

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 30 NOVEMBRE 2010

DINSDAG 30 NOVEMBER 2010

Après-midi

Namiddag

La réunion publique est ouverte à 14 h 08 par M. Hans Bonte, président.

01 Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les boissons énergisantes" (n° 1086)

01.01 Valérie De Bue (MR): Il ressort d'une étude menée par l'Agence américaine de régulation des médicaments que mélanger des boissons énergisantes à de l'alcool peut conduire à une ivresse éveillée. La caféine masquerait l'état d'ébriété. Les personnes qui ont fréquemment recours aux boissons énergisantes présenteraient un fort risque de devenir alcooliques.

En 2009, le rapport du Conseil supérieur de la Santé mettait en garde contre les dangers d'une surconsommation de boissons énergisantes et de la dépendance à l'alcool.

Ne faudrait-il pas lancer une campagne de sensibilisation ou prendre d'autres initiatives?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): À notre connaissance, les boissons contenant de la caféine et de l'alcool ne sont pas disponibles sur le marché belge. Ce genre de produit tombe sous le champ d'application du règlement 178/2002 *General Food Law* qui prévoit de pouvoir prendre des mesures d'interdiction pour des denrées considérées comme dangereuses pour la santé.

En Belgique, le cadre relatif aux additifs alimentaires interdit l'utilisation de la caféine dans des boissons autres que des boissons rafraîchissantes. Notre législation offre donc toutes les garanties pour protéger et informer les consommateurs à risque.

L'étiquetage doit comporter une mention relative à la haute teneur en caféine, une indication à l'attention des personnes qui devraient éviter de consommer la denrée et un avertissement approprié pour ce qui concerne les produits susceptibles de présenter un risque pour la santé en cas de consommation excessive. Ces mentions sont légalement obligatoires en vertu de l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées et en vertu du règlement européen 1924/2006.

Dans un autre projet de règlement européen en discussion, il est prévu de renforcer l'information au consommateur par la mention obligatoire de l'avertissement "Non recommandé aux enfants et aux femmes enceintes" dans le même champ visuel que le nom du produit.

La législation actuelle prévoit une limite maximale de 320 mg par litre de caféine, qui n'est autorisée que dans les boissons rafraîchissantes. Les produits constitués d'un mélange de boisson énergisante et d'alcool ne peuvent pas contenir de caféine, au contraire de certains produits commercialisés aux États-Unis.

J'ai interpellé le commissaire européen concernant la problématique de la consommation de caféine par la population. Cette problématique est étudiée au niveau européen dans le cadre de l'EFSA, qui envisage de lancer une étude de collecte de données.

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude déterminant le niveau de teneur en alcool et en caféine à partir duquel la toxicité du mélange est avérée.

Cependant, j'ai demandé à mon administration de faire des recherches sur ce point.

Les campagnes d'information relèvent des Communautés, qui devront tenir compte des résultats de l'enquête réalisée par le CRIOC et s'adapter au public visé, les jeunes.

De nombreuses actions de sensibilisation sont réalisées par les Communautés contre l'abus de consommation d'alcool.

01.03 Valérie De Bue (MR): Les boissons du type Red Bull, commercialisées chez nous, sont concernées.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Non, parce qu'elles ne contiennent pas d'alcool.

01.05 Valérie De Bue (MR): Soyons néanmoins vigilants, car les parts de marché de ces boissons ne font qu'augmenter.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le retard de la Belgique quant à l'usage de médicaments sublinguaux lors de *break through pain* chez les malades atteints de cancer" (n° 1089)

02.01 Maggie De Block (Open Vld): L'un des principaux problèmes en matière de soins palliatifs est, par exemple, la maîtrise de la douleur résultant, par exemple, de la croissance des tumeurs, qui est même plus intense que la douleur chronique ordinaire et qui annule l'effet des médicaments. La morphine ne produit aucun effet sur les poussées de "*break through pain*" – c'est-à-dire lorsque le niveau maximum de douleur est atteint après trois minutes – parce qu'elle ne commence à produire des effets qu'après trente minutes. Un médicament transmuqueux à base de fentanyl est reconnu dans la quasi-totalité des pays d'Europe, La Belgique, la Turquie et Chypre sont les seuls pays à ne pas utiliser cette catégorie de médicaments pour le traitement standard de lutte contre la douleur.

La ministre est-elle disposée à revoir l'avis négatif de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM)? Selon la CRM, le prix du médicament était trop élevé, alors que les prix sont toutefois encore plus élevés à l'étranger.

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Actuellement, outre les préparations magistrales morphiniques, deux spécialités non morphiniques utilisées pour le traitement des poussées de "*break through pain*" sont déjà indemnisables, à savoir le Temgesic et l'Oxycodone. La procédure relative à une troisième spécialité, le Palladone Immediate Release, est en cours.

Les patients oncologiques souffrant de "*break through pain*" paroxystique peuvent d'ores et déjà être traités adéquatement. Sur la base des informations scientifiques fournies par la firme pharmaceutique, compte tenu du cadre pharmaco-économique des deux spécialités concernées, l'Actic et l'Abstral, et en raison du fait qu'il existe une différence statistique significative par rapport à la morphine en ce qui concerne l'intensité et la réduction de la douleur à différents moments après l'administration du médicament, la CRM a rendu un avis négatif. Ces deux spécialités étaient en outre dix à vingt fois plus chères que la morphine. Leur coût était dès lors disproportionné en comparaison de l'avantage clinique qu'elles offraient.

À ce stade, il n'y a pas lieu de ne pas suivre l'avis négatif de la CRM. Les firmes pharmaceutiques peuvent toujours introduire une nouvelle demande. Si l'avis de la CRM restait défavorable, elles pourraient proposer de conclure une convention avec l'INAMI. Cette convention pourrait alors lever les obstacles budgétaires qui se dressent aujourd'hui devant l'accès au remboursement des spécialités concernées.

02.03 Maggie De Block (Open Vld): Je ne suis pas d'accord avec la comparaison établie par la ministre entre le prix de ces spécialités et le prix de la morphine. Ces spécialités produisent beaucoup plus d'effets que la morphine, laquelle est très bon marché mais a de nombreux effets secondaires, en particulier pour les patients en phase terminale. Il est de notre devoir de renforcer de manière suffisante l'arsenal analgésique dans le cadre des soins palliatifs.

L'incident est clos.

03 Questions jointes de

- **Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les bactéries productrices de BLSE" (n° 1078)**

- **Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'abus d'antibiotiques dans les hôpitaux et les maisons de repos" (n° 1132)**

- **M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation d'antibiotiques et la prévention de la Klebsiella pneumoniae multirésistante dans l'UE et dans notre pays" (n° 1133)**

Le **président**: Mme Detiège est excusée.

03.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Une étude révèle que 19 % des résidents de maisons de repos belges sont porteurs de la bactérie nosocomiale SARM. Dans l'intervalle, le problème s'est déjà étendu aux soins à domicile. Les causes en sont le recours inadéquat aux antibiotiques et surtout, des problèmes d'hygiène des mains et la non-utilisation d'un gel hydro-alcoolique par les prestataires de soins. Un budget a été affecté à la réalisation d'une étude sur l'amélioration de l'ensemble du processus pharmacologique. Enfin, un projet de lutte contre les infections liées à la dispensation de soins a été lancé par l'intermédiaire des Communautés et des Régions. Quels sont les résultats déjà observés grâce à ces projets? Une campagne de sensibilisation à un usage approprié des antibiotiques est en préparation. Sera-t-elle suivie d'autres initiatives? Publie-t-on des rapports annuels sur les réalisations y afférentes de la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC)?

03.02 Manu Beuselinck (N-VA): La Klebsiella pneumoniae multirésistante a été décelée sur cinq patients hospitalisés dans trois hôpitaux belges en 2008. Le problème se situe principalement en Grèce, où la résistance est devenue très importante. Le seul point positif actuellement identifiable est le recul du nombre d'infections au SARM dans certains pays.

Les conclusions rendues par le European Centre for Disease Prevention and Control correspondent-elles aux enseignements que l'on peut tirer des données relatives à la Belgique? A-t-on enregistré un accroissement du nombre de cas depuis 2008? Notre pays a-t-il pris une initiative en la matière dans le cadre de la présidence belge? Les directives et les actions visant à améliorer l'utilisation des antibiotiques ainsi que l'hygiène hospitalière sont-elles suffisantes aux yeux de la ministre?

03.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Les bactéries porteuses de BLSE (β -lactamase à spectre étendu) ont été décelées sur de la volaille, des porcs et des humains. Le risque d'entrer en contact avec ces bactéries est considérable. Les E. coli retrouvées dans les carcasses de poulet présentent une résistance élevée à certains antibiotiques. On retrouve le germe résistant dans 15 % des découpes et 64 % des carcasses de poulet. La viande de poulet peut toutefois être consommée sans danger moyennant le respect des règles d'hygiène élémentaires et une cuisson suffisante.

L'équipe de surveillance des infections nosocomiales de l'Institut Scientifique de Santé Publique surveille différentes bactéries à problèmes dans les hôpitaux. Les E. coli positives pour les BLSE n'évoluent pas favorablement dans les hôpitaux, contrairement aux Klebsiella résistantes et aux souches Enterobacter positives pour les BLSE. L'évolution du nombre de cas d'infection par 1 000 hospitalisations le prouve sans la moindre équivoque.

La question de la surconsommation et de la consommation abusive d'antibiotiques doit être examinée tant sur le plan national qu'à l'échelon européen et ceci tout à la fois pour la médecine humaine et pour la

médecine vétérinaire. À cet effet, en Belgique, la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (*Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*, BAPCOC) a développé depuis 1999 une série de projets et d'initiatives: il s'agit, entre autres, de différentes campagnes, de la création de groupes de gestion, de publications et d'études de soutien stratégique.

En 2011, des études bisannuelles seront lancées sur les infections nosocomiales et l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux. L'INAMI élabore par ailleurs une proposition concernant un appel à projets dans des maisons de repos. Les documents de la BAPCOC peuvent être consultés sur le site internet du SPF Santé publique.

En raison de la multiplication des germes producteurs de BLSE, la présence de germes multirésistants importés et l'interaction présumée avec l'utilisation des antibiotiques dans le secteur vétérinaire, j'ai demandé un avis politique à la MedVet Task Force. Cet avis permet provisoirement de conclure que la politique coordonnée par la BAPCOC apporte les réponses nécessaires dans le secteur des soins de santé aux êtres humains mais que de nouvelles initiatives s'imposent dans le secteur vétérinaire.

Légalement, un conseil scientifique doit définir les critères d'évaluation des profils des vétérinaires en matière de prescription. La création de ce conseil est donc prioritaire. L'AFMPS a récemment publié sur son site internet une rubrique question-réponse concernant le bon usage du système qui consiste à utiliser des médicaments pour une autre espèce animale que l'espèce prévue. L'AFMPS est également compétente pour contrôler si le vétérinaire qui tient un dépôt applique le système correctement. Dans certains cas, des amendes ont déjà été infligées.

En collaboration avec le European Center for Disease Prevention and Control, la BAPCOC a organisé en novembre 2010 un colloque de trois jours avec des ateliers sur les campagnes en faveur de l'hygiène des mains, les indicateurs de qualité dans les hôpitaux, la méthodologie commune pour la recherche sur les infections nosocomiales, l'usage d'antibiotiques dans des hôpitaux aigus et la prévention d'infections et l'usage d'antibiotiques dans des maisons de repos. Ce colloque a conduit à un consensus sur la démarche à suivre concernant la poursuite de la lutte contre ce problème.

03.04 **Manu Beuselinck** (N-VA): Je juge très important d'avoir une approche à l'échelle européenne.

L'incident est clos.

04 **Question de M. David Clarinval à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les mesures mises en œuvre en faveur de la médecine générale en zone rurale depuis le vote de la résolution 1546/007" (n° 1119)**

04.01 **David Clarinval** (MR): Le 29 avril 2010 la Chambre a voté, à l'unanimité, la proposition de résolution, déposée par le MR, en faveur de l'attractivité de la médecine générale en zone rurale. Les mesures visent la valorisation de la médecine générale, la diminution des contraintes administratives, l'obligation de déplacement, l'organisation des gardes et la revalorisation de l'honoraire de disponibilité.

Quelles sont les mesures mises en œuvre à la suite du vote de la résolution 1546/007?

04.02 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*): La médecine générale doit rester le pivot central de notre système de soins. De nombreuses mesures ont été prises depuis trois ans, particulièrement dans certaines zones, comme l'élargissement des zones du fonds Impulseo, les pouvoirs plus importants donnés aux cercles de généralistes et l'augmentation progressive du quota minimum de généralistes de 300 à 400 par an.

J'ai également donné un nouveau statut aux généralistes en formation pour une plus grande protection sociale. Les honoraires des généralistes ont augmenté de 40 % en 5 ans.

J'ai dégagé un budget dans le cadre du Plan Cancer, qui permettra d'intégrer dans le dossier médical global un module de prévention générale. La place centrale du généraliste est également confortée dans la prise en charge des pathologies chroniques. J'ai créé les réseaux locaux multidisciplinaires et permis aux cercles de participer de manière active à l'extension des zones Impulseo dont le fonds permettra également de diminuer le travail administratif. La prescription de certains médicaments chroniques a été simplifiée ainsi que la nomenclature des visites à domicile pour les généralistes.

Un autre volet important comprend les mesures mises en place pour améliorer la garde de la première ligne.

Les subsides accordés sont d'un peu plus de 2 millions d'euros en 2008 et 3,4 millions en 2010 et un dispatching central est organisé actuellement pour le Hainaut et Bruges. Il pourrait peu à peu être étendu à l'ensemble du pays.

D'autres mesures devront certainement être prises prochainement, en collaboration avec les acteurs de terrain et les responsables locaux et régionaux.

04.03 David Clarinval (MR): Je constate que les mesures sont nombreuses et vont dans le bon sens.

L'incident est clos.

Le **président**: La question prioritaire n° 1171 de Mme Detiège est transformée en question écrite.

05 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les soins apportés dans les centres de référence neuromusculaires aux patients souffrant du syndrome post-polio" (n° 1182)

05.01 Franco Seminara (PS): Les patients souffrant du syndrome post-polio peuvent bénéficier, dans six centres de référence pour maladies neuromusculaires, de soins optimaux aux plans médical, para-médical, psychologique et social. Selon les associations que j'ai rencontrées, il est difficile de savoir quels soins spécifiques sont offerts à ces patients.

Pouvez-vous m'indiquer la façon dont les soins sont organisés pour ces personnes? Bénéficient-elles de soins spécifiques liés à leur handicap? Un échange de bonnes pratiques entre les centres et par pathologie existe-t-il?

Quel est le traitement réservé au rapport annuel qu'ils sont tenus de rédiger et de transmettre au Service des soins de santé de l'INAMI?

Qu'en est-il de la création du Conseil d'accord regroupant les médecins coordinateurs des centres et des membres du Collège des médecins directeurs?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Le suivi des patients souffrant du syndrome post-polio représente 2 % des activités des six centres de référence pour personnes atteintes de maladies neuromusculaires, selon le dernier rapport annuel de l'INAMI concernant les activités de ces centres de référence pour 2006.

En 2007, les rapports annuels ont été remplacés par un système d'enregistrement des caractéristiques des patients suivis par les centres de référence, dans le but de constituer une base de données permettant de systématiser, de diffuser et d'améliorer les connaissances. Le démarrage d'un tel système d'enregistrement nécessite du temps. Les résultats relatifs à 2008 sont attendus pour début 2011.

Le contenu précis du suivi peut varier grandement d'un patient à l'autre en vertu de l'obligation de la Convention d'offrir à chaque patient un programme sur mesure. Je ne dispose pas à l'heure actuelle de données précises sur le contenu des programmes. Les prochains résultats devraient permettre d'obtenir des données plus précises par pathologie.

Actuellement, il n'existe pas de démarche concrète au sein du Conseil d'accord au sujet de l'échange de bonnes pratiques entre les CNRM et par pathologie. Toutefois, l'INAMI s'attend à ce que le projet d'enregistrement entraîne de tels échanges.

Lors des réunions du Conseil d'accord, la formule mise en place pour les centres de référence et les possibilités d'offrir des programmes adaptés aux besoins de chaque patient ont toujours été très appréciés.

05.03 Franco Seminara (PS): Cela concerne 10 000 personnes en Belgique. Je connais bien le problème. Vendredi, ce sera le jour de la personne handicapée. Je suis heureux du bilan que vous transmettez et je le relaierai auprès des associations qui m'ont interpellé.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- **Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le projet basé sur l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux" (n° 744)**

- **Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les recommandations du Centre fédéral d'expertise concernant la prise en charge des patients atteints d'une maladie mentale grave et persistante" (n° 1190)**

06.01 Nathalie Muylle (CD&V): L'exécution de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux nous met face à de grands défis. Des circuits et des réseaux de soins doivent être organisés et le budget des hôpitaux doit en partie être réorienté. Il me semble utile de consacrer un débat à cette problématique au sein de cette commission.

Le 31 octobre 2010, les dossiers des bassins de soins devaient être déposés. La ministre disposerait d'un budget de 5 millions d'euros. Dix projets peuvent dès lors être lancés. Qui évaluera les candidatures et qui réalisera la sélection? Quand les bassins de soins seront-ils opérationnels? Qu'en est-il des institutions et des bassins qui ne font pas partie des dix premiers? Pourront-ils à nouveau déposer un dossier en 2011? La ministre maintiendra-t-elle également le montant de 5 millions après 2011? Dix nouveaux projets seront-ils à nouveau lancés en 2012? Les adaptations de loi relatives aux soins de santé mentale et aux habitations protégées seront-elles finalisées pour le 1^{er} janvier 2011?

06.02 Maggie De Block (Open Vld): Le Centre d'expertise des soins de santé souligne l'importance d'une harmonisation de la politique entre les Communautés et le niveau fédéral. Plusieurs pas ont déjà été franchis dans la bonne direction. En vertu de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, des lits peuvent être temporairement mis hors service dans le secteur des soins de santé mentale résidentiels. Les moyens libérés peuvent être affectés à des équipes soignantes mobiles.

Quelles autres mesures seront encore prises pour donner suite aux observations du Centre d'expertise? Quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre de l'article 107? Comment se déroule la concertation interministérielle? Le résumé psychiatrique minimum tenu à jour depuis plusieurs années déjà peut-il être traduit en données utilisables pour la politique de santé mentale?

06.03 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Je suis partisane d'un débat sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux. C'est une excellente réalisation de la conférence interministérielle.

(En français) Il serait intéressant d'organiser un débat sur la santé mentale. Une révolution est en préparation par le biais d'une désinstitutionnalisation et de projets pilotes menés sur le terrain, en concertation très étroite avec mes collègues communautaires et régionaux. Toute la réforme émane du terrain. Je serais ravie que les acteurs de ces réformes puissent venir exposer ici leur travail.

(En néerlandais) Les recommandations du Centre fédéral d'expertise s'inscrivent dans l'exécution des

engagements souscrits par la conférence interministérielle sur la nouvelle organisation des soins de santé mentale. Le 26 avril 2010, tous les ministres compétents ont signé des guides bilatéraux qui préconisent cinq modèles fonctionnels en matière de soins de santé mentale. Le premier modèle concerne les activités de prévention, de promotion, de diagnostic et de screening. Le deuxième modèle concerne les équipes de soins ambulatoires, le troisième la rééducation, le quatrième les unités de traitement résidentiel et le cinquième les formes d'habitat où les soins sont dispensés lorsque le milieu familial ne s'y prête pas. Le traitement, l'accompagnement et le travail thérapeutique au sein du milieu familial sont essentiellement consolidés par les premier, deuxième et cinquième modèles.

Au cours d'une première phase, les projets seront testés sur un certain nombre de personnes. Ces projets pouvaient être introduits jusqu'au 31 octobre. Au début du mois de décembre, les responsables des projets seront informés de la suite des opérations. L'État fédéral, les Régions et les Communautés ont très bien collaboré. Toutes les informations seront publiées sur le site www.psy107.be. Des visites d'études ont en outre été effectuées à Birmingham et à Lille.

Un budget de 5 millions d'euros a été réservé et dix projets pourront dès lors être lancés en 2011. Nous attachons beaucoup d'importance à ces dossiers et de nouveaux moyens ont donc été dégagés, sans aucune mesure d'économie. Un élargissement éventuel dépendra du budget de 2012. Le gouvernement suivant devra décider si une adaptation de la législation relative aux habitations protégées et aux maisons de soins psychiatriques est nécessaire.

Un chapitre important de la réforme des soins de santé mentale est l'accompagnement scientifique. Un plan de formation intégral a dès lors été élaboré. Le 26 novembre, une première journée de formation a été organisée pour les coordinateurs et les promoteurs de réseau. Les 7, 16 et 17 décembre, une formation supplémentaire relative aux réseaux de soins de santé mentale visés par le programme de réforme est prévue.

Le résumé psychiatrique minimum (RPM) est un instrument utilisé dans les établissements résidentiels. Étant donné que l'objectif est de permettre aux patients de rester tant que possible dans leur propre environnement, l'accent étant mis sur les soins ambulatoires, nous devons examiner si le RPM est un instrument adéquat et fournissant des informations fiables à cet effet.

06.04 Nathalie Muylle (CD&V): Est-il prévu que des projets puissent déjà démarrer en 2011?

06.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Oui.

L'incident est clos.

La réunion publique est levée à 15 h 12.

De vergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.

01 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de energiedrankjes" (nr. 1086)

01.01 Valérie De Bue (MR): Een studie van de Amerikaanse *Food and Drug Administration* heeft aangetoond dat de combinatie van energiedrankjes en alcohol een zogenaamd *wide-awake drunk effect* kan hebben. De cafeïne zou de dronkenschap maskeren. Personen die regelmatig energiedrankjes gebruiken, zouden makkelijk verslaafd raken aan alcohol.

In 2009 waarschuwde de Hoge Gezondheidsraad in een rapport voor de gevaren van een overmatige consumptie van energiedrankjes en alcoholverslaving.

Moet er geen sensibiliseringscampagne worden opgezet of zijn er geen andere initiatieven vereist?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Bij mijn weten zijn drankjes die zowel cafeïne als alcohol bevatten niet verkrijgbaar op de Belgische markt. Dergelijke producten vallen onder de toepassing van de algemene levensmiddelenverordening 178/2002, die voorziet in verbodsmaatregelen ten aanzien van voedingsmiddelen

die als gevaarlijk voor de gezondheid worden beschouwd.

Krachtens de Belgische wetgeving inzake voedseladditieven mag cafeïne uitsluitend worden toegevoegd aan frisdranken. Onze wetgeving biedt dus alle nodige garanties om consumenten die een risico lopen, te beschermen en te informeren.

Het etiket moet melding maken van het hoge cafeïnegehalte en moet een waarschuwing bevatten voor personen die het product beter niet zouden gebruiken. Producten die gezondheidsrisico's inhouden bij overmatig gebruik, moeten als dusdanig worden aangemerkt. Die vermeldingen zijn verplicht krachtens het koninklijk besluit van 13 september 1999 betreffende de etikettering van voorverpakte voedingsmiddelen en de Europese verordening 1924/2006.

Overeenkomstig een andere Europese ontwerpverordening die nu besproken wordt, zal de consumenteninformatie uitgebreid worden met de verplichte vermelding van de waarschuwing "Niet aanbevolen voor kinderen en zwangere vrouwen" in hetzelfde gezichtsveld als de productnaam.

De huidige wetgeving voorziet in een maximumhoeveelheid van 320 mg cafeïne per liter, en dat is enkel toegestaan voor frisdranken. Producten waarin een energiedrank en alcohol gecombineerd worden, mogen geen cafeïne bevatten, in tegenstelling tot sommige producten op de Amerikaanse markt.

Ik heb de Europese commissaris geïnterpelleerd over het cafeïnegebruik door de bevolking. Die problematiek wordt op Europees niveau bestudeerd door de Europese Autoriteit voor voedselveiligheid EFSA, die overweegt om een studie in verband met gegevensverzameling op te starten.

Bij mijn weten bestaat er geen studie die aantoonst vanaf welk alcohol- en cafeïnegehalte het mengsel toxisch is. Ik heb mijn administratie niettemin gevraagd dat te onderzoeken.

De informatiecampagnes behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen, die rekening zullen moeten houden met de resultaten van het OIVO-onderzoek en de campagnes zullen moeten afstemmen op de doelgroep, namelijk de jongeren.

De Gemeenschappen voeren diverse sensibiliseringsacties tegen overmatig alcoholgebruik.

01.03 Valérie De Bue (MR): Het gaat dus ook om dranken zoals Red Bull, die bij ons in de handel zijn.

01.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Nee, die bevatten immers geen alcohol.

01.05 Valérie De Bue (MR): Waakzaamheid is niettemin geboden, want het marktaandeel van die dranken blijft stijgen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de achterstand in België betreffende het gebruik van sublinguale medicatie bij kankerdoorbraakpijnen" (nr. 1089)

02.01 Maggie De Block (Open Vld): Een van de grootste problemen bij palliatieve verzorging is het onder controle krijgen van de pijn die bijvoorbeeld ontstaat bij de doorgroei van tumoren en die zelfs de gewone chronische pijn en het effect van de medicatie doorbreekt. Bij doorbraakpijnen – waarbij de pijn al na drie minuten op zijn hevigst is – is morfine van geen nut, omdat dat middel pas na dertig minuten begint te werken. In vrijwel alle Europese landen is een transmucosaal middel op basis van fentanyl erkend. Enkel in België, Turkije en Cyprus behoort deze categorie van geneesmiddelen niet tot de standaardbehandeling van de pijnbestrijding.

Is de minister bereid om het negatieve advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG)

te herbekijken? Volgens de CTG was de prijs van het middel te hoog, terwijl nochtans de prijzen in het buitenland hoger liggen.

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Momenteel zijn er, naast de magistrale morfinebereidingen, reeds twee niet-morfinespecialiteiten voor de behandeling van paroxysmale doorbraakpijnen vergoedbaar, met name Temgesic en Oxycodone. De procedure voor een derde specialiteit, Palladone Immediate Release, loopt.

De oncologische patiënten met paroxysmale doorbraakpijn kunnen momenteel al adequaat worden behandeld. Op basis van de door de firma aangeleverde, wetenschappelijke informatie en het farmaco-economische kader van beide specialiteiten Actic en Abstral en omwille van een statistisch, significant verschil ten opzichte van morfine in de intensiteit en afname van de pijn op verschillende tijdstippen na de toediening, heeft de CTG een negatief advies uitgebracht. Beide specialiteiten waren ook tien- tot twintigmaal duurder dan de morfine. Dat was niet in verhouding tot de mate van het klinisch voordeel.

In dit stadium is er geen reden om het negatieve advies van de CTG niet te volgen. De betrokken firma's kunnen altijd een nieuwe aanvraag indienen. Indien het advies van de CTG negatief zou blijven, kunnen zij voorstellen om een overeenkomst met het RIZIV te sluiten. Een dergelijke overeenkomst zou dan de budgettaire hinderpalen voor de toegang tot de terugbetaling kunnen opheffen.

02.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Ik ben het er niet mee eens dat men de prijs vergelijkt met die van morfine. De werking is krachtiger. Morfine is heel goedkoop, maar heeft ook heel veel neveneffecten, zeker voor terminale patiënten. We moeten het arsenaal van pijnbestrijding bij palliatieve verzorging voldoende krachtig maken.

Het incident is gesloten.

03 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Maya Detiège** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "esbl-vormende bacteriën" (nr. 1078)
- mevrouw **Reinilde Van Moer** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het misbruik van antibiotica in ziekenhuizen en rusthuizen" (nr. 1132)
- de heer **Manu Beuselinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het antibioticagebruik en het voorkomen van multiresistente *Klebsiella pneumoniae* in de EU en ons land" (nr. 1133)

De **voorzitter**: Mevrouw Detiège is verontschuldigd.

03.01 **Reinilde Van Moer** (N-VA): Volgens een onderzoek is 19 procent van de Belgische rusthuisbewoners drager van de mrsa-ziekenhuisbacterie. Het probleem bestaat intussen ook al in de thuiszorg. De oorzaken zijn het oneigenlijke gebruik van antibiotica, maar vooral de handhygiëne en het gebruik van alcogel bij de zorgverstrekkers. Er werd een budget uitgetrokken om na te gaan hoe men het volledige geneesmiddelenproces kan verbeteren. Tenslotte werd er via de Gemeenschappen en de Gewesten een project opgestart om de infecties tegen te gaan die met de zorgverstrekking zijn verbonden. Wat hebben deze projecten al opgeleverd? Er staat een campagne voor verstandig antibioticagebruik op stapel. Komen er nog andere initiatieven? Zijn er jaarverslagen over de realisaties ter zake van het Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC)?

03.02 **Manu Beuselinck** (N-VA): In 2008 kwam de multiresistente *Klebsiella pneumoniae* in drie verschillende ziekenhuizen bij vijf patiënten in ons land voor. Het probleem ligt voornamelijk in Griekenland, waar de resistentie zeer groot is geworden. Het enig lichtpuntje vandaag is dat in sommige landen het aantal mrsa-besmettingen afneemt.

Komen de bevindingen van het European Centre for Disease Prevention and Control overeen met de conclusies die men kan trekken op basis van de Belgische gegevens? Zijn er sedert 2008 nog meer gevallen geregistreerd? Heeft België als EU-voorzitter een initiatief genomen? Acht de minister de richtlijnen en acties

voor het beter gebruik van antibiotica en het verbeteren van de ziekenhuishygiëne voldoende?

03.03 Minister **Laurette Onkelinx** (Nederlands): De esbl-dragende bacteriën (extended spectrum beta lactamases) werden teruggevonden bij pluimvee, varkens en mensen. Het risico om ermee in aanraking te komen is groot. Bij e. coli op kippenkarkassen bestaat een hoge resistentie voor sommige antibiotica. De resistente kiem komt voor in 15 procent van kippendelen en 64 procent van de kippenkarkassen. Bij toepassing van de essentiële hygiënevoorschriften en voldoende verhitting van het vlees is het eten van kippenvlees echter veilig.

Het toezichtteam voor nosocomiale infecties van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bewaakt verschillende probleembacteriën in ziekenhuizen. De voor esbl positieve e.coli evolueert ongunstig in de ziekenhuizen, dit in tegenstelling tot resistente Klebsiella en voor esbl positieve enterobacterstammen. De evolutie van het aantal infectiegevallen per 1.000 ziekenhuisopnames wijst dit alles ondubbelzinnig uit.

De problematiek van de overconsumptie en het oneigenlijke gebruik van antibiotica moeten zowel nationaal als op Europees vlak en zowel in de humane als in de diergeneeskunde worden onderzocht. Daartoe heeft in België het *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee* (BAPCOC) sinds 1999 een aantal projecten en initiatieven uitgewerkt, met diverse campagnes, de oprichting van beleidsgroepen, publicaties en beleidsondersteunende studies.

In 2011 zal men ook tweejaarlijkse studies opstarten inzake nosocomiale infecties en het gebruik van antibiotica in ziekenhuizen. Het RIZIV werkt tevens een voorstel uit voor een oproep tot projecten in rusthuizen. De documenten van het BAPCOC zijn te vinden op de website van de FOD Volksgezondheid.

Omwille van de toename van esbl-producerende kiemen, het voorkomen van ingevoerde multiresistente kiemen en de vermoede interactie met antibioticagebruik in de veterinaire sector heb ik de MedVet Task Force van het BAPCOC om een beleidsadvies verzocht. Uit dat advies kan men voorlopig afleiden dat het door het BAPCOC gecoördineerde beleid de nodige antwoorden biedt in de humane gezondheidszorg, maar in de veterinaire sector zijn wel nieuwe initiatieven nodig.

Wettelijk gezien moet een wetenschappelijke raad de criteria vastleggen ter beoordeling van het voorschrijfgedrag van de dierenartsen. De oprichting van die raad is dus prioritair. Het FAGG heeft onlangs op zijn website een vraag- en antwoordrubriek gepubliceerd omtrent het goed gebruik van het systeem waarbij men geneesmiddelen mag gebruiken voor een andere diersoort dan de voorziene. Het FAGG heeft ook de bevoegdheid om de deponerende dierenarts te controleren op een correcte toepassing. In bepaalde gevallen werden trouwens al boetes uitgeschreven.

BAPCOC heeft in samenwerking met het European Center for Disease Prevention and Control in november 2010 een driedaags symposium georganiseerd met workshops over de campagnes voor handhygiëne, kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen, de gemeenschappelijke methodologie met onderzoek naar ziekenhuisinfecties en het gebruik van antibiotica in acute ziekenhuizen en preventie van infecties en gebruik van antibiotica in rusthuizen. Dit symposium heeft geleid tot een consensus over de stappen inzake de verdere bestrijding van het probleem.

03.04 **Manu Beuselinck** (N-VA): Voor mij is een aanpak op Europees niveau zeer belangrijk.

Het incident is gesloten.

04 **Vraag van de heer David Clarinval aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de maatregelen ter bevordering van de huisartsgeneeskunde in landelijke gebieden sinds de goedkeuring van de resolutie 1546/007" (nr. 1119)**

04.01 **David Clarinval** (MR): Op 29 april 2010 werd het door de MR ingediende voorstel van resolutie betreffende de aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde, in het bijzonder in landelijke gebieden en in gebieden met een artsentekort, unaniem goedgekeurd door de Kamer. De voorgestelde maatregelen hebben betrekking op de opwaardering van het huisartsenberoep, de vermindering van de administratieve lasten, de noodzaak voor de huisarts om bij de patiënt op huisbezoek te gaan, de organisatie van de nacht- en weekenddiensten en de verhoging van het beschikbaarheidshonorarium.

Welke maatregelen werden er effectief ten uitvoer gelegd na de goedkeuring van resolutie 1546/007?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De huisartsgeneeskunde moet de spil van ons gezondheidszorgsysteem blijven. De jongste drie jaar werden er tal van maatregelen genomen, in het bijzonder in bepaalde zones. Ik denk bijvoorbeeld aan de uitbreiding van de zones in het kader van het Impulsefonds, de toekenning van grotere bevoegdheden aan de huisartsenkringen en het geleidelijk optrekken van het minimumquotum voor huisartsen van 300 tot 400 per jaar.

Ik heb er ook voor gezorgd dat er een nieuw statuut kwam voor de huisartsen in opleiding, wat leidde tot een betere sociale bescherming. De honoraria van de huisartsen zijn in vijf jaar tijd met 40 procent toegenomen.

In het kader van het Kankerplan heb ik kredieten vrijgemaakt waarmee in het globaal medisch dossier een algemene preventiemodule kan worden opgenomen. Ook wat de behandeling van chronische ziekten betreft, wordt de centrale rol van de huisarts versterkt. Ik heb de lokale multidisciplinaire netwerken opgericht. De huisartsenkringen konden actief meewerken aan de uitbreiding van de Impulsezones. Dankzij het Impulsefonds zal de administratieve rompslomp voor de huisartsen afnemen. Het voorschrijven van chronische geneesmiddelen werd vereenvoudigd, evenals de nomenclatuur voor de huisbezoeken door huisartsen.

Niet minder belangrijk zijn de maatregelen om de eerstelijnswachtdiensten te verbeteren.

In 2008 werd er iets meer dan 2 miljoen euro aan subsidies toegekend en in 2010 3,4 miljoen; er wordt momenteel een centrale dispatching georganiseerd voor Henegouwen en voor Brugge. Die dienst zou geleidelijk aan kunnen worden uitgerold over het volledige land.

Er zullen binnenkort zeker verdere maatregelen nodig zijn, die in samenwerking met de veldwerkers en de lokale en regionale verantwoordelijken zullen worden genomen.

04.03 **David Clarinval** (MR): Ik stel vast dat er tal van maatregelen werden genomen en dat ze in de goede richting gaan.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De prioritaire vraag nr. 1171 van mevrouw Detiège wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

05 **Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de behandeling van patiënten met postpoliosyndroom in neuromusculaire referentiecentra" (nr. 1182)**

05.01 **Franco Seminara** (PS): Patiënten met het postpoliosyndroom kunnen in zes neuromusculaire referentiecentra terecht voor een optimale medische, paramedische, psychologische en sociale verzorging. Volgens de verenigingen die ik ontmoette, is het moeilijk om te achterhalen welke specifieke zorg er aan die patiënten wordt aangeboden.

Hoe wordt de verzorging van die personen georganiseerd? Krijgen zij specifieke zorg, aangepast aan hun handicap? Wisselen de centra per ziektebeeld hun best practices uit?

Wat gebeurt er met het jaarverslag dat zij moeten opstellen en aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV moeten verzenden?

Hoe staat het met de oprichting van een Akkoordraad met de coördinerende geneesheren van de centra en leden van het College van geneesheren-directeuren?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Volgens het laatste jaarverslag (2006) van het RIZIV over de activiteiten van de zes neuromusculaire referentiecentra vertegenwoordigt de opvolging van patiënten met het postpoliosyndroom 2 procent van de activiteiten van die centra.

In 2007 werden de jaarverslagen vervangen door de registratie van de karakteristieken van de patiënten die gevolgd worden door de referentiecentra. Het is de bedoeling om op die wijze een databank aan te leggen en de kennis te systematiseren, te verspreiden en te verfijnen. Het opstarten van een dergelijk registratiesysteem vergt tijd. Verwacht wordt dat de resultaten voor 2008 begin 2011 bekend zullen zijn.

De precieze invulling van de opvolging kan sterk variëren afhankelijk van de patiënt, omdat volgens de overeenkomst elke patiënt een programma op maat moet worden aangeboden. Ik beschik momenteel niet over nauwkeurige gegevens over de inhoud van de programma's. Als de volgende resultaten bekend zijn, zou dat nauwkeurigere gegevens per ziektebeeld moeten opleveren.

Momenteel wordt er in de Akkoordraad niets concreets ondernomen op het stuk van de uitwisseling – per ziektebeeld – van best practices tussen de referentiecentra. Het RIZIV verwacht echter dat het registratieproject tot een dergelijke uitwisseling zal leiden.

Tijdens de vergaderingen van de Akkoordraad was er steeds veel waardering voor het systeem dat voor de referentiecentra werd uitgewerkt, en voor de mogelijkheid om programma's af te stemmen op de behoeften van elke patiënt.

05.03 Franco Seminara (PS): Het gaat over 10.000 personen in België. Ik ben vertrouwd met het probleem. Vrijdag is het Wereldgehandicaptendag. De balans die u voorlegt, vind ik verheugend, en ik zal dit zeker doorgeven aan de verenigingen die dit bij mij hebben aangekaart.

Het incident is gesloten.

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het project op basis van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen" (nr. 744)
- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum over de behandeling van langdurig psychiatrische patiënten" (nr. 1190)

06.01 Nathalie Muylle (CD&V): De uitvoering van artikel 107 van de ziekenhuiswet plaatst ons voor grote uitdagingen. Circuits en zorgnetwerken moet worden georganiseerd en een deel van het ziekenhuisbudget moet een andere oriëntatie krijgen. Het lijkt mij nuttig om daaraan in deze commissie eens een debat te wijden.

Op 31 oktober 2010 moesten de dossiers van de zorgregio's ingediend zijn. De minister zou een budget van 5 miljoen euro ter beschikking hebben. Daarmee kunnen tien projecten worden opgestart. Wie zal de kandidaturen beoordelen en de selectie maken? Wanneer kunnen de zorgregio's van start gaan? Wat met de instellingen en regio's die niet bij de eerste tien zijn? Kunnen zij in 2011 opnieuw een dossier indienen? Houdt de minister ook na 2011 vast aan het bedrag van 5 miljoen? Komen er in 2012 nog eens tien projecten bij? Zullen de wetaanpassingen inzake de geestelijke gezondheidszorg en beschut wonen klaar zijn tegen 1 januari 2011?

06.02 Maggie De Block (Open Vld): Het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg benadrukt het belang van een goede afstemming van het beleid tussen de Gemeenschappen en het federale niveau. Er zijn al stappen in de goede richting gezet. Op basis van artikel 107 van de ziekenhuiswet kunnen bedden in de residentiële geestelijke gezondheidszorg tijdelijk buiten gebruik worden gesteld. De vrijgekomen middelen worden ingezet voor mobiele behandelingsteams.

Welke andere maatregelen zullen nog worden genomen om tegemoet te komen aan de opmerkingen van het Kenniscentrum? Wat is de stand van zaken van de uitvoering van artikel 107? Hoe verloopt het interministerieel overleg? Kunnen de minimale psychiatrische gegevens die al jaren worden bijgehouden, worden herleid tot bruikbare data voor het geestelijk gezondheidsbeleid?

06.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik ben voorstander van een debat over artikel 107 van de ziekenhuiswet. Het is een uitstekende realisatie van de interministeriële conferentie.

(*Frans*) We zouden een debat over de geestelijke gezondheid kunnen organiseren, dat zou zeker interessant zijn. Er is een revolutie op til, door een extramurale organisatie van de zorg en via proefprojecten, in nauw overleg met mijn gemeenschaps- en gewestcollega's. De hele hervorming stoelt op een bottom-up benadering. Het zou me zeer verblijden dat de actoren van deze hervormingen hun werk hier zouden kunnen komen toelichten.

(*Nederlands*) De aanbevelingen van het Kenniscentrum passen in de uitvoering van de engagementen van de interministeriële conferentie over de nieuwe organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Op 26 april 2010 hebben alle bevoegde ministers bilaterale gidsen ondertekend die vijf functionele modellen inzake geestelijke gezondheidszorg voorstellen. Het eerste model betreft activiteiten voor preventie, promotie, diagnose en screening. Het tweede ambulante zorgteams, het derde de rehabilitatie, het vierde de residentiële behandelunits en het vijfde de woonvormen waar zorg verleend wordt als het thuismilieu daar niet toe in staat is. Vooral het eerste, tweede en vijfde model versterken de behandeling, begeleiding en herstelgericht werken in het thuismilieu.

In een eerste fase worden projecten op een aantal mensen uitgetest. Tot 31 oktober konden projecten worden ingediend. Begin december zullen de projecten worden ingelicht over het verdere verloop. De federale overheid, de Gewesten en Gemeenschappen hebben zeer goed samengewerkt. Alle informatie wordt gepubliceerd op een website, www.psy107.be. Er werden ook studiebezoeken aan Birmingham en Lille georganiseerd.

Er werd een budget uitgetrokken van 5 miljoen euro, zodat in 2011 tien projecten kunnen starten. Omdat we dit zeer belangrijk vinden, werden nieuwe middelen uitgetrokken en er werd hier dus niet op bespaard. Een eventuele uitbreiding is afhankelijk van het budget van 2012. De volgende regering zal moeten beslissen of een aanpassing van de wetgeving over het beschermd wonen en huizen voor psychiatrische zorgen nodig is.

Een belangrijk onderdeel van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is wetenschappelijke begeleiding. Er werd daarom een volledig vormingsplan uitgewerkt. Op 26 november werd een eerste vormingsdag georganiseerd voor de netwerkcoördinatoren en promotoren. Op 7, 16 en 17 december is er een bijkomend vormingsinitiatief gepland over de netwerken in de geestelijke gezondheidszorg van het hervormingsprogramma.

De minimale psychische gegevens (MPG) is een instrument dat gebruikt wordt in de residentiële voorzieningen. Vermits het de bedoeling is om patiënten zoveel mogelijk in de thuisomgeving te laten, waarbij de nadruk ligt op ambulante verzorging, moeten we onderzoeken of MPG daarvoor een geschikt instrument is dat betrouwbare informatie oplevert.

06.04 **Nathalie Muylle** (CD&V): Is het de bedoeling dat er in 2011 al projecten kunnen starten?

06.05 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ja.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.12 uur.