banques d'organes et de tissus: celles destinées à des fins thérapeutiques (greffes, cellules souches, etc.) et celles destinées à la recherche appelées "biobanques", qui peuvent être cliniques, scientifiques ou médico-légales. En Belgique, il n'y a pas de centralisation de ces biobanques ni des données qu'elles contiennent mais elles existent au moins dans les différents hôpitaux académiques, grâce notamment à un financement par la Fondation contre le cancer.

Dans ces biobanques, on rassemble des échantillons biologiques et l'information qui leur est associée pour améliorer la biotechnologie, la santé et la recherche. Les données tirées de biobanques d'organes et de tissus pathologiques servent notamment à étudier les relations entre pathologies, facteurs génétiques, environnement et style de vie.

Grâce à la définition de nouveaux sous-groupes pathologiques et de bio-marqueurs, il est plus facile de cibler des groupes de patients à des fins thérapeutiques.

Ces résultats peuvent être approchés par la collaboration de bio-banques à un niveau transnational. En voici

quelques exemples: "Central Research Infrastructure for Molecular Pathologies", "Paneuropean Biobanking and Biomolecular Resources Research", "Organization for Economic Cooperation and Development", "Global Resources Centers Network".

La Belgique ne participe pas au projet dont il est question ici. La gestion des biobanques de recherche implique la mise en œuvre d'un contrôle de qualité sévère et de techniques de traitement de l'information actuellement fort coûteuses. De plus, les exigences éthiques relatives à cette gestion et au transfert de matériel s'inspirent pour le moment de "guidelines" établis sur une base consensuelle qui est tirée des recommandations européennes. À cet égard, une réglementation est appelée à se développer. Le défi que représentent ces exigences réside notamment dans le caractère hétérogène des réglementations et des paysages éthiques des différents pays.

La protection des données à caractère personnel est une préoccupation constante de l'Union européenne. Pour rappel, la directive 9546 constitue le texte de référence au niveau européen en ce domaine. Elle met en place un cadre réglementaire destiné à établir un équilibre entre un niveau élevé de protection de la vie privée des personnes et la libre circulation des données à caractère personnel au sein de l'Union européenne. Pour ce faire, la directive fixe des limites strictes à la collecte et à l'utilisation de ces données et demande la création dans chaque État membre d'un organisme national indépendant chargé de la protection des données.

S'il existe des différences de corpus juridiques en termes d'éthique médicale dans les pays européens qui participent aux projets, des contraintes communes leur sont donc imposées par l'Europe. La plus grande vigilance s'impose en ce qui concerne la collecte et le traitement de ces données, mais les instruments juridiques et les instances compétentes pour leur application sont en place dans l'Union.

Comme je l'ai dit, la Belgique ne participe pas au projet. Cependant, nous pouvons souligner qu'il s'agit de mettre en réseau des banques de données existantes. Le temps imparti pour l'établissement de ce réseau devrait permettre, outre sa réalisation pratique, le déploiement des dispositifs juridiques et techniques nécessaires au respect de la directive 9546.

Enfin, s'agissant du coût lié à l'entreprise, il faut remarquer que le budget cité pour les banques biologiques françaises porte sur leur fonctionnement, c'est-à-dire la collecte, le stockage et le traitement des données relatives aux échantillons. À l'échelle d'une mise en réseau, il ne devrait plus s'agir en principe que de traitement de données. Toutes les dimensions du coût lié à la gestion matérielle des échantillons proprement dits n'entreront, dès lors, plus en ligne de compte. Cela ne signifie pas que des investissements importants ne devront pas être consentis, mais leur ordre de grandeur devrait être moindre que celui de la constitution de biobanques.

13.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse, qui n'appelle pas de réplique.

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

14 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les taux de tuberculose à bacilles multirésistants" (n° 4219)

14 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aantal gevallen van multiresistente tuberculose" (nr. 4219)

14.01 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, un nouveau rapport de l'OMS rendu public le 26 février indique que les taux de tuberculose à bacilles multirésistants (dite tuberculose MR, ça ne s'invente pas!) n'ont jamais été aussi élevés. C'est ce qui ressort de l'enquête la plus importante effectuée jusqu'ici sur l'ampleur de la tuberculose pharmaco-résistante. On a également constaté que des cas de tuberculose à bacilles ultrarésistants (tuberculose UR) d'une forme qu'il est pratiquement impossible de traiter, ont été enregistrés dans 45 pays. Des enquêtes menées en Lettonie, un pays de l'UE, et dans le bassin du Donetz en Ukraine démontrent que le nombre de cas de tuberculose MR est deux fois supérieur chez les personnes contaminées par le virus HIV que chez les autres malades. Sur base de cette enquête, l'OMS estime à près d'un demi-million les nouveaux cas de tuberculose MR chaque année dans le monde. Les taux les plus élevés sont enregistrés à nos portes: 19,4% en Moldavie, 16% dans le Donetz, 15% dans l'Oblas de Tomsk

en Russie et 14,8% à Tachkent en Ouzbékistan.

Sachant que les maladies ignorent les frontières des États, des cas de tuberculose MR et UR ont-ils été diagnostiqués en Belgique? Dans l'affirmative, quelles sont les mesures sanitaires et curatives qui ont été prises?

Il existe une corrélation entre les tuberculoses MR et UR et le virus du sida. Une campagne d'information relative à la propagation de ces deux formes particulièrement dangereuses de tuberculose ne devrait-elle pas être entreprise? Si la communauté internationale ne fait pas preuve de toute la détermination nécessaire, la bataille sera perdue. Quel sont, dès lors, les moyens budgétaires que la banque est prête à consacrer tout d'abord à la mise en place de programmes mondiaux de lutte contre la tuberculose à bacilles résistants, sachant qu'il faut, en 2008, 4,8 milliards de dollars pour lutter contre la tuberculose, dont un milliard pour les tuberculoses MR et UR, et qu'un déficit de financement atteint 2,5 milliards, dont 500 millions pour les tuberculoses MR et UR? Quels sont aussi les moyens financiers nécessaires à la recherche pour trouver de nouveaux produits de diagnostic et de nouveaux médicaments efficaces contre les souches résistantes ainsi qu'un vaccin efficace contre la maladie?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, la surveillance de la tuberculose en Belgique est organisée via un réseau de laboratoires créé en 1993 et donc via le registre de la tuberculose basé sur la déclaration obligatoire de la maladie.

En ce qui concerne, d'une part, la tuberculose multirésistante, entre 2001 et 2007, ont été identifiés en Belgique 107 nouveaux cas de tuberculose à bacilles multirésistants (TBCMR), c'est-à-dire résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux antituberculeux majeurs du traitement de première ligne, ce qui représente quinze nouveaux cas par an en moyenne. Par exemple, en 2007, 19 nouveaux cas ont été identifiés.

D'autre part, en ce qui concerne la tuberculose ultra-résistante, entre 2001 et 2007, trois patients parmi ceux atteints de tuberculose multirésistante ont répondu à la définition de l'ultrarésistante. Les critères sont ceux de la multirésistance augmentés de la résistance au fluoroquinolone et à la mycicine (ou capréomycine), les deux antituberculeux majeurs du traitement de seconde ligne.

Le diagnostic précoce des personnes atteintes d'une tuberculose MR est une mesure sanitaire importante car elle permet de limiter le risque de transmission des bacilles multirésistants. Elle passe par une recherche systématique de la résistance chez tous les tuberculeux, ce qui est une recommandation en Belgique. La prise en charge globale des patients TBCMR comprend l'isolement en milieu hospitalier, l'accès à un traitement adéquat, la supervision du traitement et le dépistage des contacts. L'accès à un traitement gratuit et à un suivi adéquat est possible en Belgique pour tous les patients TBCMR depuis décembre 2005, date à laquelle le projet BELTA-TBnet a débuté.

Il s'agit d'un modèle particulier de prise en charge innovant financé par l'INAMI et coordonné par BELTA, qui est l'association mère du FARES, le Fonds des affections respiratoires, et de la "Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). BELTA-TBnet rembourse les frais liés aux médicaments antituberculeux et au suivi des patients en ambulatoire selon le principe de résiduarité.

La supervision du traitement antituberculeux est un élément important de la stratégie prônée par le projet BELTA-TBnet car elle permet de renforcer les chances de guérison du malade et donc de limiter les risques de transmission de la maladie. L'entourage de tout patient tuberculeux contagieux, atteint de TBCMR ou non, est soumis à un dépistage afin de mettre en évidence d'éventuelles personnes affectées par le bacille ou déjà malades. L'objectif est de prendre en charge ces personnes et de les traiter pour limiter le risque qu'elles ne soient à leur tour des sources de contamination.

Deuxièmement, la tuberculose et le sida sont considérés comme un "couple maudit". Vu la diminution de ses défenses immunitaires, le sidéen est en effet plus susceptible d'être infecté par le bacille tuberculeux et de développer une tuberculose-maladie.

En Belgique, 4,5% des 1.127 tuberculeux répertoriés dans le registre en 2006 étaient séropositifs pour le VIH. Une corrélation spécifique entre VIH et tuberculose MR n'a toutefois pas été mise en évidence dans notre pays.

Une campagne d'information pour la population en général ne se justifie pas à mon sens. Par contre, il conviendrait absolument de sensibiliser le corps médical et de l'informer sur l'importance du diagnostic précoce des malades tuberculeux, du traitement adéquat des malades, de la prise correcte des médicaments par le patient, du dépistage de l'entourage et de la déclaration obligatoire de nouveaux cas.

Enfin, la Belgique, au travers du département de la Coopération au développement, participe activement à l'effort mondial de lutte contre la tuberculose. La Belgique contribue ainsi, d'une part, aux fonds volontaires non affectés de l'OMS, où l'assignation des fonds se fait d'une manière appropriée et en fonction des besoins et, d'autre part, au Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. On peut également mentionner la présence de la Fondation Damien Belgique au sein du partenariat global "Stop TB".

14.03 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, merci pour votre réponse assez longue. Finalement, je me dis qu'à un moment, la tuberculose avait considérablement diminué. Actuellement, non seulement elle existe encore, mais apparaissent des tuberculoses MR et UR.

Le travail réalisé en Belgique est important, nous travaillons bien, mais il faudrait sans doute encore développer davantage notre action au niveau européen ou encore ailleurs. Nous vous demandons donc d'essayer d'agir à ce niveau pour sinon enrayer la maladie, qui n'a jamais été réellement complètement éradiquée, certainement la diminuer afin d'atteindre son stade d'il y a quelques années. Il reste du travail!

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 sur "les dangers des acides gras 'trans' pour la santé du consommateur" (n° 4245)

15 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van synthetische 'transvetzuren' voor de gezondheid van de consument" (nr. 4245)

15.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, jusqu'il y a peu, les diététiciens et les médecins proclamaient que pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires et de cancers, il convenait de réduire la consommation d'acides gras saturés présents dans certains aliments et d'utiliser des substituts tels que la margarine à la place du beurre. C'est ainsi qu'au cours de ces quatre ou cinq dernières décennies, les margarines hydrogénées contenant des acides gras "trans" ont progressivement remplacé le beurre alors que dans le même temps, ces margarines industrielles, également appelées "shortenings", ont pris la place des saindoux, suif et graisse d'oie ou de canard. De ce fait, les acides gras "trans" sont devenus omniprésents dans les snacks, les crackers, les chips, les pâtisseries, les viennoiseries, les produits frits ainsi que dans nombre de préparations alimentaires ou même dans certains aliments dits "santé".

Il apparaît maintenant que, tout comme les acides gras saturés, les acides gras "trans" font augmenter les taux sanguins de LDL, le mauvais cholestérol, tout en abaissant les taux de HDL, le bon cholestérol. Une étude parue en 1997 laissait déjà apparaître que les acides gras "trans" augmentaient le risque de souffrir de troubles cardiovasculaires de l'ordre de 132%, pour 32% dans le cas des acides gras saturés. Ils seraient en outre, selon la Fondation contre le cancer, susceptibles d'augmenter le risque de cancer du poumon et du pancréas, de favoriser l'apparition d'un cancer de la muqueuse utérine et éventuellement, après la ménopause, un cancer du sein et du rein.

Aujourd'hui, les associations de consommateurs comme Test-Achats tirent la sonnette d'alarme car il apparaît que les effets négatifs des acides gras "trans" sont observés, même à des niveaux faibles de consommation. L'Européen moyen avale entre 1,2 et 6,7 grammes par jour de ces graisses alors qu'aux États-Unis, la consommation quotidienne d'acides gras "trans" pourrait atteindre 38,7 grammes.

Le plan national Nutrition Santé recommandait déjà en 2005 de réduire la teneur en acides gras "trans" dans la production des matières grasses à tartiner ou de cuisson et soulignait les efforts fournis par les fabricants. Aujourd'hui, alors que certains producteurs européens mettent sur le marché des margarines exemptes d'acides gras "trans", ne faudrait-il pas prendre des mesures plus radicales et interdire l'usage d'huiles végétales hydrogénées ou partiellement hydrogénées puisqu'il est possible de remplacer ces graisses sans augmenter le coût ou réduire la qualité des produits?

Enfin, dans certains pays comme le Canada, le Danemark ou les États-Unis, tous les aliments préemballés doivent afficher leur teneur en acides gras "trans". Au moment où la Commission européenne entend moderniser et améliorer la réglementation communautaire en matière d'étiquetage des denrées alimentaires, pourrait-on généraliser cette mesure à l'ensemble de l'Union européenne? À défaut, le gouvernement fédéral est-il prêt à emboîter le pas au Danemark?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, la question est importante et je me permettrai de vous livrer une réponse exhaustive. Je partage vos inquiétudes et pense aussi que la consommation d'acides gras transindustriels doit être limitée, voire proche de zéro comme le recommande le Conseil supérieur de la santé. En effet, de nombreuses études scientifiques ont prouvé que les acides gras transindustriels ont des effets néfastes sur la santé cardiovasculaire, probablement plus importants encore que ceux causés par les acides gras saturés.

Cela étant, du point de vue technologique, si on diminue les acides gras "trans", on doit augmenter la quantité d'acides gras saturés qui sont également néfastes pour la santé. Ce n'est pas parce que l'aliment est réduit en "trans" qu'il est nécessairement plus sain. Grande est la tentation des fabricants d'utiliser l'argument "trans-free" comme outil de marketing. On se concentre sur les acides gras "trans" qui sont fortement médiatisés pour l'instant auprès des consommateurs mais on oublie le reste de la compensation dans le produit qui n'est pas forcément meilleur qu'avant: on compense par l'adjonction de graisses saturées ou d'huile de palme, solide à température ambiante. Comme il n'y a plus d'acides gras "trans", le produit est présenté comme sain.

Il importe de considérer la question des "trans" avec prudence et de ne pas pousser l'industrie à reformuler ses produits dans la précipitation.

Le secteur de l'industrie alimentaire européen est particulièrement sensibilisé à cette problématique et il s'est doté d'un code de bonnes pratiques sur les acides gras "trans" qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Il propose un taux maximum de 1% d'acides gras "trans" pour les margarines destinées aux consommateurs (1 gramme pour 100 grammes d'huile ou de graisse) et de 5% pour les produits industriels (5 grammes pour 100 grammes d'huile ou de graisse). Ce code est respecté par notre industrie margarinière. Parallèlement, les chaînes de fast-food belges ont limité la teneur des acides gras "trans" de leurs huiles à moins de 5%.

En ce qui concerne l'idée d'interdire l'utilisation d'huiles partiellement hydrogénées (les huiles totalement hydrogénées ne présentent plus de "trans") dans les produits alimentaires, le débat devrait s'envisager au niveau européen afin que les mesures aient un réel impact sur la santé des citoyens.

La Commission européenne a déposé récemment une proposition de nouveau règlement concernant l'étiquetage des denrées alimentaires. Cette proposition vise notamment à rendre obligatoire l'étiquetage nutritionnel pour la plupart des aliments. La mention systématique des acides gras "trans" n'a cependant pas été retenue par la Commission.

Il s'agit d'une question complexe, car les effets des acides gras "trans" dépendent de leur origine. Un certain nombre d'études scientifiques indiquent que les acides gras "trans" d'origine animale, naturellement présents dans les produits laitiers par exemple, n'auraient pas les effets néfastes pour la santé des acides gras "trans" d'origine industrielle (issus par exemple de l'hydrogénation partielle d'huiles végétales).

La question ne manquera pas d'être débattue lors des réunions européennes auxquelles prend part mon administration. L'on pourrait, par exemple, envisager à ce niveau un étiquetage des acides gras "trans" pour les produits contenant des huiles partiellement hydrogénées.

15.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Je partage votre souhait que la question de cet acide gras "trans" soit débattue au niveau européen, vu le problème de santé qu'il représente.

Maintenant, je ne sais pas ce que nous pourrions encore manger, puisque l'acide gras saturé n'est pas bon, et que l'acide gras "trans" ne l'est pas non plus. Que nous reste-t-il?

Avec des emballages, cela ne pose pas de problème, mais dès que l'on achète des viennoiseries, par exemple, dans une simple boulangerie, on ne sait pas vraiment ce que l'on mange puisqu'elles ne sont pas emballées.

En tout cas, je ne puis que vous encourager à réinscrire cette question à l'agenda européen, en examinant si nos assiettes ne contiennent pas d'autres crasses.

Je vous remercie beaucoup.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17.49 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.49 uur.