

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 24 NOVEMBRE 2010

WOENSDAG 24 NOVEMBER 2010

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.11 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.
La séance est ouverte à 14.11 heures et présidée par M. Hans Bonte.

De **voorzitter**: Ik stel voor de agenda aan te vatten met een lange reeks prioritaire vragen. De opmerkingen die vanmorgen in de commissie werden gemaakt, zijn inmiddels overgezonden aan de Conferentie van voorzitters en zullen het voorwerp uitmaken van een evaluatie over een tweetal weken. Wij zullen zien waar wij dan staan.

01 **Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les moyens supplémentaires prévus pour le suivi des bébés nés prématurément" (n° 789)**

01 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de extra middelen die worden uitgetrokken voor de opvolging van te vroeg geboren baby's" (nr. 789)**

01.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, j'avais prévu de poser cette question avant le 17 novembre, date de la Journée mondiale des enfants prématurés. Des actions avaient été organisées dans cinq hôpitaux belges pour sensibiliser le public et montrer qu'un suivi était en train de se développer à ce sujet.

Le 15 octobre dernier, le gouvernement fédéral a entériné l'octroi de 2 millions d'euros supplémentaires pour le suivi des bébés nés prématurément. Si j'ai bien compris, cette somme fait partie des 60 millions engagés dans le budget 2011 de l'INAMI pour de nouvelles politiques.

Toutefois, je n'ai pas réussi à trouver sur quoi portaient ces 2 millions. Concernent-ils l'élargissement de 32 à 35 cinq semaines la période de remboursement du vaccin contre le VRS, dont nous savons qu'il permet de diminuer le nombre de cas d'asthme et de problèmes de bronches importants? Cette somme va-t-elle couvrir une harmonisation et une systématisation des enregistrements des données et de leur suivi? Une part est-elle réservée à la coordination avec les Communautés? En effet, nous savons qu'il faut améliorer l'accompagnement des parents. Ou bien ce montant servira-t-il à d'autres dispositions?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, 2 millions d'euros sont effectivement prévus dans le budget 2011.

Cette mesure sera concrétisée par la conclusion de conventions entre le comité de l'assurance soins de santé et les services qui assurent le suivi des bébés nés prématurément. Ce sera au collège des médecins directeurs d'élaborer un projet de convention qui définira d'une façon précise quand les bébés nés prématurément entrent en ligne de compte pour un tel suivi ainsi que son contenu.

Par ailleurs, la convention va fixer l'intervention de l'assurance dans ce type de suivi ainsi que les conditions applicables au service qui organise ce type de suivi. Les candidatures pour la conclusion d'une telle convention sont donc examinées sur base de ces conditions.

Les modalités doivent encore être élaborées. Cela étant dit, pour vous donner une petite idée, je vais vous citer la description de la mesure reprise dans la proposition budgétaire qui a été émise en juin dernier.

"Chaque année environ, 1 200 enfants naissent prématurément en Belgique - à savoir des enfants nés avant la 32^e semaine de grossesse et/ou un poids à la naissance inférieur à 1,5 kilo. Ces enfants risquent de connaître divers problèmes importants de développement. Il peut s'agir de problèmes d'apprentissage et de comportement qui souvent sont qualifiés de léger handicap mais ils ont quand même un impact important sur la scolarité et le développement psychosocial de ces enfants. Dans d'autres cas, ces enfants sont réellement confrontés à des handicaps beaucoup plus lourds, un handicap sensoriel comme les troubles de la vue et de l'ouïe ou un handicap mental. Le moment où ces troubles du développement et handicaps peuvent être diagnostiqués diffère d'une affection à l'autre. Certains handicaps relativement lourds peuvent être détectés assez tôt. Les troubles de développement les moins graves se manifestent souvent plus clairement à un moment ultérieur au moment où les enfants sont déjà à l'école.

Grâce à une approche précoce et une revalidation des troubles du développement, des affections et handicaps auxquels ces enfants sont confrontés, il est souvent possible de prévenir l'apparition d'un réel handicap ou de limiter l'impact d'un handicap éventuel ou de troubles du développement éventuels. De ce fait, un diagnostic précoce est très important. Dans la pratique, la moitié des enfants ne seraient plus suivis de manière systématique après l'âge de deux ans. Le nécessaire suivi multidisciplinaire de ces enfants n'est d'ailleurs pas financé pour l'instant par l'assurance soins de santé."

Depuis 2008, dans la partie francophone du pays, un projet pilote a été mis sur pied avec les moyens de Cap 48, la campagne de solidarité de la RTBF. Ce financement expérimental s'étale sur trois ans et se terminera donc bientôt. Le collège pense qu'il est important de prévoir dans tout le pays un *screening* multidisciplinaire régulier chez les enfants nés très prématurément et ainsi poursuivre le projet de Cap 48.

Concrètement, ces enfants seraient suivis jusqu'à l'âge de sept ans par une équipe multidisciplinaire. Le contenu du *screening* serait déterminé par l'âge de l'enfant. Il faudra prévoir au moins six moments de *screening* pendant la période de suivi complète; le dernier *screening* aurait lieu à l'âge de sept ans. Ce *screening* aurait lieu dans des hôpitaux conventionnés avec un agrément ou dans des services qui travaillent étroitement avec ces hôpitaux.

Pour obtenir la collaboration nécessaire des parents, il est important que ce *screening* soit gratuit ou presque gratuit. Pour financer ce *screening*, le collège estime qu'un budget de 2 millions d'euros est nécessaire. Le financement se ferait donc sur base des conventions dont je vous parlais au début de mon intervention.

En ce qui concerne votre dernière question, je suis tout à fait d'accord avec vous sur le fait qu'un enregistrement systématique des résultats des suivis est opportun. Le cas échéant, il y a lieu d'inscrire dans les conventions à conclure le principe et les modalités d'un tel enregistrement.

Je partage aussi votre opinion quand vous dites que les services conventionnés doivent collaborer avec les services qui tombent sous les compétences des Communautés pour le suivi de certains problèmes détectés auprès des enfants nés prématurément.

01.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, les objectifs à atteindre, et que vous venez de rappeler, correspondent aux recommandations en la matière. C'est un moyen de procéder à l'harmonisation des méthodes et à l'identification des bonnes pratiques.

En revanche, l'éventuel élargissement du remboursement du vaccin anti-VRS n'est pas prévu dans ce budget, ni dans les matières visées. Cet élargissement relève d'une autre disposition et d'un autre budget.

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

02 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de tandartsenwachtdienst" (nr. 856)**

02 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le service de garde des dentistes" (n° 856)**

02.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag werd een paar maanden geleden schriftelijk ingediend, vandaar dat ik thans graag gebruikmaak van de prioriteitsregeling.

Tussen de verschillende tandartsberoepsverenigingen is een discussie aan de gang in verband met de organisatie van de wachtdienst voor tandartsen. Tandartsen zouden zich tegen het einde van het jaar moeten inschrijven bij een van deze beroepsverenigingen.

Het koninklijk besluit nr. 78 van 1967 verplicht alle medici, inclusief tandartsen, te voorzien in een continuïteit van de zorgen. Het koninklijk besluit bepaalt wel dat het individu deze verplichting kan overdragen aan een georganiseerde wachtdienst. Om elke foutieve interpretatie van het koninklijk besluit van 1967 uit de wereld te helpen werd in 2006 het ministerieel besluit van 2002 aangevuld met de wachtdienstverplichting.

Het zijn eigenlijk de beroepsverenigingen die de wachtdienst in de verschillende provincies moeten organiseren, maar de respectievelijke provinciale geneeskundige commissies moeten de reglementen voor de wachtdienst goedkeuren.

Momenteel heerst er nog onzekerheid over de goedkeuring van het reglement inzake de in Vlaanderen door de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen bijkomend georganiseerde wachtdiensten. De verschillende beroepsverenigingen hebben al de data van 30 september en 15 oktober naar voren geschoven waarvóór de tandartsen zich moesten inschrijven. Die data zijn voorbij. De Vlaamse beroepsvereniging schoof later de datum van 15 november 2010 naar voren. Deze is ook al voorbij. Ik vrees dat heel wat tandartsen zich nog niet voor een of andere wachtdienst hebben ingeschreven.

Is het mogelijk om het minimum aan voorwaarden bekend te maken, waaraan het reglement van de wachtdienst moet voldoen om door een provinciale geneeskundige commissie te worden erkend?

Kunt u meer duidelijkheid verschaffen in verband met de verschillende provincies of met de wachtdiensten die in de verschillende provincies mogelijk kunnen worden georganiseerd?

02.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Bont, mijn administratie is op de hoogte van de toestand die u beschrijft en heeft mij ervan op de hoogte gebracht dat een werkgroep van de provinciale geneeskundige commissies zich op dit ogenblik over de kwestie buigt.

De geneeskundige commissies van het Rijk komen op 8 december in een nationale zitting bijeen en zullen mij daarna een voorstel meedelen.

Bovendien herinner ik eraan dat krachtens artikel 9 van het KB van 1978 de bij een organisatie aangesloten tandartsen juridisch aan de door een andere organisatie ingerichte beurtrol kunnen deelnemen, net zoals de tandartsen die bij geen enkele vereniging zijn aangesloten. De enige voorwaarden waaraan de tandartsen moeten voldoen, is het huishoudelijk reglement onderschrijven en de deontologische regels naleven.

Het behoud van de erkenning is dus a priori niet bedreigd, want elke tandarts moet individueel aantonen aan een wachtdienst te hebben deelgenomen, zonder de organisator daarvan te verduidelijken.

02.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik meen dat de meeste tandartsen ervan op de hoogte zijn dat zij kunnen deelnemen aan een wachtdienst die door een tandartsorganisatie die niet de hunne is wordt georganiseerd.

Ik leid uit uw antwoord af dat u nog niet met zekerheid kunt bevestigen dat de bijkomende wachtdienst die door het VBT wordt georganiseerd, door de provinciale geneeskundige commissie is erkend. Is het juist dat dit pas vanaf 8 december wordt bekendgemaakt?

02.04 Minister Laurette Onkelinx: Ik wacht op de vergadering van 8 december. Ik zal een verslag van deze vergadering geven in de loop van de maand december.

02.05 Rita De Bont (VB): Ik neem aan dat, als de wachtdienst van de tandartsen die toch wachten op de goedkeuring van de wachtdienst van hun organisatie niet wordt goedgekeurd, zij zich toch nog zullen kunnen aansluiten bij de wachtdienst die door de andere tandartsorganisatie wordt georganiseerd. Ook als is de datum die door hen werd vooropgesteld verstreken.

02.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Ja.

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

03 Question de **M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'évaluation des trajets de soins" (n° 1071)**

03 Vraag van de heer **Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de evaluatie van de zorgtrajecten" (nr. 1071)**

03.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le président, j'ai profité du nouveau système mis en place avec sagesse par la Conférence des présidents pour introduire des questions prioritaires.

Madame la ministre, un an après la mise en œuvre des trajets de soins, l'heure est au bilan. Il semble que le succès escompté ne soit pas rencontré; on peut même parler d'un succès assez mitigé. Selon la presse, l'INAMI recense 6 499 trajets de soins diabète entre le 1^{er} septembre 2009 et le 31 mai 2010 (9 mois).

Il semble également qu'il y ait une très grande diversité en fonction des Régions, la Flandre manifestant une plus grande réceptivité.

De nombreuses voix se font entendre dans le corps médical pour déjà réformer le système, pour analyser le développement des réseaux locaux multidisciplinaires, la charge administrative, la discrimination financière pour le patient en centre de référence diabète (qui paie un ticket modérateur) et le patient en trajet de soins (qui ne paie pas de ticket modérateur).

Madame la ministre, confirmez-vous ces chiffres? Avez-vous déjà réalisé une évaluation sur les trajets de soins? Dans l'affirmative, pouvons-nous en avoir connaissance? Dans la négative, envisagez-vous une évaluation? Envisagez-vous une concertation avec les différents intervenants des trajets de soins pour améliorer le système?

03.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur Bacquelaine, les trajets de soins pour les insuffisants rénaux chroniques et pour les diabétiques de type II ont démarré respectivement en juin et en septembre 2009. Un contrat triangulaire peut donc être conclu entre certains patients, leur généraliste et leur néphrologue ou diabétologue pour améliorer la prise en charge de ces pathologies, favoriser la communication entre les différents acteurs de soins et stimuler la participation active et l'auto-évaluation du patient.

Pour les patients diabétiques, je le rappelle, les équipes de soins sont complétées par des éducateurs, des diététiciens et des podologues. D'ailleurs, des incitants financiers ont été instaurés, tant pour les patients que pour les médecins.

Les chiffres que vous évoquez sont effectivement ceux constatés par l'INAMI en mai dernier et montrent un succès inespéré pour le trajet de soins insuffisance rénale et un résultat mitigé pour le trajet de soins diabète. Il faut noter que ce dernier est plus complexe et qu'on peut espérer que la moitié des 60 000 cas potentiels adhèrent au trajet à la fin de la période expérimentale fin 2013. Il est vrai par ailleurs que ces trajets de soins ont nettement mieux démarré dans le Nord du pays. On peut comparer avec ce qui s'est passé avec le DMG: il avait fallu beaucoup plus de temps du côté francophone mais maintenant, c'est parti.

On constate que depuis la récente instauration des réseaux locaux multidisciplinaires sous l'égide des cercles de médecins généralistes, le nombre de trajets de soins a tendance à augmenter de manière significative. Un effort important est fourni pour former davantage d'éducateurs en diabétologie, véritable pivot de la prise en charge des patients.

Dans le projet initial, il est prévu un bilan complet en 2012. J'ai demandé qu'un bilan intermédiaire soit réalisé après deux ans de fonctionnement, à savoir en septembre 2011 pour le trajet de soins diabète. Il faut aussi rappeler que les acteurs de terrain ont été consultés lors de la longue phase d'élaboration. J'ai moi-même réuni les diabétologues et les généralistes pour trouver des solutions aux problèmes qu'ils évoquaient avant le lancement des trajets de soins. Ceux qui ont entamé le trajet de soins reconnaissent maintenant que la charge administrative est beaucoup plus légère que ce qu'ils craignaient. J'ai l'impression que

maintenant que cela a commencé, on voit mieux comment cela se passe sur le terrain et que cela pourra se développer.

Par ailleurs, j'ai demandé à la commission Medicomut de trouver des solutions aux discriminations qui persistent entre les patients pris en charge dans un centre de référence et ceux inscrits dans un trajet de soins. Un patient qui a démarré un trajet de soins continuera à bénéficier des mêmes avantages lorsqu'il devra se soumettre à un traitement plus complexe qui le fait sortir du trajet.

Il va de soi par ailleurs que l'ensemble des évaluations se dérouleront en concertation avec tous les acteurs, des généralistes aux diabétologues en passant par les réseaux locaux multidisciplinaires ou encore les éducateurs ou les associations de patients. Je le répète: nous observons tout cela avec attention et une évaluation interviendra à mi-parcours, qui permettra éventuellement de recadrer les trajets.

03.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, merci pour vos réponses. J'insisterai néanmoins pour que l'évaluation ne soit pas uniquement quantitative ou administrative, mais aussi qualitative: quelle plus-value le trajet de soins apporte-t-il aux patients entrés dans le système par rapport aux centres de références classiques? La plus-value est-elle réelle?

Voilà ce qu'il est important de savoir, notamment pour l'extension éventuelle de ce modèle à d'autres pathologies.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: Nous aurons certainement prochainement tout le débat avec d'aucuns qui plaident plus pour un échelonnement plus sévère que l'actuel, notamment à travers les trajets de soins.

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

04 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'instauration de consultation longue durée lors de l'annonce d'un cas de cancer" (n° 1072)

04 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de invoering van een langdurig consult om toelichting te geven bij de kankerdiagnose" (nr. 1072)

04.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, madame la ministre, ma question a trait à l'annonce du diagnostic lors d'une consultation oncologique multidisciplinaire. Nous avons voté cet aménagement dans le cadre du Plan Cancer. Cette mesure était effectivement souhaitable. L'annonce d'un diagnostic gravissime doit mobiliser des énergies fortes et nécessite de prendre le temps qu'il faut. C'est quelque chose de difficile tant pour le patient que pour celui qui l'annonce. La nomenclature a été adaptée à cela avec une consultation de longue durée, effectuée par un médecin généraliste ou une consultation de longue durée effectuée par le médecin spécialiste qui a participé à la consultation oncologique multidisciplinaire et qui est mandaté par celle-ci pour faire l'annonce du diagnostic.

Madame la ministre, ma question concerne l'annonce d'autres diagnostics qui, selon moi, sont tout aussi difficiles. Je pense notamment à l'annonce d'un diagnostic de sclérose en plaques ou d'autres pathologies graves extrêmement difficiles pour le patient. Pour éviter des discriminations d'une maladie par rapport à une autre ou une catégorisation des malades en fonction de pathologies très graves dans les deux cas mais qui seraient traitées de manière différente, serait-il envisageable d'étendre le système à d'autres pathologies graves qui nécessitent également une attention particulière?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, cher collègue, je confirmerai d'abord que je tenais beaucoup à cette mesure, comme je l'avais indiqué dès le lancement du Plan Cancer.

Le travail vise à entourer le mieux possible le patient. En outre, après la violence d'un diagnostic, il convient de prendre le temps d'expliquer la situation, de permettre qu'une stratégie de combat contre la maladie soit déjà acceptée par le patient après cette consultation.

La consultation oncologique multidisciplinaire me semble être particulièrement importante pour définir cette stratégie. Les deux vont de pair.

Dans les nouvelles dispositions, la consultation oncologique multidisciplinaire devient obligatoire pour les nouveaux cas de cancer. C'est capital pour l'efficacité de la lutte contre la maladie.

Vous posez une bonne question, monsieur Bacquelaine: puisque cette consultation est décidée pour le cancer, n'est-il pas possible de la produire aussi pour des maladies qui requièrent une conjonction de spécialistes, que l'on pourrait réunir, notamment à travers ce travail multidisciplinaire?

La réflexion a débuté au sein du Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI et est en cours. Il s'agira de trouver les budgets nécessaires, mais nous pourrions probablement tabler sur l'évaluation des nouvelles mesures en cancer pour la prévoir, je l'espère, envers d'autres pathologies.

04.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je suis content de votre réponse. En effet, il convient de se pencher sur diverses pathologies gravissimes qui nécessitent aussi une attention particulière dans l'annonce du diagnostic. À mon sens, elles méritent aussi d'être prises en considération.

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

De **voorzitter**: Dit brengt ons tot de vijfde prioritaire vraag op onze agenda, zijnde vraag nr. 1089 van mevrouw De Block, met als bijkomende vraag deze uit te stellen wegens afwezigheid van de vraagsteller.

05 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van PEP (Post Exposure Profylaxis) voor zelfstandige tandartsen" (nr. 1128)

05 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement de la prophylaxie 'post-exposition' (PEP) pour les dentistes indépendants" (n° 1128)

05.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, volgens het meest recente rapport van het toezicht op de accidenten door blootstelling aan bloed zouden er jaarlijks 11 210 leden van het verzorgend personeel in België een prikongeval of een blootstellingongeval hebben, zijnde 31 personen per dag.

Het is niet met zekerheid geweten hoeveel tandartsen of andere zorgverstrekkers met een zelfstandig statuut een beroepsgerelateerd ongeval, zoals een prikaccident, hebben gehad. Bedoelde ongevallen worden immers nergens geregistreerd.

Nochtans is het risico niet denkbeeldig, aangezien in voormeld beroep vrij invasieve behandelingen worden uitgevoerd. De betrokkenen komen massaal met bloed in contact. De beschikbaarheid van achtergrondinformatie over de patiënt is bovendien niet dezelfde als in bijvoorbeeld hospitalen.

Op basis van het koninklijk besluit van 9 juni 2009 kunnen de tandartsen met een statuut van zelfstandige tijdelijk – met name van 1 januari 2009 tot 31 december 2010 – terugbetaling voor een PEP of post exposure prophylaxis bekomen, indien de behandeling gebeurde in een centrum dat een overeenkomst met het RIZIV heeft gesloten.

Uit het voorgaande moet worden afgeleid dat vanaf 1 januari 2011 tandartsen die eigenlijk worden verplicht om onder andere HIV-patiënten te behandelen en die zich daarbij als gevolg van de aard van hun beroep kwetsbaar opstellen, voor een post exposure prophylaxis geen terugbetaling meer genieten, om zowel zichzelf als hun andere patiënten te beschermen.

Een tweede, bijkomende vraag is de volgende. Is de minister of de regering zinnens om in consensus de termijn te verlengen waarnaar in het koninklijk besluit van 9 juni 2009 wordt verwezen? Stelt u eventueel andere maatregelen in het vooruitzicht?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Bont, in verband met de terugbetaling van de post exposure profylaxis voor onder andere zelfstandige tandartsen verwijs ik naar het koninklijk besluit van 9 juni 2009.

De uitwerking van dit koninklijk besluit was in de tijd beperkt van 1 januari 2009 tot 1 januari 2010. Het koninklijk besluit van 11 februari 2010 verlengde de toepassingstermijn ervan tot 1 januari 2011. Samen met de verlenging van de toepassingstermijn werd ook de jaarlijkse begrotingsenveloppe verhoogd.

Ik heb intussen als minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan mijn administratie de opdracht gegeven om een nieuw ontwerp van koninklijk besluit op te stellen waarmee de terugbetaling van deze behandeling vanaf 1 januari 2011 en voor onbepaalde duur kan worden voortgezet.

De in de vorige jaren voorziene jaarlijkse begrotingsenveloppe van 505 000 euro, gekoppeld aan de evolutie van het gezondheidsindexcijfer, wordt in het nieuw ontwerp van koninklijk besluit op basis van de beschikbare gegevens over de vorige jaren behouden.

De betreffende nota met daarin het voornoemde koninklijk besluit wordt geagendeerd voor een volgende vergadering van het Verzekeringscomité van het RIZIV.

Ik zal het advies van het Verzekeringscomité afwachten en op basis van de beslissingen van de andere adviesorganen - Inspectie van Financiën, enzovoort - en in overleg met de andere bevoegde instanties bewust van de draagwijdte ervan al of niet beslissen tot ondertekening van het betreffende koninklijke besluit.

05.03 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Dit is vrij positief nieuws. Als u alle elementen in overweging neemt, zult u volgens mij wel overgaan tot de ondertekening van de verlenging van deze maatregel, aangezien het toch niet over een onoverkomelijk budget gaat. Maar het is toch wel heel belangrijk voor de dienstverleners die zich moeten blootstellen aan deze gevaren.

Ik zal dit vermoedelijk redelijk goede nieuws met veel plezier meedelen aan de verenigingen.

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

06 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'indépendance des experts dans le choix du vaccin contre la grippe A/H1N1" (n° 1155)

06 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de onafhankelijkheid van de deskundigen bij de keuze van het vaccin tegen de A/H1N1-griep" (nr. 1155)

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, je reviens une fois de plus sur cette problématique de la gestion de l'épidémie de grippe A/H1N1 de l'an dernier.

Le sujet refait surface avec la publication dans la revue *Politique* d'une enquête menée par le journaliste indépendant David Leloup, sur l'indépendance des experts qui ont donné un avis sur le choix du vaccin Pandemrix de la firme GSK.

Tout d'abord, il semble qu'il est très difficile de savoir quelle est la composition du groupe d'experts ayant donné son avis sur le choix du vaccin. S'agissait-il du Comité d'experts en matière de vaccins, du Conseil supérieur de la Santé (CSS), des experts du Comité Influenza, des experts de l'AFSCA ou d'un mélange des deux voire des trois? Ce n'est pas encore très clair.

Le collègue du Conseil supérieur de la Santé aurait refusé de rendre publics les noms et les déclarations d'intérêt des experts ayant probablement participé à l'avis remis au SPF, ceci au nom de la "protection de la vie privée" des experts. Il y a déjà là, selon moi, un grave problème d'accès à l'information et de transparence.

La procédure interne du Conseil supérieur de la Santé relative à la prévention des conflits considère qu'il y a un conflit d'intérêts quand "une personne associée à l'émission d'avis du CSS tire un bénéfice personnel d'un avis ou d'une recommandation du CSS, ou a des liens avec des personnes, des institutions, des organisations ou des firmes elles-mêmes concernées par lesdits avis ou recommandations, dans la mesure

où cela pourrait influencer l'attitude de cette personne dans la formulation d'avis ou de recommandations".

Le journaliste a, sans savoir effectivement qui avait vraiment donné avis, examiné quelles étaient les publications scientifiques récentes, disponibles sur internet, des membres du Comité scientifique Influenza ainsi que des membres du Comité d'experts des vaccins.

C'est là qu'il a pu constater que, sur quinze experts recrutés dans les rangs académiques, au moins cinq présentent des conflits d'intérêts ayant pu influencer leur attitude dans la formulation d'avis. Ces cinq experts ont d'ailleurs par la suite confirmé qu'ils étaient bien membres du Comité scientifique Influenza en 2008 et 2009, lorsque la recommandation d'un vaccin adjuvanté en deux flacons a été émise et confirmée. Parmi eux, le Dr Van Ranst qui était à vos côtés dans nos débats et dont l'attitude a été souvent très orientée quand on discutait de la pertinence de la vaccination.

Madame la ministre, après avoir dénoncé la façon dont le contrat d'achat des vaccins a été conclu, il semble qu'à nouveau on doit mettre en question l'objectivité de l'État face aux intérêts commerciaux d'une firme pharmaceutique. Pour moi, c'est très grave car cela sape la confiance qu'on peut avoir dans les institutions de santé publique au niveau national tant qu'international. On sait en effet que l'OMS a aussi été mise en cause pour son indépendance et la lumière n'a pas été faite entièrement.

Pouvez-vous nous confirmer les noms des experts qui ont remis un avis et rendre publics leurs éventuels conflits d'intérêts? Que répondez-vous à ces conflits d'intérêts relevés par l'enquête citée ci-dessus? Considérez-vous normal qu'il y ait cinq experts déjà identifiés qui effectivement seraient concernés par ces conflits d'intérêts? Estimez-vous dès lors que le choix du vaccin Pandemrix a pu être fait de façon indépendante? Sur quelle base?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, la liste d'experts publiée sur le site de la revue politique a été communiquée il y a quelques mois aux journalistes par le Commissariat Influenza. Il s'agit bien de la liste actuelle des experts du Comité scientifique Influenza présidé par le professeur Van Laethem. Treize d'entre eux ont participé à la réunion du 4 mai 2009 statuant sur le choix du vaccin contre la grippe A/H1N1.

Je ne dispose pas de la liste des conflits d'intérêts des experts permanents du Comité scientifique Influenza. La majorité d'entre eux sont également membres du Conseil supérieur de la Santé et, comme vous avez pu le lire dans le journal *Le Soir* de ce mardi, le président du Conseil supérieur de la Santé, M. Nève, a déclaré: "A priori, il n'y a aucune raison de ne pas publier le nom des experts et de signaler d'éventuels conflits d'intérêts."

Comme l'a également expliqué, dans *Le Soir* de ce mardi, le président du Comité scientifique Influenza, le professeur Van Laethem, tous les experts, quels qu'ils soient, sont, de par leur métier et leur expertise, amenés à être en contact avec des firmes pharmaceutiques mais cela ne veut pas dire qu'ils ne disposent pas de toute l'indépendance nécessaire dans le cadre de leur mandat au sein du Comité scientifique Influenza.

Le Comité scientifique Influenza nous a recommandé l'utilisation d'un vaccin adjuvanté. Deux sociétés produisaient ce vaccin et avaient introduit un dossier au niveau de l'Europe: Novartis et GSK. Le gouvernement a choisi GSK car l'antigène et l'adjuvant étaient conditionnés séparément. Je ne reviendrai pas sur ce débat, je m'en suis longuement expliquée dans cette commission. Sur ce point, je suppose que vous ne me contredirez pas: il s'est avéré que nous avons réalisé le bon choix!

J'ai aussi essayé de vous prouver à maintes reprises mon souci de transparence de la gestion de la pandémie. Un point de la situation était réalisé à intervalles réguliers en commission, notamment en présence des experts du Commissariat Influenza ou de l'Agence des médicaments qui se sont mis à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

La gestion de la grippe A/H1N1 a également été au centre des discussions du premier Conseil informel Santé sous présidence belge en juillet dernier. Nous avons organisé une conférence sur les leçons à tirer de la pandémie, réunissant plus de trois cents experts représentant tous les États membres de l'Union ainsi que les institutions européennes, à savoir la Commission, l'Agence européenne des Médicaments et le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Plusieurs représentants des États-Unis, du Canada et des pays candidats et/ou voisins s'étaient

également déplacés pour prendre part au débat.

J'avais pris également les mesures nécessaires pour réaliser une évaluation objective de la gestion de la crise en Belgique. En effet, nous ne pouvons exiger de l'OMS qu'elle fasse toute la transparence sur son fonctionnement et son indépendance si on ne l'exige pas de soi-même. Malheureusement, la chute prématurée du gouvernement et les affaires courantes ne m'ont pas permis de lancer l'appel d'offres pour cet audit.

J'espère que le nouveau gouvernement aura à cœur de remettre ce projet sur la table, afin de disposer d'éléments précis et objectifs pour évaluer notre action lors de cette pandémie, améliorer encore notre efficacité et notre transparence en la matière. Personnellement, je suis ouverte à toutes les conclusions que pourrait produire cet audit.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je ne suis pas d'accord avec vous sur la question de la transparence, même si nous en avons longuement débattu au sein de cette commission. Peut-être avons-nous manqué de pertinence dans nos questions, mais trop de choses ont été découvertes par la suite. Si vous avez répondu, vous n'avez jamais rendu ce contrat public.

La discussion sur le choix du vaccin est due à l'enquête à laquelle s'accrochent des journalistes, qui effectuent tout un parcours, alors que nous, en notre qualité de député, n'avons pas les moyens de l'effectuer. L'on en arrive ainsi à des situations telles que l'on va maintenant rendre public quelque chose qui aurait dû l'être dès le départ.

De gros défauts de transparence vous sont imputables tout comme au Comité Influenza. Je ne comprends pas pourquoi ces conflits d'intérêts n'ont pas été rendus publics. Un réel problème se pose en la matière. D'ailleurs, si vous vous référez aux propos tenus par les professeurs interrogés, hier, dans *Le Soir*, vous constaterez que l'un d'eux remet en cause la création du Comité Influenza en disant que, d'un côté, l'on crée de nouvelles structures et que, de l'autre, on ne peut rendre publics les conflits d'intérêts dudit Comité, puisque c'est la règle au sein du CSS. On perçoit, derrière ces propos, une remise en cause de la création du Comité Influenza. En tout cas, on peut l'interpréter ainsi.

Dès lors, je maintiens mes propos et répète ne pas comprendre la raison pour laquelle nous n'avons pas œuvré dans le sens d'une plus grande objectivité au sein du Comité, ni une plus grande transparence grâce à la publication de ces conflits d'intérêts. En effet, nous sommes dans une situation telle que le public risque de perdre confiance dans les institutions de santé. C'est ce que nous combattons! Comprenez nos interventions! Elles visent à restaurer la confiance de la population et non à jeter le discrédit sur les institutions en cause.

En ce qui concerne l'audit externe de la gestion de la pandémie, je ne vois pas pourquoi vous n'avez pu le réaliser. Vous l'aviez décidé. Dès lors, ne pouviez-vous le faire dans le cadre des affaires courantes?

Pour terminer, j'aimerais que notre commission approfondisse la question de l'indépendance des experts. Nous avons abordé le sujet ce matin avec le KCE.

Je comprends que nous ne puissions avoir des experts éternellement indépendants, qui n'auraient jamais eu d'activités particulières avec quiconque, mais j'estime qu'il faut davantage de transparence et d'équilibre entre les experts; cela empêcherait de jeter le discrédit sur un choix.

A-t-il été bon ou non? Je ne sais pas. Vous dites qu'il a été bon; je ne reviendrai pas sur le choix du vaccin, mais sur la procédure qui a mené à ce choix et sur la transparence.

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

Le **président**: La question n° 687 de Mme Marghem est transformée en question écrite.

07 Questions jointes de

- M. Joseph George à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'obtention du visa d'aide-soignant" (n° 722)
- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé

publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les actes des infirmiers et des aides-soignants" (n° 970)

07 Samengevoegde vragen van

- de heer Joseph George aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verkrijgen van het visum van zorgkundige" (nr. 722)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de handelingen van verpleegkundigen en zorgkundigen" (nr. 970)

07.01 Joseph George (cdH): Madame la ministre, comme vous le savez, l'aide-soignant est un professionnel de la santé spécialement formé pour assister l'infirmière en matière de soins et d'éducation des patients. On y a souvent recours, d'autant que l'allongement de la vie est une véritable révolution pour notre société qui voit cohabiter quatre générations. C'est un élément positif mais il convient d'y adapter la santé et la qualification du personnel soignant. Vous connaissez la question du visa aide-soignant qui s'inscrit dans les mesures prises pour relever ce défi.

Un arrêté royal pris le 12 janvier 2006 fixait les conditions d'obtention du visa. La date limite en a été prorogée par une disposition prise fin 2009: la date limite était le 31 décembre 2009. Apparemment, de nombreux dossiers n'ont pas été rentrés et de nombreux candidats ou personnes qui exercent cette profession, pourtant qualifiées, ne seraient pas en ordre. Quelles en sont les conséquences? Va-t-on manquer de ces aides-soignants? Envisagez-vous de reporter la date butoir comme on l'avait fait l'année dernière? Quand pourrait-on espérer voir arriver les dossiers qui doivent encore être déposés?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: (*hors micro*) (...) relevant de l'arrêté de 1978 et les critères pour s'en prévaloir ont en effet été définis par les arrêtés royaux du 12 janvier 2006. Cette nouvelle qualification exige une formation spécifique équivalente à une année d'enseignement de plein exercice après l'enseignement secondaire. La première année de formation d'infirmier donne droit à la qualification d'aide-soignant.

On y prévoit des mesures transitoires et des mesures définitives, des enregistrements et des visas provisoires et définitifs. Les activités que les aides-soignants peuvent effectuer par délégation d'un infirmier s'inscrivent dans les limites de l'arrêté de 1978. Il s'agit d'un exercice professionnel à distinguer des activités effectuées par les aidants proches. Les bénévoles doivent respecter par contre le prescrit légal. Cette législation a été instaurée entre autres parce qu'il avait été constaté un nombre significatif de situations d'exercice illégal de l'art de soigner, mettant en péril la sécurité des patients, résidents, bénéficiaires en général.

La liste de ces activités a été définie au terme de longues et difficiles discussions avec le secteur et au sein des organes d'avis de compétences et de matières. Il n'est pas prévu à ce stade de modifier cette liste, faute d'une période suffisante pour en réaliser une évaluation convenable.

En 2006, toutes les personnes qui étaient actives comme personnel soignant dans les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et les hôpitaux ont bénéficié des mesures transitoires leur octroyant l'enregistrement définitif d'aide-soignant; 41 019 personnes ont pu bénéficier ainsi de procédures automatiques simplifiées.

En outre, un enregistrement provisoire peut être attribué à des personnes qui disposent d'une des qualifications mentionnées dans la circulaire ministérielle du 8 novembre 2006 et qui ont exercé comme personnel soignant dans une situation agréée au plus tard le 31 décembre 2008.

J'ai prolongé une première fois le délai initial pour introduire les demandes d'enregistrement provisoire d'une année, soit jusqu'au 31 décembre 2009. Plus de 41 000 dossiers individuels ont ainsi été traités et la majorité a d'ailleurs reçu une réponse. À l'époque, mon prédécesseur avait organisé une large information mais cela n'a, de toute évidence, pas suffi pour que toutes les personnes concernées par ces mesures transitoires soient informées. Dès lors, j'avais prévu une prolongation de la période d'introduction de dossiers du 31 décembre 2008 au 31 décembre 2009. Cela s'est encore avéré insuffisant! Il faut le faire! J'ai donc préparé un arrêté royal qui prolonge le délai d'introduction des demandes d'enregistrement provisoire jusqu'au 30 juin 2012. Les enregistrements provisoires restant valides jusqu'au 30 juin 2016, la demande de conversion de provisoire en définitif doit être introduite au plus tard le 31 décembre 2015.

Cet arrêté royal est dans le circuit de publication. Il est à l'examen auprès du ministre du Budget. Je mets

tout en œuvre, avec mon administration, pour qu'il soit publié dans le cadre des affaires courantes, au vu des enjeux pour les personnes et les institutions concernées. Les dossiers peuvent être introduits et seront traités dès la publication de l'arrêté royal de prolongation. Je tiens toutefois à préciser deux éléments. Les dossiers des personnes qui ont la qualification requise sont traités au fur et à mesure de leur introduction auprès de mon administration en vue d'un enregistrement définitif et les personnes concernées par ces mesures transitoires n'ont pas la formation d'aide-soignant. Elles peuvent néanmoins être enregistrées et sont autorisées à travailler sous réserve de répondre à certains critères.

Par ailleurs, un important travail se fait en concertation avec la Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier et les cabinets et administrations fédérales des trois Communautés, afin de proposer aux personnes qui ne répondent pas *stricto sensu* aux critères d'un enregistrement définitif quel module de formation complémentaire suivre pour accéder à la qualification d'aide-soignant. Ceci ne nécessite pas de disposition législative ou réglementaire car cela s'inscrit dans le cadre de l'exécution des arrêtés royaux de janvier 2006.

En outre, la réflexion est entamée afin de déterminer selon quelles conditions une personne pourrait compléter une autre formation par la valorisation des acquis d'une expérience professionnelle, par exemple en service d'aide à domicile. Ceci devrait ouvrir la voie de cette qualification à d'autres groupes de personnes tout en respectant des exigences de qualité.

Toute décision en la matière sera de la responsabilité du prochain ministre de la Santé publique.

07.03 Joseph George (cdH): Le Parlement et le gouvernement sont manifestement pavés de bonnes intentions.

Vous avez raison, comme je le relevais dans ma question, l'enjeu est capital non seulement pour les aides-soignants mais aussi pour les personnes qui bénéficient de leur aide. Malgré tous les efforts qui ont été consentis, s'il y en a 41 000, il y en a encore beaucoup qui n'ont pas effectué les démarches.

J'apprends avec satisfaction que le délai a été prolongé jusqu'au 31 juin 2012.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 1003 en 1043 van collega Fonck, worden omgezet in schriftelijke vragen.

07.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Dat is een goed idee.

08 Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les mutilations génitales féminines" (n° 724)**

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les résultats de l'étude du SPF Santé publique sur la prévalence de l'excision en Belgique" (n° 861)**

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de genitale verminkingen van vrouwen" (nr. 724)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de resultaten van de studie van de FOD Volksgezondheid over de prevalentie van vrouwelijke genitale verminking in België" (nr. 861)

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, comme nos questions portent sur le même sujet et qu'elle doit se rendre en commission des Finances, Mme Gerkens m'a demandé de la représenter et je joindrai donc ses questions aux miennes.

Le sujet en est les mutilations génitales féminines pratiquées, malheureusement, non seulement en Afrique et dans certains pays du Moyen-Orient, mais aussi dans certains pays de l'Union européenne.

Dans sa résolution du 24 mars 2009, le Parlement européen avait recommandé aux États membres

d'améliorer les données sur l'estimation du nombre de femmes excisées et d'enfants à risque vivant dans les pays européens.

Dès lors, et je vous en remercie, vous avez commandité une étude quantitative, menée par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, avec le soutien d'un comité d'accompagnement. Les résultats de cette étude montrent que les besoins de prévention et de prise en charge médico-sociale sont importants dans notre pays. En effet, selon l'étude, 6 260 femmes et filles sont très probablement excisées et 1 975 risquent de l'être (données datant de janvier 2008). La Région flamande est la plus touchée.

On observe également que la population concernée n'est pas concentrée sur Bruxelles. Liège, Anvers, la Flandre orientale et le Brabant flamand sont particulièrement touchés par cette problématique.

Face à cette problématique, vous avez pris quatre mesures en 2008: la recherche, l'élaboration d'un guide technique pour sensibiliser les professionnels de santé pour une prise en charge adaptée des victimes, la formation pour les professionnels de santé, ainsi qu'une étude sur le remboursement de la reconstruction du clitoris.

Madame la ministre, quel est l'état d'avancement des quatre mesures citées?
Comptez-vous prendre d'autres mesures?

Des recherches complémentaires sont-elles nécessaires avant d'envisager des remboursements de prestations de réparation et des soins nécessaires après l'accouchement?

Comment l'information, la sensibilisation et la formation des prestataires de soins – depuis les généralistes jusqu'aux gynécologues, infirmières et sages-femmes – sont-elles envisagées vu les mesures spécifiques à prendre lors des accouchements de femmes excisées?

Que comptez-vous mettre en place pour la prévention de l'excision?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je vous remercie. Pour rappel, en 2008, j'avais pris quatre engagements: commanditer une étude pour mieux connaître l'état de cette pratique en Belgique, réaliser un guide à destination des professionnels de la santé, organiser une campagne de sensibilisation de ceux-ci et demander au Conseil supérieur de la Santé (CSS) un avis sur la chirurgie réparatrice. Sur cette base, je m'étais engagée à examiner la possibilité de remboursement de l'acte médical.

L'étude relative aux mutilations génitales et à leur prévalence a été finalisée. Elle met en avant l'étendue du problème. Le nombre de femmes excisées en Belgique est estimé à 6 260. Le nombre de personnes exposées à cette pratique est évalué à 1 975. Cette étude rassemblant un grand nombre d'informations est le résultat d'une parfaite collaboration entre les partenaires touchés par cette question: l'ONE, Kind & Gezin, Fedasil et le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA).

Quant au guide à destination des professionnels de la santé, il a été rédigé par une équipe multidisciplinaire composée de gynécologues, psychologues, psychiatres, médecins généralistes, sages-femmes, pédiatres, sociologues, avocates, socio-anthropologues ainsi que par des représentants de différentes associations de lutte contre les mutilations génitales et sexuelles. Il offrira aux professionnels une meilleure connaissance de ce problème et du contexte socioculturel dans lequel il évolue, un meilleur accompagnement des familles concernées, une amélioration de la prise en charge médicale, psychologique, juridique et social des femmes excisées et enfin des pistes quant à la prévention des mutilations génitales féminines via le conseil aux familles et l'orientation vers des associations et des institutions relais.

Ce guide, pour le moment en phase de finalisation, sera disponible en fin d'année ou, au plus tard, au début 2011. Dans un premier temps, une impression de 20 000 exemplaires est prévue – une moitié en néerlandais et l'autre en français. La liste des personnes ou institutions devant le recevoir est élaborée en collaboration avec les entités fédérées.

Enfin, l'année dernière, le CSS a rendu son avis sur la chirurgie réparatrice. Il recommande la mise en place d'équipes multidisciplinaires pour la prise en charge des femmes ainsi que le remboursement des mesures accompagnatrices et de l'éventuelle reconstruction. En effet, il est souvent remarqué que de nombreuses femmes ne vont pas au bout de l'intervention, se sentant suffisamment soutenues par le suivi psychologique. Possédant les chiffres de prévalence, je vais demander à l'INAMI de se pencher sur les modalités de

remboursement et de déterminer les budgets nécessaires. Je précise que j'y suis favorable.

08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, il ne faut pas oublier – vous n'en avez pas parlé – les soins après l'accouchement dans la mesure où des complications peuvent se produire après excision.

En tout cas, je vous soutiens dans la lutte contre ce phénomène en sachant que ce n'est pas simplement en légiférant que l'on pourra venir à bout de ce problème et qu'il faut faire appel à d'autres moyens.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation accrue de statines" (n° 727)

09 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het toegenomen gebruik van statines" (nr. 727)

09.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, le Centre fédéral d'expertise (KCE) vient de publier un rapport dénonçant la multiplication par douze de l'utilisation d'hypocholestérolémians, mieux connus sous le nom de statines, au cours des douze dernières années.

Selon le KCE, un Belge sur cinq âgé de plus de 35 ans consomme des statines aujourd'hui. L'augmentation serait principalement liée à un accroissement important de la prévention primaire, autrement dit l'utilisation de statines par des personnes présentant un taux de cholestérol trop élevé et souhaitant donc diminuer leur risque d'accident cardiovasculaire, dont ils n'ont toutefois pas encore souffert.

Les statines font, de ce fait, partie des médicaments les plus consommés en Belgique et coûtent 215 millions d'euros à l'assurance maladie chaque année. Pour le KCE, et je me joins à cet avis, les statines ne devraient être qu'un des éléments d'une politique globale de prévention cardiovasculaire. Un changement du mode de vie tout d'abord, comme l'arrêt du tabac, une alimentation saine et plus d'activité physique, devrait rester absolument prioritaire.

Madame la ministre, ne pensez-vous pas que des mesures structurelles telles que l'arrêt du tabac, une alimentation saine et plus d'activité physique devraient être privilégiées par rapport à la prescription trop hâtive de statines? Des instructions en ce sens sont-elles données aux praticiens?

Quelle suite pensez-vous donner au rapport du KCE?

Comptez-vous lancer une campagne d'information tant à l'égard des consommateurs qu'à l'égard des médecins et des pharmaciens?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, le Centre fédéral d'expertise a en effet indiqué, dans ses recommandations, que le traitement par une statine n'est qu'un élément de la gestion globale du risque de maladies cardiovasculaires. Les médecins tant généralistes que spécialistes en sont parfaitement conscients. Les formulaires qui permettent le calcul du risque cardiovasculaire reprennent d'ailleurs explicitement les facteurs favorisant comme le tabac, l'hypertension ou le diabète.

Il va de soi que jouer sur les facteurs de risque avant de se lancer dans une lutte uniquement centrée sur le taux des lipides sanguins est tout à fait logique. Je ne doute pas que les médecins soient attentifs à cet aspect des choses et en tiennent compte lors de la prise en charge de ces patients. De nombreuses initiatives comme celle prise par la Ligue cardiologique belge vont dans le même sens par la promotion de la prise en charge non médicamenteuse.

Par ailleurs, le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), agréé par l'Agence des médicaments, outre le très connu répertoire commenté de médicaments (Le petit Livre vert), qui reprend des recommandations claires et précises sur la prise en charge globale de ces patients, publie, chaque mois, les *folia pharmacotheapeutica* qui font le point des connaissances les plus récentes. Toutes ces données peuvent être consultées sur leur site internet.

Néanmoins, le rapport du KCE précise que c'est surtout au niveau de la prévention primaire, c'est-à-dire avant que le patient n'ait présenté un accident cardiovasculaire, que les preuves d'efficacité sont plus faibles. En revanche, au niveau de la prévention secondaire, c'est-à-dire de la prévention d'un nouvel accident cardiovasculaire, il existe de très nombreuses études cliniques de haut niveau scientifique pour confirmer l'importance de la prise en charge médicamenteuse par une statine.

Il est exact que la consommation de statines en termes de nombre de doses journalières a fortement augmenté ces dernières années. Plusieurs facteurs ont joué comme le vieillissement de la population, l'intégration des petits risques pour les indépendants, l'augmentation du nombre de patients diabétiques, mais aussi la prise de conscience plus grande tant des citoyens que des praticiens de l'importance du dépistage des risques cardiovasculaires et leur prise en charge dès que nécessaire.

La prise de conscience du bénéfice réellement prouvé de la prise d'une statine dans le cadre de la prévention primaire des accidents cardiovasculaires en fonction du calcul de risque est encore variable dans le corps médical belge. Les experts ne sont, en effet, pas unanimes quant au seuil de risque déterminant la décision de prescrire une statine, les interprétations des différentes études faites dans cette situation n'étant pas toujours concordantes. Par contre, un consensus est clairement exprimé pour ce qui concerne la prévention secondaire.

Il s'agit aussi d'agir sur les habitudes alimentaires par des actions de prévention et de sensibilisation adéquates. Comme cela a déjà été dit, c'est la tâche du médecin prescripteur et du pharmacien d'attirer l'attention du patient sur la nécessité d'adapter son hygiène de vie avant ou en complément au traitement ou encore pour un travail de prévention, notamment des Communautés.

Maintenant que le rapport du KCE est disponible, j'ai l'intention de demander à la Commission de remboursement des médicaments de revoir les modalités actuelles d'accès au remboursement pour éventuellement proposer, avec l'aide des experts dans le domaine et de la commission tripartite, des adaptations structurelles.

Vous comprendrez que changer drastiquement des habitudes de vie ne se décide pas par une loi, un règlement ou un décret, mais doit résulter de campagnes d'information tant auprès de la population que des praticiens.

Dès que le groupe de travail m'aura remis des conclusions et des pistes d'action, je leur assurerai un maximum de publicité par les moyens qui sembleront les plus adéquats. J'en parlerai évidemment avec la Conférence interministérielle de santé publique puisqu'il y a à ce niveau une complémentarité des compétences.

09.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour toutes ces réponses.

Je pense que l'augmentation de cette consommation est une conséquence de la médicalisation croissante de notre société. L'État doit effectivement dresser des limites mais on sait que les miracles ne se font pas en un jour.

Je ne peux que faire le lien avec d'autres plans de prévention tels que le Plan Nutrition Santé et celui de lutte contre l'alcool en faisant par ailleurs appel aux compétences des Communautés pour qu'elles renforcent ces actions de prévention non médicalisées.

09.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je le demanderai à mes collègues des Communautés.

09.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Je vous en remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Aangezien mevrouw Muylle afwezig is wegens ziekte, worden haar vragen nrs. 970, 744, 745, 969, 971, 1005, 742 en 743 uitgesteld.

10 Question de Mme Annick Van Den Ende à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales

et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'implantation d'un second système d'urgences hélicoptérées en province du Luxembourg" (n° 1066)

10 Vraag van mevrouw Annick Van Den Ende aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de oprichting van een tweede helihulpbasis in de provincie Luxemburg" (nr. 1066)

10.01 **Annick Van Den Ende** (cdH): Monsieur le président, ce matin, nous avons évoqué la problématique des questions prioritaires. Un petit couac était intervenu. Je vous avais proposé d'intervertir la question n° 797 avec la question n° 1066.

Madame la ministre, dans la province du Luxembourg, l'arrondissement de Virton, qui représente 53 000 habitants, est le seul à ne pas bénéficier d'un service d'urgences complet. Depuis deux ans, Vivalia, intercommunale unique de soins de santé, a promis, dans son acte fondateur, de régler la question via la mise en place d'un service d'urgences hélicoptérées.

L'engagement avait été pris, lors de la constitution de l'intercommunale, que tous les Luxembourgeois seraient secourus en aide médicale urgente dans un délai maximal de 15 minutes. Or, cet intervalle n'est pas respecté dans tout le sud-ouest de la province, pour les zones de Bouillon, Corbion et Virton.

Lors du conseil provincial du 24 octobre dernier, ce thème de l'aide médicale urgente a monopolisé les discussions à Arlon. L'intercommunale Vivalia étudie actuellement la mise en place d'un SMUR hélicoptéré, basé sur l'arrondissement de Virton. Combiné avec celui de Bra-sur-Lienne, ils pourraient couvrir l'ensemble du territoire de la province de Luxembourg. Une décision définitive devrait être prise lors du conseil d'administration de Vivalia le mardi 7 décembre prochain.

Mes questions sont dès lors les suivantes.

Qu'en est-il de l'avancée de ce dossier?

Pouvez-vous nous donner votre point de vue sur la situation?

Ce SMUR hélicoptéré sera-t-il subsidié?

Qu'en est-il du projet d'arrêté royal actuellement à l'étude sur le sujet?

10.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: En tout cas, je dois aux intervenants de dire que les délais d'intervention de l'aide médicale urgente à Virton ne sont pas trop longs.

Le PIT de Virton mis en place à la fermeture du service d'urgence de Virton intervient, à la satisfaction générale, dans des délais inférieurs à 15 minutes.

Par ailleurs, je suis évidemment favorable au déploiement d'un SMUR hélicoptéré dans la province de Luxembourg. L'hélicoptère de Bra-sur-Lienne, qui opère depuis quelques années dans l'est de la province de Liège et dans celle du Luxembourg dans le cadre d'une expérience pilote organisée par le SPF Santé, est depuis un an intégré comme intervenant dans les départs primaires SMUR du Luxembourg. Au terme de cette expérience, je souhaite, à condition bien entendu que les conclusions de l'expérience soient positives et que la situation budgétaire le permette, qu'un SMU hélicoptéré (un SMUH) soit pleinement reconnu comme moyen d'aide médicale urgente et financé comme un SMUR terrestre.

L'implantation éventuelle d'un tel SMUH doit suivre une planification disposant de bases scientifiques et ne peut pas être une simple réponse à des initiatives locales. Trois nouveaux sites de départ de secours médicaux hélicoptérés sont ou seront proposés cette année. Ceci portera le nombre d'hélicoptères médicalisés belges à cinq, dont probablement trois pour les provinces de Liège et de Luxembourg.

L'agrément de nouveaux SMUH ne peut être envisagé avant la publication de l'arrêté royal de planification et de normes. Dès que nous aurons ces normes, ces critères, nous pourrons alors travailler sur la publication d'un arrêté royal et sur les agréments. Cela sous-tend que le Conseil national des établissements hospitaliers ait rendu l'avis qui était attendu pour la fin du mois de juin 2010. Je ne dispose toujours pas de cet avis.

On m'a posé une question similaire hier au Sénat et je confirme que j'interviendrai à nouveau auprès du Conseil afin d'obtenir ses conclusions.

Je rappelle donc que pour le moment, nous avons Bra-sur-Lienne et Bruges et qu'il y a une demande pour en avoir trois supplémentaires. Je suis persuadée que nous irons vers une extension en provinces de Liège et de Luxembourg.

Dans les semaines qui viennent, nous définirons les critères et prendrons l'arrêté royal afin de pouvoir donner les agréments.

10.03 Annick Van Den Ende (cdH): Madame la ministre, je reviendrai vers vous dans les prochaines semaines. Je voudrais attirer votre attention sur le fait que, même s'il y a un PIT à Virton, il n'est pas toujours facile pour cette région reculée de bénéficier des services adéquats.

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

11 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de evaluatie van het algemeen rookverbod" (nr. 862)

11 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'évaluation de l'interdiction générale de fumer" (n° 862)

11.01 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, de voorgeschiedenis van het wetsvoorstel houdende algemeen rookverbod kent u minstens even goed als ik.

Dat voorstel werd door mij ingediend op 22 december 2009 en heeft via omzwervingen geleid tot een resultaat dat niet het door de N-VA beoogde resultaat was, maar ik zal niet in detail treden.

U had beloofd dat de halfslachtige wetgeving die nu van toepassing is, zou worden geëvalueerd en in mei 2010 in deze commissie zou worden toegelicht door de FOD Volksgezondheid. Op basis daarvan zouden wij dan eventueel initiatieven nemen om uiteindelijk toch tot een algemeen rookverbod te komen.

Ik weet, en dat zal waarschijnlijk de teneur van uw antwoord zijn, dat de politieke situatie niet heeft toegelaten om die evaluatie in mei te doen, maar ondertussen is het Parlement alweer twee maand aan het werk. Als ik goed ben ingelicht, is de evaluatie van het rookverbod wel al aan bod gekomen in de Senaat, maar nog steeds niet in de Kamercommissie.

Bent u het die de FOD Volksgezondheid moet vragen om die evaluatie in de Kamercommissie toe te lichten, waarna wij de debatten over het rookverbod hopelijk opnieuw kunnen openen? Wanneer mogen wij de evaluatie van de huidige rookwetgeving met betrekking tot publieke plaatsen verwachten? Neemt u het initiatief om dit zo snel mogelijk in de Kamercommissie te laten toelichten door de FOD Volksgezondheid?

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, vooraleer u het woord te geven wil ik collega Smeyers informeren over het feit dat bij mijn weten het Parlement dat kan organiseren en dus de FOD kan uitnodigen. De minister kan dat doen maar het kan ook op initiatief van het Parlement gebeuren.

Een aantal weken geleden was er overleg, op vraag van mijn collega uit de Senaat, om gezamenlijke hoorzittingen te houden, dus met Kamer en Senaat. Dat is hier aan bod gekomen. Op het moment waarop er hier beslist werd, was het daar echter al bezig. Men was in de Senaat zo ongeduldig om ermee te beginnen en de commissie heeft geoordeeld dat dit hier niet moest worden overgedaan. Als men echter aandringt en er is een meerderheid voor te vinden, dan ben ik natuurlijk altijd bereid om dat mee te organiseren. Dat is de manier waarop ik het gezien heb.

11.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, dat is ook mijn antwoord. Het verslag werd naar de commissie voor de Volksgezondheid gestuurd. Ik meen dat u dit verslag hebt. Ik heb mijn FOD de opdracht gegeven om het evaluatieverslag aan de commissie over te maken.

Si vous ne l'avez pas encore reçu, vous allez le recevoir.

Les experts se sont déjà exprimés au Sénat. Ils sont, comme vous l'avez dit, à la disposition de la commission de la Santé publique.

De **voorzitter**: Ik weet niet of het echte verslag ondertussen bij de commissie is aangekomen, maar het kan. Ik stel voor dat wij het verslag onmiddellijk aan de leden distribueren.

Ik wil nog één punt toevoegen. In de prioriteitenlijst die door de verschillende fracties is gevraagd, is ook het bedoelde wetsvoorstel door verschillende fracties als prioritair bestempeld.

11.03 Sarah Smeyers (N-VA): Dat gebeurde terecht.

De **voorzitter**: Het wetsvoorstel zal dus een van de komende weken op de agenda worden geplaatst.

Mevrouw Smeyers, ik heb u echter onderbroken.

11.04 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb alle respect voor uw woorden. Ik wil echter nog heel wat zaken aangeven.

De Kamercommissie heeft het initiatief om de evaluatie in kwestie te vragen. De minister heeft de evaluatie echter wel zelf tijdens de vorige legislatuur aangekondigd. Ik nam dus aan dat ze automatisch zou worden hernomen. Als de minister de evaluatie niet zelf doet, dan zullen wij het doen. Wij moeten evenwel geen genoegen nemen met de evaluatie. Het is ook niet voldoende het evaluatieverslag rond te delen.

Ik herinner mij dat de FOD Volksgezondheid een tweetal jaar geleden de vorige rookwetgeving wel ten gronde in de commissie heeft uitgelegd. Naar aanleiding van voornoemde uitleg zijn vervolgens de debatten ter zake aangevat.

Ik stel bijgevolg nu hetzelfde voor, met name dat de FOD Volksgezondheid in de Kamercommissie een uiteenzetting van de evaluatie komt geven. Immers, eens de wetsvoorstellen over het rookverbod, die door iedereen als prioritair worden bestempeld, zullen zijn geagendeerd, zal de vraag naar een evaluatie van het huidige systeem toch worden gesteld.

Misschien kunnen wij de evaluatie en de desbetreffende wetsvoorstellen aan elkaar koppelen, wat voor mij mag. Ik vraag enkel om ook in de Kamercommissie en niet enkel in de Senaat de evaluatie te kunnen krijgen. Een dergelijke vraag was trouwens ook de inhoud van een brief die aan u, mijnheer de voorzitter, en aan de heer Claes is gestuurd.

De **voorzitter**: Mevrouw Smeyers, ten eerste, ik heb daarstraks aangegeven dat, wanneer wij het evaluatierapport krijgen, het mij evident lijkt dat het aan alle effectieve commissieleden wordt rondgestuurd. Vanaf het moment dat wij het rapport in handen hebben, zal het ook worden rondgestuurd. Het is op dit ogenblik onduidelijk of het rapport al dan niet is toegekomen. Op het eerste zicht is het niet toegekomen. Zodra wij het hebben, zullen wij het rondsturen.

Ten tweede, wij kunnen niet elke week nieuwe prioriteiten voor het werk in onze commissie definiëren. Ik heb heel goed de brief gelezen waarin de N-VA fractie aandringt op het organiseren van hoorzittingen. Op het moment dat wij de vraag, die legitiem is, hebben besproken, had de Senaatscommissie niet het nodige geduld. In de Senaatscommissie was de afspraak over een hoorzitting betreffende de evaluatie van het rookverbod al gemaakt. Er was ook afgesproken dat de zitting in de Senaatscommissie zou doorgaan. Ik heb ter zake de leden zelfs nog uitgenodigd om, mocht het hen interesseren, aan de hoorzitting deel te nemen of ten minste de hoorzitting bij te wonen en te aanhoren wat over de materie zou worden verteld.

Inmiddels zijn alle prioriteiten geformuleerd en ligt de rangorde van de gesprekken vast. Wij kunnen nu niet op de vastgelegde prioriteiten terugkomen. U maakt evenwel een heel nuttige suggestie. Op het moment dat de wetsvoorstellen op basis van de vastgelegde prioriteiten op de agenda komen – een van de eerstkomende vergaderingen komen het wetsvoorstel van de CD&V, jullie wetsvoorstel en alle eraan gekoppelde wetsvoorstellen trouwens op de agenda –, kan er perfect worden gevraagd om allerhande specialisten bij de bespreking van de genoemde wetsvoorstellen te betrekken.

11.05 Sarah Smeyers (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mag ik nog kort reageren?

Mevrouw de minister, mijn vraag is ondertussen al naar een discussie met de heer Bonte geëvolueerd. Ik begrijp echter dat u het initiatief aan het Parlement laat. Ik heb in mijn brief ook niet gevraagd om eindeloos hoorzittingen te organiseren. Ik heb enkel de evaluatie door de FOD Volksgezondheid van het rookverbod gevraagd. Ik veronderstel dat de vertegenwoordiger van de FOD nog altijd de heer Van Den Meerssche is.

Ik wil zelfs geen vertragingen organiseren en dus hoorzitting na hoorzitting vragen. Wij hebben ze immers al gehad. Ik weet en ken de visie van Ho.Re.Ca Vlaanderen en van het Neutraal Syndicaat voor Zelfstandigen*.

De **voorzitter**: (...)

11.06 Sarah Smeyers (N-VA): Dat was niet mijn vraag. Wanneer in andere commissies hoorzittingen worden georganiseerd over een wetsvoorstel dat wordt hernomen, wordt daarvan gewoon een verslag rondgedeeld. De evaluatie van de huidige wetgeving kan echter wel, met daarna automatisch de bespreking van de verschillende wetsvoorstellen. Tijdens de bespreking van de voorstellen mag dan wel niet worden gevraagd hoe het zit met de controle en de efficiëntie van de huidige wetgeving. Die vraag zal toch worden gesteld, en daarom kunnen wij ze beter in het begin behandelen. Ik vraag echter geen eindeloze hoorzittingen, laat dat duidelijk zijn.

De **voorzitter**: Iedereen moet de garantie krijgen dat hij de evaluatie krijgt. Laten wij het houden bij het engagement dat wij de wetsvoorstellen zo snel mogelijk op de agenda brengen. Als de indieners dan van oordeel zijn dat zij de auteurs van het evaluatierapport eerst willen horen, zal ik daarop ingaan.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

12 Question de Mme Annick Van Den Ende à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la télémédecine" (n° 888)

12 Vraag van mevrouw Annick Van Den Ende aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "telegeneeskunde" (nr. 888)

12.01 Annick Van Den Ende (cdH): Madame la ministre, en France, la médecine à distance, dite "télémédecine", est en train de se banaliser pour répondre aux problèmes médicaux des régions moins peuplées faisant face à des pénuries de médecins. Un décret organisant cette pratique a d'ailleurs été publié par l'ex-ministre de la Santé française, Mme Bachelot. Selon elle, la télémédecine peut répondre à un réel besoin quand l'offre de soins de santé n'y répond pas, par manque de médecins notamment. Elle peut également éviter le déplacement des patients, améliorer l'accès aux soins et le suivi des pathologies chroniques. Il s'agit donc selon la ministre d'un renforcement des modalités de la prise en charge.

La télémédecine peut donc revêtir différentes formes telles que la téléconsultation, la télésurveillance médicale, la tété-expertise ou la télé-assistance. Même si cette forme de médecine se fera toujours par le biais d'un internet sécurisé et de messages cryptés, on peut néanmoins s'interroger sur l'efficacité d'une telle pratique et surtout sur sa fiabilité, également en matière thérapeutique ainsi que sur la manière d'éviter des abus et des excès qu'une visite traditionnelle du praticien pourrait aisément éviter.

Cette pratique se développe autour de nous. On en entend parler quelque peu en Belgique. Mes questions sont donc les suivantes. Qu'en est-il dans notre pays? Y existe-t-il déjà des pratiques similaires? Sinon, une pratique de la médecine à distance est-elle envisagée? Quelles sont les pistes de réflexion actuelles? Quel cadre serait donné à cette télémédecine? Quels patients seraient concernés?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame, récemment, un décret organisant certains aspects de la télémédecine a été publié en France. Il n'y a pas d'équivalent en Belgique.

Il faut d'abord s'entendre sur ce qu'est la télémédecine. Ce terme regroupe des choses bien différentes allant d'informations d'éducation à la santé transmises par internet jusqu'à la téléconsultation en passant par des activités de télémonitoring à distance ou encore les nombreux systèmes d'échanges d'informations entre les professionnels de la santé. Ces échanges se développent également dans notre pays et doivent répondre aux règles du secret médical et du droit des patients.

Ce qui soulève davantage question, ce sont les téléconsultations. Dans le décret français, la téléconsultation a pour objet "de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation". Toutefois l'Ordre des médecins français précise que la téléconsultation dispose essentiellement de deux champs d'application. Soit le patient est suivi régulièrement par le médecin dans le cadre d'une pathologie de longue durée et, après élaboration d'un protocole de télésuivi, le patient et le médecin peuvent se transmettre des résultats d'examen ou de monitoring. Soit le patient est en consultation chez un autre professionnel de la santé et il est demandé à un médecin extérieur d'analyser à distance des symptômes ou des résultats d'analyse. En radiologie, par exemple, la télétransmission de l'imagerie peut aider, après échange d'informations entre les médecins, à un meilleur diagnostic.

On ne parle donc pas d'un patient qui se connecterait par hasard au cabinet d'un médecin pour lui décrire ses symptômes afin qu'il réalise un diagnostic et propose un traitement à distance. Il va de soi que ce type de consultation n'existe pas non plus en Belgique.

Le contact direct entre le patient et le médecin reste, je crois, indispensable pour une médecine de bonne qualité. Dans les pays où de telles expériences ont été instaurées, ce sont les éloignements géographiques (presque la force majeure) entre le médecin et le patient qui justifient leur mise en place. C'est le cas dans certaines régions du Canada mais ces expériences sont toujours cadrées tant au point de vue organisationnel que déontologique. Ainsi, au Canada, on fait prendre les paramètres par des paramédicaux, qui les transmettent pour analyse à distance par un médecin. En Belgique, cette nécessité n'existe pas et toutes les mesures doivent être prises pour offrir à tous les patients des soins directs de qualité et de proximité.

De nombreuses mesures ont été prises ces dernières années pour maintenir dans notre pays une première ligne de qualité. On a par exemple augmenté de manière très significative les quotas de médecins généralistes, mis en place des fonds Impulseo favorisant l'installation dans les zones à faible densité et pris une série de mesures favorisant les soins à domicile.

La seule expérience de travail à distance en dehors des monitorings évoqués est le projet 1733, qui est amené à mieux orienter les patients lors des gardes de première ligne. Des professionnels de la santé seront amenés, sur la base d'algorithmes scientifiques, à orienter les patients en urgence soit vers le SMUR, soit vers la garde hospitalière la plus proche, soit vers le généraliste de garde. Ce projet pilote est supervisé par un comité d'accompagnement formé de spécialistes de l'urgence et de généralistes du terrain en concertation avec des représentants de l'Ordre des médecins.

12.03 Annick Van Den Ende (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 912 van de heer Van Noppen is omgezet in een schriftelijke vraag.

13 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le marché noir du thon rouge" (n° 921)

13 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de zwarte markt voor rode tonijn" (nr. 921)

13.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie de me permettre de poser ma question, dans la mesure où ce sujet est on ne peut plus d'actualité. C'est, en effet, entre le 17 et le 27 novembre que les experts de la CICTA se réunissent pour discuter de l'avenir du thon rouge, entre autres espèces de poissons.

Une nouvelle enquête internationale sur le marché noir du thon rouge a été réalisée par l'International Consortium of Investigative Journalists (ICIJ), partenaire du journal *Le Soir*. Cette enquête pointe du doigt les pratiques de pêche illégales et le non-respect des quotas officiels: manipulation des rapports établissant la taille des poissons pêchés, location d'avions détecteurs de bancs de thons, pêche de thons sous-

dimensionnés, pillage du thon rouge dans les eaux nord-africaines, où les inspecteurs de l'UE n'ont pas droit d'accès.

De plus, il semble qu'on les entrepose dans des cages et qu'on les déplace. Bref, toutes sortes de pratiques contournent la réglementation sur les quotas.

Le thon rouge peut être considéré comme une espèce menacée d'extinction. Environ 75 % de la population des thonidés a disparu en quelques années, la moitié de cette disparition s'étant produite entre 1997 et 2007. Certains scientifiques craignent que le manque prolongé de contrôles et la subsistance de quotas de pêche trop larges mènent à la disparition totale de cette espèce. Ceci aurait des conséquences désastreuses sur les écosystèmes marins: le thon rouge est proche du sommet de la chaîne alimentaire; sans lui, des chaînes alimentaires entières pourraient s'effondrer et laisser les océans être envahis de millions de méduses et autres micro-organismes.

En mars dernier, je vous avais déjà interrogée à ce sujet et je vous avais fait savoir que le Parlement européen s'était prononcé en faveur de l'interdiction du commerce du thon rouge. Vous avez aussi déclaré que la Belgique soutenait officiellement la proposition de Monaco d'inscrire le thon rouge à l'Annexe 1 de la CITES comme espèce menacée et, par voie d'extension, protégée.

Madame la ministre, avez-vous connaissance de cette enquête internationale et d'éventuelles réactions au niveau européen? Quelle a été la position défendue par l'UE à Doha à la fin mars? Ces jours-ci se tient la réunion de la CICTA. Dès lors, la Belgique, dans le cadre de la présidence belge de l'UE, a-t-elle pris des positions fermes lors de cette réunion pour défendre un moratoire complet et mettre fin à ce commerce illégal qui met en danger l'économie, l'environnement et la biodiversité?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, je suis bien au courant de la problématique du commerce illégal de thon rouge, une nouvelle fois mise en évidence par le dernier rapport intitulé *Looting the Seas*, rédigé par l'International Consortium of investigative Journalists. Le thon rouge de l'Atlantique fait l'objet d'un commerce international massif. C'est la demande toujours plus élevée du marché international qui constitue la raison principale de sa surpêche, tant légale qu'illégale.

C'est pour ces raisons, entre autres, que la Belgique a soutenu la proposition de Monaco d'inscrire cette espèce à l'Annexe 1 de la CITES lors de la 15^e Conférence des parties de la CITES à Doha. Tout au long des réunions de coordination tenues au sein du Conseil européen pour établir une position commune, la Belgique a maintenu son soutien pour une inscription à l'Annexe 1, sans accorder d'exception. Cependant, cette position n'a pas recueilli les appuis nécessaires. Un compromis entre les avis divergents des États membres a finalement pu être dégagé.

L'Union européenne a ainsi demandé l'inscription du thon rouge à l'Annexe 1, mais avec un délai d'entrée en vigueur reporté à mai 2011, la proposition devant être soumise entre-temps à une procédure de vote postal des parties afin de prendre en compte les résultats de la Commission internationale pour la Conservation des thonidés de l'Atlantique.

La proposition monégasque ainsi que la proposition européenne d'inscription du thon rouge à l'Annexe 1 ont malheureusement été rejetées à Doha. L'avenir du thon rouge repose maintenant entre les mains de la CICTA. La pêche et le commerce illégal du thon rouge sont d'ailleurs repris à l'agenda de la 17^e réunion de la CICTA, qui a lieu du 17 au 27 novembre à Paris.

La Commission européenne a reçu un mandat pour cette réunion du Conseil européen, adopté à l'unanimité par les États membres. J'espère que les décisions qui seront prises à Paris mèneront à un renforcement des contrôles de la chaîne d'approvisionnement du thon rouge afin de réduire la pêche et le commerce illégal.

13.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, madame la ministre, j'espère que la Commission européenne défendra bien la position européenne, déjà un peu trop faible. Je propose donc que la Belgique continue à faire pression pour obtenir l'arrêt complet de la pêche du thon. Il s'agit de bien comprendre que c'est aussi l'intérêt économique et pas seulement l'intérêt de la biodiversité. La disparition de ce poisson entraînerait des coûts importants.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: *Thérèse Snoy et d'Oppuers.*
Présidente: *Thérèse Snoy et d'Oppuers.*

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is afwezig. Zij is ziek. Haar vragen worden dan ook uitgesteld.

14 **Vraag van de heer Bert Wollants aan de minister van Klimaat en Energie over "de problematiek van e-waste" (nr. 871)**

14 **Question de M. Bert Wollants au ministre du Climat et de l'Énergie sur "le problème des déchets électroniques" (n° 871)**

14.01 **Bert Wollants** (N-VA): Uit een VN-rapport van 22 februari 2010 blijkt dat de elektronikamarkt van de ganse westerse wereld jaarlijks 40 miljoen ton gevaarlijk afval creëert. Achteraf komt dat zogenaamde e-waste soms terecht in ontwikkelingslanden en Oostbloklanden, waar afgedankte gsm's en computers voor zware gezondheidsproblemen zorgen. Wij hebben allemaal de documentaires gezien.

De Antwerpse haven blijkt al jaren een draaischijf voor dat soort illegale transporten van e-waste. Een van de redenen daarvoor is dat er vaak containers op de kaai komen waarvan geen documenten zijn, of containers waarvan wel documenten zijn maar waarin iets anders zit dan op de documenten staat. Dat heb ik met eigen ogen gezien. In een ver verleden heb ik nog deelgenomen aan de gewestelijke inspecties in de Antwerpse haven. Voor de meeste mensen is het niet duidelijk hoe dat in zijn werk gaat. Het is een haven waar de schepen geladen zijn of nog moeten geladen worden. Je kan er enkel terecht bij de douane die je een mooie stapel papier geeft. Er staat van alles in maar meestal niet wat je aan het zoeken bent. De term *household goods* is zodanig breed dat het alles kan betekenen. Het is niet altijd evident om dan de containers vrij te zetten.

De federale milieu-inspectie is federaal verantwoordelijk voor de controle op de doorvoer van afvalstoffen. De verantwoordelijkheid voor invoer en uitvoer van afvalstoffen ligt bij de Gewesten. De doorvoer van bijvoorbeeld stoffen uit Duitsland die via de Antwerpse haven naar de derde wereld worden verscheept is een federale bevoegdheid.

Die controles zijn er nu, maar het aantal ambtenaren dat die controles uitvoert is beperkt. Het is heel moeilijk om een vangnet op te zetten dat die transporten degelijk traceert en ze uit de grote hoop haalt.

Zijn er, gelet op de bevoegdheden van de Gewesten, goede samenwerkingsverbanden waardoor we dat vangnet kunnen versterken?

Hoe verloopt de samenwerking tussen de Leefmilieu-, Justitie-, Douane- en Havenautoriteiten?

Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot e-waste in België en dan vooral in onze havens? Hoeveel controles worden er uitgevoerd? Staan er andere maatregelen op til om dat beter te doen en betere of doeltreffende inspecties uit te voeren?

Worden er maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat de containers op de kaai tenminste voorzien zijn van de juiste documenten zodat de controle praktisch haalbaarder wordt?

14.02 **Minister Paul Magnette**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Wollants, dit is een probleem dat door het grensoverschrijdend karakter zowel bilateraal en, beter nog, mondiaal moet worden aangepakt. Daartoe wordt er inderdaad intensief samengewerkt tussen diverse instanties, zowel op nationaal als op internationaal vlak.

Via het samenwerkingsakkoord van 1994, dat momenteel wordt geactualiseerd, tussen de federale Staat en de Gewesten, voor de coördinatie van de controle op grensoverschrijdende afvaltransporten, is er regelmatig overleg en worden gemeenschappelijke controles georganiseerd met inspecties door Leefmilieu, douane, en federale en lokale politie.

Wat de Antwerpse haven betreft, is er bovendien het arrondissementeel actieplan ter bestrijding van afvalfraude waar al deze actoren, met inbegrip van de parketten van Antwerpen en Dendermonde, een zicht nastreven op de meest problematische afvalstromen, waaronder e-waste.

In 2009 werd met de Nederlandse VROM-inspectie, thans het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu, een intentieverklaring ondertekend, waardoor netwerking, informatie-uitwisseling en gemeenschappelijke acties worden opgedreven. In dat verband werkte de federale milieu-inspectie in september actief mee aan een tweewekelijkse training van Afrikaanse milieu-inspecteurs met het oog op toekomstige controles op e-waste in de West-Afrikaanse havens. Op het vlak van wegcontroles was er onder impuls van de federale politie tijdens het Belgische voorzitterschap het project Augias, waarbij eveneens nauw werd samengewerkt met de Nederlandse collega's.

De uitspraak dat Antwerpen een draaischijf voor illegale afvaltrafiek zou zijn, moet worden genuanceerd. Door de intensivering van de controles in de laatste jaren werden inderdaad heel wat meer inbreuken vastgesteld. Dat is een goede zaak. Sinds 2007 werken vier federale milieucontroleurs vrijwel permanent in de Antwerpse en Zeebrugse havens. In 2009 werden in deze havens meer dan 1 300 eenheden, containers, trailers, minibusjes gevuld met e-waste, gecontroleerd. Hierbij werden 208 zware inbreuken vastgesteld, waarvan 151 e-waste betroffen. In al deze gevallen werden de transporten ofwel teruggestuurd naar het land van oorsprong ofwel werd de inhoud op kosten van de overtreder op milieuverantwoorde wijze in België vernietigd.

In 2010 wordt met dezelfde intensiteit gecontroleerd op e-waste. De aanpak van afvalstromen en het zicht krijgen op deze afvalstromen is dus niet enkel een probleem van Leefmilieu, maar van alle betrokken partners. Daarom blijft een goede samenwerking en informatie-uitwisseling, zowel op nationaal als op internationaal vlak, noodzakelijk.

14.03 Bert Wollants (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Als ik u goed begrijp, is er een nieuw samenwerkingsakkoord in voorbereiding. In de toekomst zullen wij dat dus kunnen bespreken en kijken of het zorgt voor een verbetering op het terrein.

Ik merk dat de stijging van het aantal controles een sterke stijging van het aantal vastgestelde overtredingen oplevert. Wij moeten kijken op welke manier wij die kunnen intensifiëren, tot het aantal overtredingen weer daalt. U zegt dat een aantal transporten wordt teruggestuurd. Dat is inderdaad waar. Uit ervaring weet ik echter dat dezelfde transporten vaak een week later alsnog terugkeren via een andere route of via een andere methode. Wij moeten hier zeker onze aandacht op richten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van de heer Kristof Calvo aan de minister van Klimaat en Energie over "de kosteneffectiviteit van de aankoop van emissiekredieten voor de realisatie van de Belgische Kyotodoelstelling" (nr. 941)

15 Question de M. Kristof Calvo au ministre du Climat et de l'Énergie sur "l'efficacité des coûts de l'achat de crédits d'émission pour la réalisation de l'objectif de Kyoto de la Belgique" (n° 941)

15.01 Kristof Calvo (Ecolo-Groen!): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de kosteneffectiviteit van de aankoop van emissiekredieten. De federale overheid heeft zich in het kader van het realiseren van de Kyotodoelstelling nogal sterk geëngageerd. Er is sprake van de aankoop 12,3 miljoen ton aan emissiekredieten in het buitenland.

U hebt in 2009 ongetwijfeld, net als ik, het rapport van het Rekenhof over het federale klimaatbeleid met heel veel aandacht bekeken. Een van de meest fundamentele opmerkingen in dat rapport betrof net de aankoop van emissiekredieten.

Een vraag in het rapport van het Rekenhof was of er wel duidelijkheid is over de kosteneffectiviteit van de aankoop van emissiekredieten. Wij weten onvoldoende wat de uitvoering van de maatregelen intern, hier bij ons, kost en wij vergelijken dus onvoldoende of het interessant is om aan te kopen in het buitenland. Dat is wat het Rekenhof schrijft. Het Rekenhof verwees in datzelfde rapport naar een studie van het Planbureau, die zegt dat het zou moeten volstaan om 1 miljoen ton emissiekredieten aan te kopen om de Kyotodoelstelling te halen. Meer recent was er een analyse van het Europees Milieu Agentschap, dat zegt dat wij, om de doelstelling te halen, zelfs geen emissierechten in het buitenland zouden hoeven aan te kopen. Dat roept heel wat vragen op, vandaar mijn vraagstelling vandaag.

Ten eerste, hoeveel emissiekredieten zijn ondertussen gecontracteerd? Hoeveel emissiekredieten betreffen gegarandeerde emissierechten?

Ten tweede, hoeveel contracten zijn er gesloten met projecten uit Afrika en de minst ontwikkelde landen? Hoeveel emissiekredieten zijn er gecontracteerd uit die projecten?

Ten derde, hoeveel emissiekredieten zijn ondertussen effectief afgeleverd en van welke projecten? Hoeveel van die emissiekredieten zijn afkomstig van internationale emissiehandel of Green Investment Schemes?

Ten vierde, het gaat meer concreet over een project in Hongarije, waarover toch nogal wat commotie geweest is, als ik mij niet vergis. Wat is de stand van zaken? Is men reeds in sterke mate dat project aan het realiseren? Het gaat om het energiezuinig maken van woningen en overheidsgebouwen. Is dat ondertussen reeds gebeurd? Hebt u daarover garanties?

Ten vijfde, hoeveel percent van de middelen van het Kyotofonds gaat er naar de aankoop van emissierechten? Wat is het totale budget dat de federale overheid daaraan spendeert?

Ten zesde, wat is de gemiddelde aankoopprijs van de gecontracteerde en/of geleverde projecten? Daarbij aansluitend luidt de meest fundamentele vraag of het niet goedkoper is om projecten in het binnenland te realiseren en te werken aan CO₂-reductie hier? Hebt u daarover ondertussen meer gegevens?

Ten zevende, u hebt nu enige tijd ervaring als klimaatminister. U hebt enige ervaring met het aankopen van emissierechten.

(...): (...).

15.02 Kristof Calvo (Ecolo-Groen!): Dat zegt u. U kunt zich nog altijd kandidaat stellen. Als er ooit een regering komt, zal het wellicht met de PS zijn. Ik vermoed dat u sterk genoeg bent om die post te claimen als u dat echt wil blijven doen. U kunt zich alvast kandidaat stellen op onze website want wij hebben ter zake een actie gevoerd.

Alle gekheid op een stokje. Hoe evalueert u die aankopen? Hoe evalueert u het beleid? Heeft er al een grondige evaluatie plaatsgevonden over de aankoop van emissierechten en de engagementen die wij daar als federale overheid opnemen? Wat ons betreft, neemt dit een te belangrijke plaats in in het federale klimaatbeleid. Het is niet erg om daarover af en toe te debatteren en die maatregel goed te evalueren.

15.03 Minister Paul Magnette: Mijnheer Calvo, ik zal uw vragen precies volgen.

Ten eerste, tot op heden heeft de federale overheid contracten afgesloten die de levering van minimaal 10.9 miljoen emissierechten voor het vervullen van de Kyotoverplichtingen verzekert. Het gaat om gegarandeerde leveringen. Dit is 89,4 % van het totale federale engagement van 12.2 miljoen emissierechten.

Indien anderzijds rekening gehouden wordt met de koolstofkredieten, die zonder leveringszekerheid werden gecontracteerd, kan dit maximaal oplopen tot bijna 12 miljoen emissierechten, of 97,6 % van het totale federale engagement.

Ten tweede, ondanks de financiële tegemoetkoming die de federale overheid heeft opgezet om projecten uit deze landen aan te trekken, werden er geen contracten met projecten uit Afrika en/of de minst ontwikkelde landen afgesloten. Tot op heden werden minder dan 2 % van de in totaal 2 513 geregistreerde CDM-projecten in Afrika ontwikkeld. Ik betreur ook deze geografische ongelijkheid. Persoonlijk heb ik ook geprobeerd contact op te nemen met mijn Marokkaanse collega toen ik in Marokko was. Er zijn echter geen Marokkaanse projecten die als CDM-project geregistreerd zijn.

Ik heb dan ook begin 2010, na een grondige evaluatie, het initiatief genomen om een studie te lanceren om de opportuniteit voor programmatische CDM in vijf van de minst ontwikkelde Afrikaanse landen, met name Tanzania, Mozambique, RDC, Rwanda en Oeganda, te onderzoeken. In het raam van deze studie zal er per land voor twee projecten een eerste concreet projectidee uitgewerkt worden voor de opportuniteit die de meeste kans op slagen heeft. Hiermee hoopt de federale overheid ook haar steentje bij te dragen om CDM in Afrika van de grond te krijgen.

In aansluiting daarop zijn er verschillende internationale en Europese ontwikkelingen, onder meer in het

raam van het Europees klimaat- en energiepakket, dat voorziet in een bepaling waarbij vanaf 2013 emissiekredieten uit nieuwe projecten enkel nog afkomstig kunnen zijn uit de minst ontwikkelde landen of landen waarmee de Europese Unie een bilaterale overeenkomst afsluit. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de markt in de minst ontwikkelde landen in het algemeen, en Afrika in het bijzonder, zich momenteel aan het ontwikkelen is. Deze kredieten zullen evenwel pas na 2012 gegenereerd worden.

Ten derde, er werden tot nu toe 4 269 282 emissiekredieten effectief geleverd, inclusief de twee miljoen kredieten uit het GIS met Hongarije. De projecten waaruit de overige emissiekredieten komen zijn voornamelijk hernieuwbare energieprojecten: biogas, biomassa, wind, kleine waterkracht en energie-efficiëntieprojecten. De federale overheid hanteert strenge duurzaamheidscriteria in de selectie van projecten en sluit bij voorbaat een aantal projecttypes uit, zoals de industriële gasprojecten en grote waterkrachtcentrales.

Ten vierde, in het kader van het Green Investment Scheme met Hongarije werden in 2009 twee GIS-programma's geopend voor energie-efficiëntie in residentiële gebouwen. Het energie-efficiëntieprogramma is gericht op kleinere conventionele huizen, terwijl het panelprogramma gericht is op grote prefabgebouwen. In het panelprogramma werden reeds 948 aanvragen goedgekeurd. Er worden nog 761 aanvragen geanalyseerd. Voorlopig worden deze gebouwen gemiddeld met 3,5 energieklassen verbeterd, van klasse F naar klasse C of B. Via het jointboard volgen experts uit mijn administratie de programma's nauw op.

Ten vijfde, sinds het politiek akkoord over de lastenverdeling van 2004 werden gaandeweg bijkomende middelen vrijgemaakt. Gelet op de huidige context in het kader van de Kyotodoelstelling werd het aankoopbeleid bevroren. Om het deficit tussen de Gewesten te compenseren werd sinds 2004 in totaal iets minder dan 202 miljoen euro uit het Kyotofonds vastgelegd. Het totale budget zal afhangen van de mate van levering van de gecontracteerde niet-gegarandeerde kredieten.

Ten zesde, de gemiddelde aankoopprijs varieert sterk in functie van meerdere factoren in de levering van die kredieten, zoals de garanties en datum van levering en de marktprijs op het moment van levering aangezien de prijs in sommige contracten een variabel deel inhoudt. De gemiddelde aankoopprijs bevindt zich tussen 12 en 14 euro per koolstofkrediet. Gezien de gehanteerde duurzaamheidscriteria is deze prijs zeer concurrentieel ten opzichte van de huidige marktprijs voor secundaire kredieten met levering in december 2010, die momenteel 12,48 euro bedraagt. Het federaal aankoopprogramma wordt om de zes maanden grondig geëvalueerd.

15.04 Kristof Calvo (Ecolo-Groen!): Mijnheer de minister, ik heb een aantal zeer specifieke vragen. U had het over een studie over CDM-projecten in Afrika. Is die afgerond of zit die in de pijplijn? Dat had ik niet helemaal begrepen.

15.05 Minister Paul Magnette: Zij is nog niet afgerond.

15.06 Kristof Calvo (Ecolo-Groen!): Zou het eventueel mogelijk zijn om de volledige lijst van projecten en de meest recente evaluatie over te maken aan de commissie? Ik begrijp dat dit geen probleem is.

Mijnheer de minister, ik dank u vanzelfsprekend voor het antwoord. Ik haalde echter in mijn inleiding al aan dat de meest fundamentele vraag natuurlijk is of het efficiënter en effectiever is om te investeren in al dan niet goede projecten in het buitenland dan om hier in België reducties te realiseren. Dat was toen een heel terechte kritiek van het Rekenhof. Ik merk dat u op die vraag niet ingaat. Ik vermoed dus dat er wat dat betreft weinig stappen gezet zijn en dat er op dit moment niet meer informatie is over de kosteneffectiviteit van het hele programma. Ik kan dat alleen betreuren want het gaat over een aardig budget. Als ik mij niet vergis sprak u over 200 miljoen. Dat is een heel grote hap uit de klimaatmaatregelen die wij federaal nemen. Ik meen dat wij ons dat niet kunnen permitteren. Zelfs een kleine KMO gaat op een ander manier te werk. Als men daar een bijkomend element wil, gaat men zich de vraag stellen of het hier gerealiseerd moet worden dan wel of men op zoek moet gaan naar een *supplier*. Wat een KMO dagelijks doet zouden wij ook moeten doen als het over ons federaal klimaatbeleid gaat. Dat blijken wij vandaag niet te doen.

Het aankoopbeleid en het emissierechtenverhaal zijn onderwerpen om uitgebreid te bespreken in een van de volgende commissies omdat dit vrij fundamenteel is voor ons klimaatplan.

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

La **présidente**: Nous pourrions passer tout un après-midi sur le sujet mais, dans le cadre des questions, je ne peux laisser le débat se prolonger.

16 Question de Mme Colette Burgeon au ministre du Climat et de l'Énergie sur "le rapport fédéral 2004-2008 sur l'environnement" (n° 1095)

16 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Klimaat en Energie over "het Federaal Milieurapport 2004-2008" (nr. 1095)

16.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, vous avez présenté, vendredi dernier, au Conseil des ministres, le rapport fédéral 2004-2008 sur l'environnement. Ce rapport répond à une exigence légale inscrite dans la loi du 5 août 2006 relative à l'accès du public à l'information environnementale. Il a pour objectif de restituer les actions de l'État fédéral en matière d'environnement.

L'élaboration d'un tel document est une grande première pour le gouvernement fédéral et on ne peut que se féliciter qu'une telle initiative ait pu aboutir.

Il apparaît essentiel que ce rapport soit discuté devant les commissions compétentes de notre assemblée. Cependant, je me permets de vous demander, dès maintenant, de nous présenter la méthodologie qui a présidé à l'élaboration de ce rapport et ses principales conclusions. Comment, concrètement, comptez-vous opérationnaliser les apports et suggestions de ce document?

16.02 Paul Magnette, ministre: Madame Burgeon, comme le stipule ce premier rapport centré sur la période 2004-2008, la politique environnementale belge est effectivement fragmentée, ce qui a une incidence sur l'élaboration même du rapport et sur sa méthode. Définir des indicateurs, recueillir des données exhaustives pour étayer la politique menée fut donc une tâche complexe. Rien qu'au niveau fédéral, un nombre restreint d'indicateurs tangibles pouvait être utilisé pour rendre compte des aspects de la politique ou pour en faire l'évaluation. Afin d'aider à l'élaboration du rapport, un canevas a été établi en vue de décrire les contours de la politique à évaluer.

Un questionnaire générique, préalable au rapport, a été conçu, qui portait sur chaque aspect de la politique. Les réponses ont été fournies par les départements concernés, approuvées ensuite par le comité scientifique et le comité d'accompagnement du rapport. Sur la base des constats des forces et des faiblesses identifiées dans le rapport, des recommandations ont été formulées, en particulier à l'égard des compétences qui sont momentanément les miennes: climat, énergie, environnement, développement durable et protection des consommateurs.

En voici quelques-unes dans un rapport qui compte quelques centaines de pages et dont nous pourrions discuter un jour dans cette commission si vous le souhaitez. D'une part, il est recommandé, ce que je comprends et soutiens, de développer une politique plus cohérente de lutte contre le changement climatique. Mon objectif est de développer une vision stratégique à moyen et à long terme qui permette la transition vers une société à taux de carbone réduit. Le projet de loi "Climat" que j'avais déposé en première lecture au gouvernement en était notamment l'expression. À l'instar du Royaume-Uni et de quelques autres rares pays européens qui se sont dotés d'une telle loi, cela nous donnerait cette vision sur le long terme, de construire le consensus sociétal à long terme et pas simplement à l'échéance des plans (2012, 2020). Il faudrait pouvoir se projeter bien plus loin dans le temps, évaluer constamment ces objectifs et les renforcer.

De même, le rapport soulignait l'absence d'une politique intégrée des produits. Vous le savez, j'en ai souvent parlé ici, j'ai toujours considéré que la politique des produits était un instrument très utile du fédéral à qui il ne reste pas grand chose comme instruments de politique environnementale. Pour le coup, c'est une compétence proprement fédérale et sur laquelle on peut sans doute faire beaucoup mieux, qui a un grand impact sur l'environnement mais potentiellement aussi sur l'emploi, sur la santé publique. Madame la présidente, je sais que vous êtes très sensible à tous ces aspects.

En examinant la totalité du cycle de vie d'un produit, depuis sa conception, sa production, en passant par sa mise sur le marché et son utilisation pour finir par sa réutilisation éventuelle ou sa transformation en déchet, on peut répondre à nombre de préoccupations sur la qualité, la sécurité, la protection de l'environnement et de la santé, la protection du consommateur. C'est une chose pour laquelle j'espère que l'autorité fédérale pourra beaucoup y investir, et c'est à cette fin que j'ai constitué l'Agence fédérale de l'Environnement dont ce sera la mission, précisément: lancer et soutenir une politique cohérente des produits, avec une finalité

environnementale.

Une meilleure communication et compréhension de la nécessité de préserver la biodiversité doit aussi être recherchée.

C'est une question extrêmement importante, un peu passée au second plan ces dernières années, derrière les préoccupations climatiques, mais qui leur reste profondément liée: ainsi, la déforestation est une perte à la fois de biodiversité et de puits de carbone.

Les choses progressent un peu. En effet, sur le plan mondial, l'accord de Nagoya est considéré comme un bon accord, susceptible de permettre de lancer un régime international. Sur le plan interne, le plan fédéral Biodiversité fait en sorte que les objectifs de biodiversité soient intégrés dans une série de domaines: recherche et développement, plans de la SNCB, départements économiques, etc. Il permet de faire monter la préoccupation, sans oublier le régime de lutte contre les espèces invasives.

Enfin, la question de la santé environnementale mérite une attention accrue, selon le rapport, en particulier pour ce qui concerne la contribution fédérale à l'amélioration structurelle de la qualité de l'air, la question des risques émergents, entre autres. La traçabilité des nanomatériaux sera traitée prioritairement.

Ici aussi, l'Agence fédérale Environnement peut avoir un rôle à jouer: certains produits émetteurs de particules et de gaz à effet de serre, telles que les machines-outils, continuent à relever de la compétence fédérale et pourraient donc faire l'objet de normes produits, qui permettraient d'améliorer la qualité de l'air extérieur, comme celle de l'air intérieur par le biais de produits sur lesquels nous avons commencé à émettre des normes: des détergents aux matériaux de construction, en passant par les moquettes et les canapés.

Voilà un ensemble de champs selon l'évaluation 2004-2008, faite avec la plus grande honnêteté possible. Pour nous, c'est important de se montrer transparents et d'instaurer un débat public, et pour permettre de s'améliorer et de tirer des leçons des périodes précédentes afin de savoir quelles initiatives structurelles mettre en place.

16.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il est vrai que ce n'est pas facile de résumer 500 pages en quelques minutes. Vous avez repris tous les points qui nous intéressent le plus.

Je ne puis que vous encourager à poursuivre dans ce sens et peut-être de mettre en avant certains points oubliés. Nous savons qu'il est impossible de tout faire en 24 heures. Félicitations pour le travail que vous réalisez!

La **présidente:** À ce sujet, ce matin, plusieurs membres de la commission ont soutenu l'idée d'une présentation plus générale de ce rapport. Nous pourrions peut-être inviter les auteurs du rapport. Qui a rédigé ce rapport?

16.04 Paul Magnette, ministre: Les départements concernés ont envoyé les réponses aux questions. Un comité d'accompagnement constitué des représentants des SPF a rassemblé le tout. Un comité scientifique indépendant, composé de chercheurs et d'universitaires, a fait le *screening* du rapport.

La **présidente:** Je crois que cela vaudrait la peine de passer plus de temps là-dessus.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au ministre du Climat et de l'Énergie sur "le respect du règlement REACH" (n° 1038)

17 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Klimaat en Energie over "de inachtneming van de REACH-verordening" (nr. 1038)

17.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, le nouveau règlement REACH est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2007. Ce règlement garantit un droit d'information aux consommateurs qui ont désormais la possibilité d'interroger les fabricants quant à la présence dans leurs produits de substances reconnues comme étant extrêmement préoccupantes (SVHC), qui sont cancérigènes, mutagènes, toxiques

pour la reproduction, etc.

Ces substances sont reprises sur une liste officielle des substances candidates qui permet donc aux consommateurs d'être éclairés sur leurs achats. En plus, il s'agit d'un outil puissant pour promouvoir la substitution des substances dangereuses par des alternatives plus sûres. Ceci, c'est la théorie! En effet, la pratique montre que le règlement est souvent mal appliqué par les entreprises.

Selon une enquête menée en 2010 par le Bureau européen de l'Environnement, seuls 22 % des grands distributeurs européens respectent l'obligation d'information des consommateurs sur la présence éventuelle de ces substances sensibles dans leurs produits. Dans le cas de la Belgique plus particulièrement, 70 % des demandes d'information des consommateurs sont restées sans réponse.

Monsieur le ministre, au nom du droit à l'information et de la protection du consommateur, il est urgent que les entreprises respectent ce règlement REACH. Dès lors, si vous considérez cette enquête comme pertinente – dans le cas contraire, faites-le nous savoir – quelles mesures comptez-vous prendre pour obliger les entreprises à respecter les obligations légales qui leur sont imposées par le règlement REACH? Des campagnes d'information et de formation des entreprises belges ne s'imposent-elles pas? Qu'en est-il du mécanisme de sanction en cas de non-respect? Ne devrait-il pas être renforcé? La liste des substances ne pourrait-elle être étoffée, compte tenu du fait que les associations de protection de la santé et de l'environnement en comptent plus de trois cents qui seraient de *high concern* et à propos desquelles l'information n'est pas nécessairement disponible pour le consommateur? Quels sont les moyens de votre administration en matière de contrôle des entreprises pour faire respecter le règlement REACH?

17.02 Paul Magnette, ministre: Madame Snoy, votre question est effectivement importante. Les résultats de l'enquête du Bureau européen de l'Environnement nous sont bien connus. Le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement nous informe, de son côté, qu'aucune plainte n'a été déposée. Des contrôles ont eu lieu dans le cadre de REACH, en 2009, déjà, en 2010 et ils seront poursuivis en 2011. Par ailleurs, le *helpdesk* REACH est fonctionnel au sein du SPF Économie et chaque industrie peut s'adresser pour toute question à ce *helpdesk*, visant précisément à faire en sorte que l'information circule le mieux possible.

Le mécanisme de sanction, en cas de non-respect des dispositions, est prévu à l'article 7 de la loi du 21 décembre 1998. Depuis sa modification du 10 septembre 2009, cette loi prévoit que les infractions aux articles de la loi sur les normes de produit concernant REACH sont punies suivant le mécanisme de sanction de l'article 17 de cette loi. Dans le cas des infractions les plus graves, le juge peut infliger les peines supplémentaires suivantes: publication du jugement qui prononce la condamnation, fermeture des établissements où sont commis des délits pour une durée de quatre semaines minimum et d'une année maximum en cas de récidive, interdiction provisoire d'exercer une ou plusieurs activités professionnelles bien précises, également en cas de récidive et pour une durée allant de un à dix ans.

En outre, dans le souci de protéger la santé publique et/ou l'environnement, l'article 17 prévoit, en son alinéa 4, que le juge peut ordonner soit, l'interdiction d'importer ou d'exporter le produit qui est l'objet de l'infraction, le retrait du marché du produit, la destruction des produits saisis aux frais de la personne condamnée, le retrait des avantages patrimoniaux acquis illégalement, la publication du jugement de la manière qu'il déterminera et aux frais de la personne condamnée. Le mécanisme de sanction de la loi du 21 décembre 1998 qui existe déjà depuis son adoption me semble donc assez sévère en termes de principes.

Je voudrais rappeler, par ailleurs, qu'en date du 25 mars 2010, la Commission a défini l'objectif d'ajouter 106 substances additionnelles à la liste des substances candidates (SVHC) d'ici à la fin 2012. Ce nombre a été déterminé en tenant compte d'une liste de substances reconnues comme étant extrêmement préoccupantes ainsi que de la charge de travail de l'ECHA (European Chemicals Agency) dans la préparation et le suivi des dossiers de l'Annexe 15.

L'objectif à long terme est l'ajout de toutes les SVHC pertinentes connues à la liste des substances candidates d'ici 2020. Pour chacune de ces 106 substances, il y a maintenant lieu de vérifier si la procédure d'autorisation REACH est la meilleure option.

Certaines substances peuvent déjà être soumises des réglementations existantes et, en conséquence, des mesures limitent déjà le risque. La constitution d'un dossier Annexe 15 dans ce cas n'est plus nécessaire.

17.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, je pense que l'enquête du BEE portait surtout sur le droit à l'information des consommateurs. C'est préoccupant. Ils ne vont sans doute pas déposer de plainte et je ne pense pas qu'il faille un arsenal de sanctions, tel que vous l'avez cité, qui sont déjà de l'ordre du judiciaire. Nous connaissons la lourdeur de ce type de sanctions. Avant de prendre de telles sanctions, il faudrait peut-être prévoir une circulaire à l'égard des entreprises pour que les demandes des consommateurs soient respectées en matière d'information. Il y a un grand problème à ce niveau et le test du BEE est intéressant à cet égard et devrait interpeller vos services.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16.14 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.14 uur.