

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 23 FÉVRIER 2011

WOENSDAG 23 FEBRUARI 2011

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.
La séance est ouverte à 14.14 heures et présidée par M. Hans Bonte.

01 Question de Mme Colette Burgeon au ministre du Climat et de l'Énergie sur "le dispositif de suivi de mortalité des abeilles décidé par la Commission européenne" (n° 2844)

01 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Klimaat en Energie over "de maatregelen van de Europese Commissie voor de follow-up van de bijensterfte" (nr. 2844)

01.01 **Colette Burgeon** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, depuis plusieurs années, les apiculteurs européens s'inquiètent du taux de mortalité particulièrement élevé des abeilles. Rappelons que l'Europe en compte 2 500 espèces. Avec d'autres espèces pollinisatrices, elles aussi souvent affectées, les abeilles jouent un rôle essentiel dans la reproduction des plantes à fleurs. Les pesticides utilisés en agriculture, le Gaucho et autre Régent TS en tête, ont été souvent incriminés comme agents responsables de cette surmortalité.

D'autres facteurs explicatifs sont aussi régulièrement évoqués: l'appauvrissement du milieu ambiant, des conditions climatiques extrêmes et la présence de maladies et de parasites dans les ruchers. Aucune de ces explications n'est apparue, jusqu'à présent, comme assez convaincante.

Aujourd'hui, c'est l'Union européenne qui s'inquiète pour ses abeilles devant ce qu'il est désormais convenu d'appeler le "syndrome d'effondrement des colonies". C'est pourquoi elle veut désormais surveiller ses abeilles. La Commission européenne a ainsi annoncé, via le commissaire en charge de la Santé, le 26 janvier dernier, la création d'un dispositif de suivi des mortalités des abeilles en Europe avant la fin de l'année.

Monsieur le ministre, voici donc mes questions. Pouvez-vous nous expliquer quel sera le *modus operandi* qui sera déployé par la Commission européenne? Comment cela se passera-t-il sur le territoire belge? Qui seront les acteurs de terrain? Avec quels moyens agiront-ils?

Depuis le 1^{er} janvier 2006, à l'initiative de M. Rudy Demotte, une réglementation nouvelle visant l'enregistrement de tous les opérateurs de la chaîne alimentaire, y compris les apiculteurs, est entrée en vigueur. C'était la condition primordiale pour qu'un suivi sanitaire efficace soit possible. En outre, l'AFSCA a dégagé, dès 2006, un budget spécifique pour lutter contre les maladies des abeilles. Quel bilan l'Agence tire-t-elle de l'action qu'elle mène en ce domaine depuis cinq ans?

Je vous remercie de vos réponses.

01.02 **Paul Magnette**, ministre: Monsieur le président, chère collègue, je vous remercie pour votre question qui a trait à une problématique qui me tient très à cœur.

Effectivement, partout dans le monde et en Europe en particulier, le taux de mortalité des abeilles atteint des records. De fin 2006 à fin 2007, 25 % des colonies ont été décimées en Allemagne, en Suisse, au Portugal

et en Grèce. La Belgique n'est pas épargnée. Depuis 1995, les apiculteurs belges manifestent leurs inquiétudes face à cette augmentation de la mortalité des abeilles et de leurs ruches. Nous savons que 350 espèces d'abeilles vivent, par exemple, en Région wallonne.

En tant que ministre de l'Environnement, la situation des populations d'abeilles m'interpelle et constitue une priorité, vu les services fondamentaux qu'elles rendent à la nature, en particulier par le biais de la pollinisation.

Comme vous l'avez relevé très justement, la problématique du déclin des colonies est liée à une multiplicité de causes dont la diminution de la qualité de l'environnement et de la biodiversité. Les principales causes directes de réduction de la biodiversité sont le changement d'affectation des sols, l'intensification de leur utilisation, la disparition des pratiques agricoles et sylvicoles traditionnelles, qui avaient souvent engendré des habitats riches en espèces. Cette perte affecte aussi la qualité des ressources alimentaires des abeilles. Les résultats d'une étude récente tendent d'ailleurs à prouver que l'existence d'un environnement jouissant d'une biodiversité suffisante pour préserver le service écosystémique qu'est la pollinisation est essentielle pour la santé des abeilles.

Par ailleurs, les effets de certaines substances phytosanitaires sont très controversés, surtout lorsque ces effets se cumulent avec d'autres causes de déclin liées à l'apparition de champignons et de virus affaiblissant la santé des abeilles ou l'apparition d'espèces envahissantes concurrentes.

La Commission européenne a adopté, en décembre 2010, une communication au Parlement européen et au Conseil sur la santé des abeilles dont l'objectif est d'exposer clairement les principaux problèmes liés à cette problématique et des actions-clés que la Commission a l'intention de mener pour les résoudre. Cette communication servira de base pour les débats sous la présidence hongroise, et au-delà, avec le Parlement, le Conseil, les autorités des États membres et les parties prenantes. Elle contribuera à définir d'éventuelles actions supplémentaires nécessaires au niveau européen.

Comme vous le savez, la compétence en matière d'environnement et d'apiculture est fortement régionalisée dans notre pays, en ce compris la question de la surveillance. Pour répondre à votre question, certaines actions concrètes essentielles à mener sont de la responsabilité du gouvernement fédéral, de la mienne, mais aussi de celle de mes collègues ayant respectivement l'Agriculture et la Santé publique dans leurs compétences.

Pour ma part, je souhaite développer une série d'actions axées sur cinq volets.

Premièrement, renforcer les méthodes européennes d'évaluation des risques.

Deuxièmement, revoir les conditions d'agrément et d'autorisation fédérale de produits contenant des substances potentiellement néfastes pour les abeilles. Les travaux sont en cours dans le cadre des plans de réduction des pesticides et biocides. Un accent particulier sera mis sur cette préoccupation de manière à avoir un double dividende. En effet, en protégeant la santé des abeilles, on protège aussi la santé de l'écosystème et de ses habitants.

Troisièmement, développer et renforcer la recherche et l'expertise indépendantes, entre autres sur les questions émergentes telles que les OGM ou les ondes électromagnétiques qui peuvent avoir des conséquences sur ce plan.

Quatrièmement, actualiser les plans et les programmes fédéraux concernés: le Plan fédéral "Biodiversité", le programme de réduction des pesticides et biocides pour faire de cette question un axe qui attire l'attention de manière constante.

Cinquièmement, sensibiliser et responsabiliser les acteurs-clés, les entreprises, les consommateurs et le public à l'importance de la valeur socio-économique de la biodiversité et des services qu'elle rend à la société.

Ces actions seront pilotées par un comité "Abeilles" que j'ai récemment instauré dans mon administration – et j'espère que cela ne prêtera pas à rire – regroupant tous les experts compétents en la matière. Pour votre question portant sur l'AFSCA, je vous renvoie à ma collègue en charge de l'Agriculture. Soyez assurée que je resterai attentif à l'évolution de ce dossier.

01.03 Colette Burgeon (PS): Merci pour cette réponse exhaustive. Nous serons attentifs aux suites.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au ministre du Climat et de l'Énergie sur "l'impact des cultures d'agrocultures" (n° 2526)

02 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Klimaat en Energie over "de gevolgen van de teelt van agrobrandstoffen" (nr. 2526)

02.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, monsieur le ministre, je souhaiterais d'abord vous dire que j'ai posé une question ce matin à Mme Laruelle sur la protection des abeilles contre les pesticides issus des graines enrobées. Sa réponse ne m'a pas vraiment rassurée car elle a tout de suite considéré que je voulais interdire l'agriculture. Si vous pouviez la convaincre, peut-être le ferez-vous mieux que moi!

Pour ce qui concerne les agro-carburants, ma question date du 3 février 2011. Je vous faisais part du fait que le gouvernement avait adopté, le jeudi en question, un projet d'arrêté royal qui met en place des critères environnementaux pour les agro-carburants. Vous y mettiez en avant les exigences de réduction d'émissions de CO₂ et l'interdiction d'acheter ou de produire des biocarburants qui provoqueraient la destruction de milieux naturels.

Fin décembre, à l'occasion d'une conférence de presse dans laquelle elle était présentée, j'ai aussi pris connaissance de l'étude que vous avez commanditée au CETRI concernant l'impact de l'expansion des cultures visant la production d'agro-carburants ainsi que des conclusions de celle-ci.

Il ressort clairement de cette étude que les critères de durabilité prévus dans la directive européenne sont notoirement insuffisants en regard des impacts observés et que le mécanisme de la certification est en lui-même et par nature incapable de contrôler les impacts négatifs.

Pour la même raison, la production d'agro-carburants sur le sol belge et/ou l'importation en provenance de pays industrialisés ne permet pas non plus de limiter les effets négatifs, notamment les effets indirects et globaux incontrôlables en tout cas via le mécanisme de certification.

Selon les auteurs de cette étude, c'est la politique même consistant à vouloir utiliser l'agriculture pour produire du carburant qui doit être mise en cause. Au-delà, c'est le modèle agricole intensif et à grande échelle qui doit être mis en cause, en raison de ses effets sur l'environnement et sur les droits sociaux.

Monsieur le ministre, l'adoption de ce projet d'arrêté n'est-il pas en contradiction avec les résultats de cette étude? Comment pensez-vous qu'il faille tenir compte d'une des ses principales conclusions, à savoir que, quels que soient les critères de durabilité que l'on applique, le mécanisme de la certification est incapable de contrôler les effets négatifs de la politique de promotion des agro-carburants? Comment tiendrez-vous compte du fait que les répercussions de cette politique entrent directement en conflit avec les engagements internationaux de la Belgique en matière de droits humains, de respect de l'environnement, de respect de la biodiversité et de lutte contre le changement climatique? Comment tenir compte aussi du fait que les répercussions de cette politique entrent directement en conflit avec les engagements européens pris dans le cadre des conférences de Nagoya et de Cancún?

Une étude de l'IEEP est sortie en novembre 2010.

C'est un organisme international s'intéressant aux plans d'énergie renouvelable. Selon lui, le bilan en termes de gaz à effet de serre des agro-carburants n'est pas du tout positif. En conséquence, cela ne conduirait pas à une diminution, mais bien à une augmentation colossale des gaz à effet de serre, évaluée par l'étude à 80,5 %, voire à 167 % par rapport à l'utilisation des énergies d'origine fossile. Ces chiffres sont plutôt sidérants et contredisent d'autres études!

Quelles conclusions la Belgique en a-t-elle tirées pour son propre plan d'action? Quelle position adopte-t-elle au niveau européen? Il faut savoir que la promotion de l'utilisation des agro-carburants a été présentée par la Commission européenne comme une méthode destinée à réduire les émissions de gaz à effet de serre.

Enfin, quelle suite la Belgique entend-elle donner au fait que la Commission européenne a délibérément dissimulé les rapports démontrant les impacts négatifs du recours aux agro-carburants? Je parle de l'étude IEEP.

02.02 Paul Magnette, ministre: Madame Snoy, l'arrêté royal a été approuvé en première lecture lors du Conseil des ministres de ce 3 février. Il vise à garantir que les biocarburants présents sur le marché belge, y compris ceux qui sont importés, répondent aux critères gouvernementaux suivants.

Premièrement, une réduction des émissions de CO₂ par rapport aux énergies fossiles: moins 35 % dès aujourd'hui et 60 % à partir du 1^{er} janvier 2018, et ceci dans une logique d'analyse du cycle de vie pour éviter les phénomènes tels que ceux qui ont été décrits dans l'étude de l'IEEP.

Deuxièmement, l'interdiction de produire des biocarburants au départ de biomasse produite dans des écosystèmes à grande valeur de biodiversité sur des terres riches en carbone ou dans les tourbières.

Troisièmement, le respect des conditions agricoles et environnementales de la politique agricole commune. Cela veut dire que les produits importés en dehors du territoire doivent correspondre au moins aux critères propres à l'Union européenne.

Cet arrêté transpose les directives 2009/28 relative à la promotion et à l'utilisation de l'énergie produite à partir de sources renouvelables et 2009/30 sur les spécifications relatives à l'essence, au carburant diesel et au gazoil.

Le projet d'arrêté n'est donc certainement pas en contradiction avec les résultats de l'étude. Au contraire, il s'agit même d'une première puisque aucune filière utilisant de la biomasse à des fins alimentaires ou industrielles ne dispose d'un tel dispositif à ce jour. On innove et on met des conditions pour une filière importante où de la biomasse est utilisée. Cela pourrait servir d'exemple pour d'autres secteurs.

Les opérateurs économiques devront démontrer le respect de ces critères. Aujourd'hui, 87 % des biocarburants utilisés en Belgique sont produits en Europe. Ils correspondent à des critères de ce type, ce qui garantit le respect des critères environnementaux et qui facilite aussi les contrôles.

Quant aux critères sociaux, hors Union européenne, j'ai défendu ce point à plusieurs reprises lors du Conseil Environnement et Énergie de l'Union européenne et la nécessité d'en définir pour la biomasse mais le combat n'est pas terminé.

À terme, c'est l'ensemble des filières de valorisation de la biomasse qui devraient répondre à des objectifs équivalents à ceux-ci. C'est le sens à donner aux objectifs qui ont été fixés par les conférences de Nagoya et de Cancún.

La question des impacts indirects ou globaux ne peut être traitée, quant à elle, uniquement pour la biomasse utilisée à des fins énergétiques. Il faut la traiter pour l'ensemble de la biomasse. À cet effet, j'ai commandé une étude qui vise, dans le prolongement de celle-ci mais en élargissant le périmètre, à quantifier tous les flux de biomasse en Belgique. Les résultats seront connus dans un peu moins d'un an, à la fin de l'année 2011.

Parallèlement, les plans d'actions qui mettent en oeuvre le développement des énergies renouvelables doivent faire l'objet d'évaluations intermédiaires par les États membres et la Commission. Dans son plan, la Belgique a inscrit la maîtrise de la consommation énergétique et le développement des véhicules électriques comme complémentaires à l'incorporation des biocarburants pour atteindre les fameux 10 % d'énergie renouvelable dans le transport d'ici 2020.

02.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, vous dites ne pas être en contradiction avec l'étude CETRI; pourtant, cette étude se conclut en disant que les critères ne sont pas suffisants et que la certification ne peut pas contrôler totalement les effets de la culture.

02.04 Paul Magnette, ministre: Ce n'est pas suffisant: il faudrait comparer à l'ensemble de la biomasse, à l'ensemble du monde. (...) (*hors micro*)

02.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): La question des droits sociaux et des droits humains n'est absolument pas prise en considération dans la certification telle qu'actuelle.

Cette étude me paraît très alarmante. Je vous avoue, en tant qu'écologiste, que ce n'est pas du tout agréable à lire: nous avons pensé pouvoir compter davantage sur la biomasse et sur les biocarburants de première génération. Visiblement, ils ont des effets déclarés pervers sur l'aspect environnemental. Même si l'on peut comparer une exploitation à une autre, je doute qu'on puisse contrôler les effets globaux, même en matière d'environnement.

Oui, il faut travailler sur tous les flux de biomasse, je suis d'accord; il faut continuer à se battre pour les critères sociaux et droits humains de manière à ce que les paysans ne soient pas expulsés de leurs terres par ce type de spéculation agricole.

Selon moi, cette évaluation des effets globaux doit nous inciter à diminuer le développement des agro-carburants, voire à décréter une pause, quand on voit leurs effets aujourd'hui. Nous devons être capables de remettre en question les objectifs européens relatifs à cette question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au ministre du Climat et de l'Énergie sur "l'interdiction des OGM par les États membres" (n° 2724)

03 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Klimaat en Energie over "het verbieden van ggo's door een EU-lidstaat" (nr. 2724)

03.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, selon mes informations, une proposition de la Commission européenne aurait été déposée le 11 février dernier, prévoyant qu'un État membre pourrait interdire la mise sur le marché d'organismes génétiquement modifiés. La Commission européenne va proposer une liste de sept motifs qui pourraient être évoqués pour interdire la culture d'OGM. Révélé par Reuters, le projet de la Commission européenne précise que le maintien de l'ordre public face à l'opposition de la population serait l'une des raisons possibles. Les interdictions pourraient également être justifiées par des motifs de moralité publique, tels que les préoccupations religieuses ou philosophiques.

La préservation des pratiques agricoles traditionnelles, l'assurance pour les producteurs et les consommateurs de trouver des produits sans OGM, les décisions d'aménagement du territoire et de la ville, ou encore la préservation des zones naturelles sont également citées. On peut s'interroger sur la pertinence de ces motivations. "Ces raisons peuvent être invoquées, seules ou combinées, par un État membre, afin de limiter ou d'interdire la culture d'OGM sur tout ou une partie de son territoire", explique la Commission. S'ils utilisent l'une des raisons énumérées comme motif d'interdiction, les États devraient veiller à ce que les restrictions soient "justifiées, proportionnées et non discriminatoires".

Il se dit que, en précisant les arguments que les États membres pourraient utiliser pour interdire les cultures génétiquement modifiées, la Commission espère atténuer l'opposition de plusieurs États membres à son plan – on sait la Commission favorable aux OGM – visant à transférer au niveau national les décisions d'autorisation des OGM. Cependant, des questions se posent quant à la sécurité juridique d'une telle mesure. Elle ne protégerait pas les pays de l'Union contre une action en justice par les sociétés de biotechnologie, des agriculteurs ou des partenaires de l'OMC. Même si la liste était ajoutée à la législation, la plupart des raisons invoquées ne seraient pas valides en vertu des règlements actuels de l'OMC. Et les pays auraient du mal à prouver que les interdictions nationales de cultures génétiquement modifiées fondées sur ces raisons sont proportionnées et non discriminatoires.

Lors de la présentation de son rapport sur les OGM, à Paris, le 24 janvier, l'eurodéputée Corinne Lepage avait déjà souligné "le flou artistique des motifs de la Commission" et s'inquiétait de la "fausse liberté laissée aux États membres".

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous dire quelle position la Belgique a adoptée sur ce dossier et ce que vous pensez des considérations ci-dessus sur la sécurité juridique et sur les motivations de ces interdictions?

03.02 Paul Magnette, ministre: Monsieur le président, madame Snoy, j'aimerais avant tout clarifier la

portée de la proposition de règlement en discussion.

Il s'agit de laisser la possibilité aux États membres de restreindre ou d'interdire la mise en culture d'OGM tout en maintenant le système d'évaluation et d'autorisation au niveau européen.

Selon la Commission, le fait que la mise sur le marché n'est pas concernée permettrait plus facilement de ne pas déroger aux règles de l'OMC. Les avis juridiques des différentes instances européennes concernées – le Parlement, la Commission et le Conseil – divergent cependant sur la question.

À l'issue des premiers débats d'orientation en Conseil Environnement de l'Union européenne, la Commission a présenté un document assorti d'exemples de critères qui pourraient être utilisés par les États membres pour interdire ou restreindre la culture d'OGM. L'exercice se poursuit actuellement au sein d'un groupe de travail ad hoc du Conseil en vue d'analyser si ces critères peuvent être considérés comme conformes aux traités de l'Union européenne, d'une part, et aux règles de l'Organisation mondiale du Commerce, d'autre part.

À l'occasion de ces discussions, la Belgique a rappelé à la Commission – et continue à lui rappeler – sa position politique générale en matière d'OGM au niveau européen, à savoir l'importance de la mise en œuvre préalable des conclusions du Conseil Environnement de l'Union européenne de décembre 2008 en vue d'améliorer le cadre réglementaire communautaire sur les OGM. Il me semble que la Commission fait le travail à l'envers.

La position belge est, de ce point de vue, unanime et largement partagée puisqu'établie en collaboration avec les Régions lors des coordinations organisées par le département des Affaires étrangères.

03.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Si je comprends bien, vous vous opposez à ce type de procédure qui consiste à laisser les États membres décider par eux-mêmes. Vous êtes plutôt pour le maintien d'un cadre réglementaire européen, mais avec un renforcement – vous ne l'avez pas citée – de la question de l'évaluation socioéconomique. Depuis décembre 2008, la Commission doit étudier, entre autres, la faisabilité de cette évaluation.

Je peux donc vous suivre sur l'idée qu'un cadre réglementaire renforcé est indispensable au niveau européen. Je ne crois pas vraiment dans les bonnes intentions de la Commission quand elle dit souhaiter laisser la liberté aux États membres. C'est sortir par la porte pour rentrer par la fenêtre.

Je soutiens donc la position de la Belgique de défendre un cadre réglementaire renforcé au niveau européen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au ministre du Climat et de l'Énergie sur "l'autorisation d'essai en champ d'une pomme de terre OGM résistante au mildiou" (n° 2846)

04 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Klimaat en Energie over "de vergunning voor het verrichten van veldproeven met genetisch gemodificeerde aardappelen die resistent zijn tegen meeldauw" (nr. 2846)

04.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Monsieur le président, monsieur le ministre, une autorisation d'essai en champ a été demandée pour une pomme de terre modifiée génétiquement, de façon à accroître sa résistance au mildiou. Cette autorisation est demandée en parallèle par BASF et par l'Université de Gand. Aujourd'hui, le Conseil consultatif belge de Biosécurité a remis un avis positif conditionnel, mais l'on constate que les experts sont très divisés sur les risques que comporte la culture en champ de cette pomme de terre.

Il est particulièrement étonnant de voir que le professeur Philippe Baret, coordonnateur scientifique du dossier, remet un avis de minorité, négatif. Avec le représentant de la Région wallonne, il estime que "les éléments relatifs à l'évaluation des risques sont d'une qualité insuffisante pour rendre une décision positive". Les risques évoqués dans le dossier sont non négligeables: risque de dissémination non contrôlé via le pollen et les baies et via la résurgence des tubercules oubliés dans le champ; la distance d'isolation proposée par les demandeurs est jugée tout à fait insuffisante par certains membres du Conseil.

La question de l'introduction d'un gène de résistance aux antibiotiques est préoccupante. Il est toujours dangereux de disséminer ce type de résistance dans l'environnement, car elle peut affecter d'autres espèces végétales et aussi ceux qui vont s'en nourrir, donc nous-mêmes! Cette pratique n'est d'ailleurs plus autorisée. Si l'on se réfère à l'article 4 de la directive 2001/18, un *phasing out* de cette pratique se terminait le 31 décembre 2008.

Je vous avoue ne pas comprendre, en raison de toutes ces circonstances, comment un avis positif a été rendu ni comment le Conseil consultatif de Biosécurité a tranché, alors que celui qui a étudié le dossier de la façon la plus approfondie se retrouve dans la minorité. Je me pose aussi la question plus fondamentale de l'utilité de ce type d'innovation, sachant que plusieurs variétés de pommes de terre, adaptées au terrain belge, sont résistantes au mildiou sans être transgéniques.

Monsieur le ministre, comment jugez-vous l'avis positif du Conseil, alors que tant de divergences se sont exprimées? Quels principes comptez-vous appliquer si vous êtes amené à prendre une décision rapide sur ce dossier? Estimez-vous pouvoir prendre ce type de décisions en affaires courantes? Avez-vous progressé dans votre engagement à faire imposer une évaluation socio-économique des projets d'OGM?

04.02 Paul Magnette, ministre: Madame Snoy, sur l'aspect formel, oui, c'est une décision qui peut être prise en affaires courantes car il s'agit de l'application d'un arrêté royal de 2005 relatif aux OGM, décision qui doit être prise conjointement par le ministre de la Santé publique et moi-même, puisque ce point relève de la compétence des deux. À cette fin, nous analyserons avec toute l'attention nécessaire les deux avis du Conseil consultatif de Biosécurité relatifs aux deux demandes d'essais en champ de pommes de terre génétiquement modifiées dans le cadre des procédures légales en cours, en ce compris les déclarations minoritaires qui y sont jointes, comme prévu dans le fonctionnement du Conseil consultatif lorsque certains membres ont des nuances ou des opinions minoritaires à formuler ou des observations scientifiques à ajouter.

Vous comprendrez que je peux difficilement aller plus loin sur le fond, le processus décisionnel étant toujours en cours. Je ne pourrai apporter une réponse finale qu'au terme de la procédure.

La réglementation actuelle se focalise sur l'évaluation des risques pour la santé et pour l'environnement, c'est-à-dire la biosécurité. La prise en compte d'évaluations socioéconomiques dans le cas des autorisations d'OGM est l'une de mes priorités. J'ai tenté de recourir à ce moyen dans la problématique des peupliers génétiquement modifiés mais ma tentative avait été déjouée par le Conseil d'État. Nous ne pourrions avancer dans ce domaine qu'en faisant en sorte que le débat ait lieu au niveau européen, ce qui nous renvoie à votre question précédente. Chaque fois que le point sera à l'ordre du jour du Conseil Environnement, nous rappellerons la demande de la Belgique à propos de ces évaluations socioéconomiques.

En attendant, le ministre de la Santé publique et moi-même allons fonder nos décisions, d'une part, sur les avis du Conseil consultatif de Biosécurité en nous réservant la possibilité d'imposer, d'autre part, des mesures de gestion des risques assurant la sécurité de cet essai, tant sanitaires qu'environnementales et en tenant compte des résultats de la consultation du public sur ces demandes qui est l'un des autres éléments que nous pouvons prendre en considération pour recadrer les décisions à ce propos.

04.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): J'espère que vous n'allez pas être de nouveau coincé comme dans l'affaire des peupliers. Dans ce cas-ci, vous aurez la possibilité de prendre en compte les avis minoritaires du Conseil consultatif de Biosécurité. On vous avait reproché d'avoir dépassé les considérations scientifiques, si je ne me trompe...Pour moi, c'est le rôle du politique mais la législation actuelle est très limitative dans ce domaine. Ici, vous aurez en tout cas des arguments scientifiques pour prendre une décision respectant le principe de précaution.

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

*De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 14.44 uur tot 15.03 uur.
Le développement des questions et interpellations est suspendu de 14.44 heures à 15.03 heures.*

05 Vraag van mevrouw Meyrem Almaci aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het welzijn en de huisvesting van

eenden en ganzen" (nr. 2480)

05 Question de Mme Meyrem Almaci à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le bien-être et l'hébergement des canards et des oies" (n° 2480)

05.01 **Meyrem Almaci** (Ecolo-Groen!): Mevrouw de minister, op 8 december 2010 is er een nieuw koninklijk besluit verschenen dat het vorige koninklijk besluit van 25 april 1994, vervangt wat de bescherming en het welzijn van dieren betreft, en meer specifiek het welzijn en de huisvesting van eenden en ganzen. Op 23 december is het gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*. Het gaat specifiek om de huisvesting van eenden en ganzen die gekweekt worden met de bedoeling foie gras te produceren. Het was sowieso hoog tijd dat er een herziening kwam omdat de oude wetgeving niet overeenstemde met de aanbeveling van de Raad van Europa inzake deze materie.

Er is een poging gedaan om beter aan te sluiten bij die aanbeveling. Als ik evenwel de aanbeveling vergelijk met het effectieve resultaat van het KB, ben ik toch behoorlijk teleurgesteld. De nieuwe wetgeving gaat zeker en vast niet zeer ver. Zij gaat volgens mij bij lange na niet ver genoeg. Zij stelt geen eisen inzake bodembedekking en de vereiste minimumgrootte van de groepskooi is nog altijd bitter klein. De aanbeveling van de Raad van Europa heeft het over die kooi in artikel 11.6. De tekst is in het Engels. U moet het mij vergeven dat ik het lees zoals het er staat:

"Where ducks are housed, floors shall be of a suitable design and material and shall not cause discomfort, distress or injury to the birds. The floors shall include an area of sufficient size to enable all birds to rest simultaneously, and covered with an appropriate bedding material."

Met andere woorden: de kooien moeten aangepast zijn, bestaan uit een aangepast materiaal, en er moet aangepast strooisel liggen. Het moet voor alle vogels mogelijk zijn voldoende ruimte te hebben om te rusten. Wat zien wij echter in het koninklijk besluit? Daarin staat dat de eenden niet meer dan een luttele 1 200 cm² per dier krijgen. Het is ontgoochelend te merken dat, nog afgezien van het feit dat deze dieren sowieso dwangvoeding ondergaan voor een nogal mechanische productie van foie gras, er bitter weinig aandacht is voor een fatsoenlijke huisvesting.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende.

Wat was de motivering om de aanbeveling van de Raad van Europa inzake de bodembedekking en inzake de ruimte niet te volgen? De Raad van Europa beveelt aan dat er in een comfortabele bedekking voorzien wordt. Waarom voert men geen strooiselondergrond in? Hoe lang meent u dat roostervloeren nog nodig zijn? Waarom zijn die nog altijd toegelaten in eendenkooien?

Het koninklijk besluit voorziet in 1 200 cm² per eend in groepskooien en 1 666 cm² per eend in een groepshuisvesting. Dit moet men natuurlijk zien in kubusvorm. Meent u dat de omvang die u nu beslist hebt, voldoende is voor een draaglijk bestaan? 1 200 cm² per eend is, meen ik, 30 cm op 40 cm?

Dat lijkt mij niet bitter groot. Het is niet zoveel groter dan een blad. Hebt u plannen om de wetgeving in de nabije toekomst opnieuw aan te passen?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Almaci, zoals u weet, dateert de wetgeving inzake de regels voor het houden van eenden voor de productie van foie gras van 1994. Sinds eind 2010 werd voornoemde wetgeving met een nieuwe maatregel aangevuld, namelijk het verbod op individuele kooien.

U beschouwt voormelde aanvulling als een bescheiden vooruitgang. Ze is echter betekenisvol voor het dierenwelzijn. In mijn ogen vormt de aanvulling voor de dieren waarvan sprake een verbetering van de huidige toestand. Ze laat ons ook toe aan de eisen in de aanbevelingen van de Raad van Europa tegemoet te komen.

De Raad van Europa onderstreept dat de huisvestingsinrichtingen voor eenden ervoor moeten zorgen dat ze in een normale positie kunnen staan, zonder problemen kunnen draaien en normaal met andere eenden kunnen omgaan, wat met het vetmesten in individuele kooien niet het geval was.

België is het enige land dat de producenten van foie gras dierenwelzijnregels oplegt. Onze wetgeving

bepaalt met name dat de bodem van de kooien stabiel, stevig, vlak en zonder uitsteeksels moet zijn, teneinde te voorkomen dat de dieren zich zouden kwetsen. Tijdens de kweek wordt strooisel aanbevolen dat uit een laag stro van 7 tot 8 cm bestaat. Tijdens de periode van het vetmesten worden de eenden daarentegen in kleine kooien met een roosterbodem gehouden. In het huidige productiesysteem zou, door de ophoping van uitwerpselen op het stro, het gebruik van strooisel tijdens voormelde periode een ongunstige invloed op de hygiëne hebben.

Sinds 1 januari 2011 is het gebruik van individuele kooien verboden. De eenden moeten in collectieve kooien worden gehouden, met een minimum van drie eenden per kooi en een kooioppervlakte van ten minste 1 200 cm² per eend, waardoor de eenden zich over een oppervlakte kunnen bewegen die viermaal groter is dan de eerder vastgelegde bewegingsruimte.

Een en ander betekent zeker een verbetering van de omstandigheden waarin de eenden tijdens de veertien dagen van het vetmesten worden vastgehouden.

Ik herinner u eraan dat het leven van een eend, bestemd voor de productie van Belgische foie gras, uit verschillende fasen bestaat. De kuikens verblijven de eerste weken in een fokstal. Vanaf 5 à 6 weken hebben zij toegang tot een buitenloop. Zij eten naar believen gras en andere voeding, waaronder granen, tot zij 9 à 10 weken oud zijn. Daarna worden zij geleidelijk aan op het vetmesten voorbereid. Op de leeftijd van 11 à 12 weken worden zij in de ruimte voor het vetmesten ondergebracht, waar zij tot 31 december 2010 ten hoogste 14 dagen gehouden werden zonder zich te kunnen bewegen.

Op dit ogenblik overweeg ik geen andere aanpassingen dan degene die in december laatstleden werden aangebracht. Zoals ik al heb aangegeven, zal deze nieuwe regel de levensomstandigheden van de eenden tijdens de 14 dagen van het vetmesten aanzienlijk verbeteren.

05.03 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Ik ken heel goed de verschillende fasen in de productie van foie gras en het opbrengen van eenden en ganzen die dienen voor de productie van foie gras. Dat is natuurlijk de essentie. De periode van de effectieve vetmesterij, het moment waarop die eenden en ganzen worden gedwangvoederd, is natuurlijk het meest cruciale moment om het dierenwelzijn zo optimaal mogelijk te proberen garanderen op die andere vlakken naast het dwangvoederen. Het zijn op dat moment nog geen producten. Het zijn op dat moment nog echt wel levende wezens met zenuwen en dus pijn, met pijn en dus ook angst, met angst en dus ook stress.

Ik denk dat het essentieel is dat de Raad van Europa een aantal aanbevelingen doet met betrekking tot de kleine kooien met roosterbodem. Volgens mij is de aanwinst van 124 cm² per vogel bitter weinig. U zegt dan wel dat zij met minimum drie eenden in een kooi zitten en daardoor hebben zij tot viermaal zoveel ruimte als ervoor. Daar lopen natuurlijk ook nog andere eenden. Mochten zij dit voor zichzelf hebben dan hebt u gelijk, maar dit is natuurlijk niet zo. Zij zitten daar met meer dan een eend. Op zich is dit goed voor het welzijn. Het is niet zo dat zij ineens vier keer meer ruimte hebben, want er lopen nog andere eenden, ganzen, rond. Het komt erop neer dat er per eend 124 cm² bijkomt, wat zeer weinig is. Het totaal valt dan ook zeer mager uit. Als men dit optelt voor de verschillende eenden in die kooi, dan komt men aan een aardig cijfer, maar dit betekent voor de individuele eend natuurlijk niet zo heel veel, want er lopen nog andere eenden in die kooi.

Ik wil het ook wel eens visueel met een aantal dozen duidelijk maken. Als men daar dan een aantal kartonnen eenden in zet, blijkt dat het gewoon belachelijk weinig is.

Wanneer de Raad van Europa vraagt om strooisel en men zegt dat dit niet kan in de periode van vetmesten, om hygiënische redenen, dan vraag ik mij af of men hier de lobby van de vetmesters zelf heeft gevolgd of men eerder heeft gekeken naar wat het beste is voor het dierenwelzijn van die beesten. Mijns inziens waren er dan ook andere mogelijkheden, wanneer de Raad van Europa zo'n duidelijke aanbevelingen – die ik daarnet heb vernoemd – doet.

Het stelt me dan ook opnieuw bijzonder teleur om te horen dat er geen aanpassing meer zal gebeuren, dat we blij zijn met die stabiele, stevige en vlakke kooi op het moment dat die dieren het dwangvoederen moeten ondergaan. Het maakt niet uit of het om een periode van één of twee weken gaat, of meer of minder, het gaat om een periode waarin die dieren zeer veel stress en pijn ondergaan. En net in die periode zou een minister van Dierenwelzijn het meest moeten inzetten op dat welzijn.

05.04 Minister Laurette Onkelinx: (...)

05.05 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Elke stap vooruit is een belangrijke stap vooruit, mevrouw de minister.

05.06 Minister Laurette Onkelinx: Misschien doen we nog verbeteringen, maar dit is zeker al een verbetering.

05.07 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen!): Ik zeg ook dat het een verbetering is, maar misschien moeten we een heel stuk beter doen dan nu – in die zin is het laatste wat u gezegd hebt bijzonder belangrijk – en de aanbevelingen van de Raad van Europa verder uitvoeren en niet enkel kijken naar wat het meest in het voordeel is van de kwekers zelf.

Want ik denk dat ook de mensen die foie gras eten – ik eet het zelf niet – bijzonder begaan zijn met het dierenwelzijn en die laatste periode zo comfortabel mogelijk willen maken. We kunnen daar een hele ethische discussie over starten, maar ik denk dat ook diegenen die vlees of foie gras eten, daarmee bijzonder begaan zijn. We moeten dus niet alleen naar de sector luisteren, maar ook naar de consumenten. Hun vraag is heel duidelijk.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: (...) Mevrouw De Block heeft gevraagd om haar vraag nr. 2686 uit te stellen.

06 Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van het nCPAP-toestel" (nr. 2771)

06 Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement de l'appareil nCPAP" (n° 2771)

06.01 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over een toestel voor personen die lijden aan slaapapneu. Het toestel zorgt ervoor dat die patiënten wakker worden en opnieuw gaan ademen. Ik heb mij laten vertellen – u zult dat wel beter weten, mevrouw de minister – dat zowat 3 % van de Belgen aan slaapapneu zou lijden, en dus eigenlijk ook gebruikmaakt van zo'n nCPAP-toestel.

De discussie is op gang gekomen wegens de kosten die de betrokkenen mee moeten dragen voor dat toestel. Voor dat toestel, dat een kap en een masker heeft, krijgen de ziekenhuizen een forfaitaire vergoeding per dag, waarvan een deel door de patiënt betaald wordt. Op jaarbasis bedraagt het forfaitair bedrag ongeveer 1 000 euro. Dat zou de kosten dekken van de terbeschikkingstelling van het apparaat, de vorming, het correct gebruik en de supervisie op de betrokkene.

Er wordt mij gezegd dat de kostprijs van 1 000 euro op jaarbasis nog wel kan kloppen voor het eerste jaar, maar het tweede jaar wordt er gewoon een nieuw masker aan de patiënten gegeven, wat ongeveer 130 euro zou kosten, maar zeker geen 1 000 euro, terwijl de patiënt zelf toch ongeveer 100 euro remgeld per jaar te betalen heeft. Die eigen bijdrage is destijds door minister Demotte, als bevoegd minister voor Volksgezondheid, opgelegd in het kader van besparingsmaatregelen in de verplichte ziekteverzekering, sector revalidatie.

De situatie roept toch heel wat vragen op, te meer omdat het een chronische pathologie betreft. Patiënten hebben het toestel langdurig nodig, want slaapapneu stopt niet zomaar. Is het bijgevolg wel gepast om zo'n aanzienlijk remgeld ten laste van de patiënt te blijven opleggen?

De revalidatieovereenkomst ter zake zou eind 2009 geëvalueerd worden, maar die evaluatie is naar mijn weten nog niet gebeurd. Vandaar ook mijn vraag of de revalidatieovereenkomst met de ziekenhuizen wat het gebruik en de kosten aangaat van het nCPAP-toestel, al geëvalueerd is.

Zo ja, wat is dan de uitkomst van die evaluatie? Als die evaluatie niet gebeurd is, wanneer zou die dan gebeuren?

Vindt u het niet aangewezen dat het remgeld voor die chronische pathologie wordt aangepast?

U schudt het hoofd. Dat klinkt niet veelbelovend, mevrouw de minister.

De **voorzitter**: We zullen horen wat de minister zegt.

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De huidige overeenkomst met de ziekenhuisdiensten die het obstructief slaapapneusyndroom diagnosticeren en behandelen, onder meer met een nCPAP-toestel, is op 1 januari 2008 in werking getreden. Het totale aantal overeenkomsten bedraagt nu 75.

Conform het voorstel van het college werd de overeenkomst destijds gesloten voor een geldigheidsperiode van twee jaar, tot en met 31 december 2009. Het was toen inderdaad de bedoeling van het college om in die periode de overeenkomst te evalueren. Die evaluatie zou in grote mate betrekking hebben op de expertise van de voorschrijvende artsen van de geconventioneerde ziekenhuisdiensten. Doordat er niet voldoende eensgezindheid was met betrekking tot de opleidingen en bijscholingen die de artsen gevolgd zouden moeten hebben, was het uiteindelijk echter niet mogelijk om de expertise van de artsen te evalueren. Daardoor heeft er uiteindelijk geen evaluatie plaatsgevonden en werden de gesloten overeenkomsten eind 2009 met twee jaar verlengd, tot eind 2011.

Op dit ogenblik zijn er geen concrete plannen meer voor een evaluatie van de overeenkomsten. Als er nieuwe elementen zijn, dan kan er natuurlijk op ieder moment toch tot een dergelijke evaluatie worden overgegaan. Om de kwaliteit van de diagnose van slaapapneu door de geconventioneerde ziekenhuizen alsook de kwaliteit van de behandeling van die ziekte te waarborgen, rekent het college nu vooral op de invoering van een uniform registratiesysteem voor alle geconventioneerde ziekenhuizen. Hiervoor is in de begroting van het RIZIV een bedrag van 250 000 euro ingeschreven.

Dat registratiesysteem, dat nog volledig moet worden ontwikkeld, zal het mogelijk maken een globale *peer review* en een benchmarking te realiseren, waardoor onverantwoorde verschillen op het vlak van de diagnose en behandeling tussen de centra en tussen bepaalde regio's weggewerkt kunnen worden. Er dient rekening mee gehouden te worden dat het nog enkele jaren kan duren voor een dergelijk registratiesysteem operationeel wordt en vruchten begint af te leveren. Het remgeld voor een nCPAP-behandeling is zeker vergelijkbaar met de remgelden die patiënten, ook chronische patiënten, moeten betalen voor sommige terugbetaalbare geneesmiddelen.

Bij het beoordelen van de hoogte van de remgelden wordt niet alleen rekening gehouden met het bedrag van het remgeld zelf en met de chronische ziekte van de patiënt, maar ook met regelingen zoals de maximumfactuur, die mee ervoor moeten zorgen dat de kosten van gezondheidszorg de draagkracht van de patiënten niet overschrijden. Dat neemt niet weg dat de specifieke problematiek van chronische patiënten mij na aan het hart ligt.

Als de betrokken patiënten niet aan bijkomende aandoeningen lijden, liggen de jaarlijkse kosten van de nCPAP-patiënten echter niet zo hoog. Het remgeld voor de nCPAP-behandeling werd destijds om twee redenen ingevoerd. De eerste is dat door de financiële bijdrage van de patiënt het gevaar kan worden vermeden, of alleszins beperkt, dat nCPAP-toestellen in de praktijk niet meer worden gebruikt.

De tweede reden is dat de verbeteringen op het vlak van diagnosestelling ertoe leiden dat veel patiënten die voorheen niet gediagnosticeerd werden, dat nu wel worden, waardoor het aantal rechthebbenden van jaar tot jaar sterk stijgt. Het remgeld voor de nCPAP-behandeling moet mee ervoor zorgen dat de uitgaven ter zake toch enigszins onder controle blijven.

Aangezien beide redenen nog steeds van toepassing zijn, wordt niet overwogen om terug te komen op de invoering van dat remgeld, dat nooit als een tijdelijke maatregel bedoeld is geweest.

06.03 **Sonja Becq** (CD&V): Mevrouw de minister, ik had het schudden met uw hoofd dus correct geïnterpreteerd als een weinig hoopgevend antwoord. U zegt dat u hieraan niet veel ziet veranderen.

De reden waarom ik de vraag stelde, is dat ik van verschillende mensen hoorde dat de bijdrage van 1 000 euro de kosten in het begin inderdaad kan weerspiegelen, maar dat het in het tweede jaar maar gaat om 130 euro en een raadpleging bij de specialist, waartegenover staat dat zij het remgeld moeten blijven betalen.

Het is dat wat voor discussie zorgt. Bovendien was te hopen dat er een evaluatie zou gebeuren en men

dacht dat een en ander op dat moment mee zou worden bekeken.

U zegt nu dat u in een dergelijke evaluatie niet voorziet, maar veeleer in een registratiesysteem, waarin u nog eens 250 000 euro zult stoppen en daarna zult u zien of er nog iets moet worden aangepast.

Ik betreur dat een beetje, omdat ik niet zeker ben dat dat veel zal uithalen, noch voor de kwaliteit noch voor de bijdragen in de kosten die van patiënten worden gevraagd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Nahima Lanjri aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de erkenningscommissie voor tandartsen" (nr. 2833)

07 Question de Mme Nahima Lanjri à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la commission d'agrément pour les dentistes" (n° 2833)

07.01 Nahima Lanjri (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een vraag in verband met de erkenningcommissie voor tandartsen. Het gaat over hoofdstuk 4bis van koninklijk besluit nr. 78, dat bepalingen bevat betreffende beroepsbeoefenaars die een diploma, certificaat of titel hebben, afgeleverd door een EU-lidstaat, en die in ons land hun beroep willen uitoefenen.

Voor personen uit een van de 15 EU-lidstaten moet een EU-diploma in feite een automatische erkenning inhouden van het diploma en mogen zij zich hier vestigen. Zij hebben immers een wettelijk erkend gelijkwaardig diploma en vestigingsrecht.

Mijn vraag is ingegeven vanuit de situatie van een Belgische vrouw die een diploma heeft behaald in Spanje, verder doet het niet ter zake. De erkenningcommissie voor tandartsen zou zich in bepaalde gevallen buigen over dergelijke automatische aanvragen waarbij er in feite normaal gezien geen problemen zouden mogen zijn. Toch buigt de erkenningcommissie voor tandartsen zich daarover.

Tevens wordt in de voorgeschreven procedure in hoofdstuk 4bis en hoofdstuk 5 ook niet gesproken over de erkenningcommissie. Het koninklijk besluit van 10 november 1996 inzake de erkenningmodaliteiten voor tandartsen omschrijft alleen de taken van die commissie inzake de praktische organisatie en de erkenning van een stageplan, een stagemeester en het toezicht op de goede uitoefening van de stage bij het behalen van een Belgisch basisdiploma van tandarts, verder niets meer.

Mevrouw de minister, in welke andere wet die of koninklijk besluit dat ik misschien over het hoofd heb gezien, in verband met de erkenningcommissie, is er dan wel sprake van een verdere uitbreiding van bevoegdheden en waar zijn die opgenomen?

Welk mandaat heeft de erkenningcommissie ten opzichte van de diploma's die behaald zijn in een van de 15 Europese lidstaten? Met andere woorden, wat is de bevoegdheid van de erkenningcommissie om naast de eigen Belgische praktische zaken, de basisopleiding en de materie rond de stages, vreemde tandartsopleidingen ten gronde te evalueren, om te zeggen of dat diploma wel of niet voldoende is?

Binnen welke termijn moet de commissie daarover een uitspraak doen?

Wat zijn de gevolgen indien de erkenningcommissie zich niet houdt aan de wettelijke termijnen?

Hoeveel aanvragen zijn er geweest vanwege Belgen voor de erkenning van hun niet-Belgisch maar wel Europees diploma? Hoeveel zijn er langs Nederlandstalige kant en hoeveel langs Franstalige kant? Mevrouw de minister, het zou immers kunnen dat het probleem zich enkel voordoet aan Vlaamse kant. Hoeveel zijn er respectievelijk goedgekeurd?

Uit verschillende bronnen is bevestigd dat in de periode van 20 augustus 2010 tot 7 februari 2011 – ik heb dat trouwens ook zelf vastgesteld – de lijst van Nederlandstalige stagemeesters niet beschikbaar was op de website van de FOD Volksgezondheid. Waarom was dat? Intussen is dat rechtgezet, maar een hele periode was er geen lijst beschikbaar.

07.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Europese ingezetenen die houder zijn van een opleidingstitel van tandarts, uitgereikt door een van de 27 lidstaten van de Europese Unie, moeten bij de FOD Volksgezondheid een erkenningsaanvraag indienen. Deze verplichting past binnen het kader van het door de richtlijn 2005/36 georganiseerde erkenningsstelsel van de beroepskwalificaties, in het bijzonder wat de tandartsen betreft.

Ingevolge het artikel 49bis, § 3 van het KB nr. 78 geldt hetzelfde voor de ingezetenen die geen Europese nationaliteit bezitten, maar over een opleidingstitel beschikken die door een lidstaat van de Europese Unie is uitgereikt. Artikel 44octies van het KB nr. 78 en het ministerieel besluit van 31 januari 2008, tot vaststelling van de lijst van opleidingstitels van tandarts, afgeleverd door de lidstaten van de EU, beschrijven de behandelingsprocedure.

Voor de houders, ongeacht hun nationaliteit, van een diploma dat in een land buiten de Europese Unie werd behaald, geldt artikel 49 van het KB. Ingevolge deze bepaling moeten deze personen eerst een academische gelijkstelling halen bij de bevoegde overheden van een Gemeenschap en daarna een gemotiveerde aanvraag bij de FOD Volksgezondheid indienen. Vervolgens zal die voor advies aan de Koninklijke Academie voor Geneeskunde worden voorgelegd. De Koning kan op basis van dit advies de uitoefening van het beroep van tandheekkundige in België toestaan.

Deze procedures betreffen de erkenning van het basisdiploma van tandarts. Wanneer het echter om de erkenning van een bijzondere beroepstitel van tandarts, gespecialiseerd in algemene tandheelkunde, orthodontie of parodontologie gaat en het door de richtlijn bepaalde automatische erkenningsstelsel niet van toepassing is, vraagt mijn administratie regelmatig het advies van de bevoegde erkenningscommissie. Op die manier kan men over een deskundig advies beschikken, betreffende de realiteit van de door de kandidaat ingeroepen bekwaamheden. Ik herinner er in dit verband aan dat de erkenningscommissies volledig tot de FOD Volksgezondheid behoren.

Omdat de erkenningscommissie voor dit soort aanvragen geen specifiek mandaat heeft, is er geen enkele termijn vastgelegd om dat advies te geven. De administratie moet echter van haar kant binnen de termijn, bepaald in de artikelen 44bis en volgende van het KB nr. 78, een beslissing nemen zodat de controle op het naleven van de termijnen in die fase gebeurt.

Voor de aanvragen op basis van artikel 49bis van het KB van de tandartsen die hun diploma buiten de EU behaalden, is echter geen enkele termijn vastgelegd.

Wat de gevraagde statistische gegevens betreft, deelt mijn administratie mij mee dat de positieve beslissingen zich als volgt verdelen. In 2006 zijn er 2 Belgische aanvragers die hun diploma in Nederland behaalden en die hun aanvraag in het Nederlands deden. In 2008 zijn er 4 Belgische aanvragers waarvan 2 hun diploma in Nederland behaalden en hun aanvraag in het Nederlands deden en 2 die hun diploma in Duitsland haalden, waarbij 1 zijn aanvraag in het Frans en 1 zijn aanvraag in het Nederlands deed. In 2010 zijn er 2 Belgische aanvragers waarvan de ene zijn diploma in Hongarije behaalde en de andere in Polen. Beiden dienden hun aanvraag in het Frans in.

Twee aanvragen, door Belgen ingediend, kregen in 2007 en 2009 een negatieve beslissing. De aanvragen werden in het Frans ingediend en betroffen een in Roemenië behaald diploma.

Met betrekking tot de Franstalige en Nederlandstalige lijsten van stagemeesters deelt mijn administratie mij mee dat die altijd op de website van de FOD hebben gestaan onder de vorm van een uniek Microsoft Exceldocument. Na een klacht werd de voorstelling ervan echter recent lichtjes aangepast om de toegankelijkheid van de Nederlandstalige lijst te verbeteren.

07.03 **Nahima Lanjri** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. Het is een vrij technische materie. U hebt ook een hele uitleg gegeven over de erkenning van diploma's die buiten Europa zijn gehaald, maar mijn vraag ging over een Belgische die haar diploma in Spanje, dus in Europa, heeft gehaald. In dat geval dacht ik dat de Europese regelgeving tot een automatische erkenning van het diploma leidde.

Het heeft niet veel zin om in een eengemaakt Europa, met uitwisseling van studenten en modules die in andere landen kunnen worden gehaald, de diploma's die bijvoorbeeld door een Belg in Frankrijk worden gehaald, niet te erkennen.

In dit geval gaat het over een diploma dat niet automatisch werd erkend en waaraan men allerlei zaken is gaan toevoegen via de erkenningscommissie.

Ik wil u het dossier gerust bezorgen zodat u het kunt inkijken. Uw antwoord is veel ruimer geïnterpreteerd. Ik heb het echt over Europeanen, over de richtlijnen omtrent de Europese diploma's.

07.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Er moet een controle zijn.

07.05 **Nahima Lanjri** (CD&V): Ja, maar er moet worden bekeken of dat diploma effectief in Spanje of Frankrijk werd behaald. Er moet een controle zijn, maar de evenwaardigheid van diploma's is al geregeld. Het is niet zo dat er, bovenop het diploma dat in het buitenland werd behaald, nog een opleiding kan worden verplicht. Anders heeft het geen zin onze studenten naar het buitenland te sturen.

Dit was mijn vraag. Ik zal u het dossier misschien beter bezorgen, waarna we misschien nog verder kunnen overleggen.

07.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je veux absolument préserver la qualité et il est donc normal qu'il y ait un contrôle. C'est un contrôle, c'est tout. Il est différent selon le fait que ce soit le diplôme de base qui soit demandé à la reconnaissance ou qu'il y ait une spécialisation. En cas de spécialisation, il est normal qu'il y ait une vérification de celle-ci. Mais ce n'est qu'un contrôle de qualité...

07.07 **Nahima Lanjri** (CD&V): Absoluut. U mag op mijn instemming rekenen. Ik ben ook vragende partij voor kwalitatieve tandartsen. Daarop controle uitoefenen is voor mij geen probleem.

De **voorzitter**: Even terzijde, mevrouw Lanjri, ik herinner mij dat er vorige week in deze commissie ook door uw fractie fel gediscussieerd werd over het gebrek aan taalkennis bij een aantal specialisten in de gezondheidssector, en alle risico's van dien. Het automatisch gelijkstellen van het diploma betekent "gelijk diploma is gelijke toegang".

07.08 **Nahima Lanjri** (CD&V): Ik deel uw mening. Taal is absoluut een vereiste voor de toegankelijkheid. Hier gaat het om een vrouw die de taalkennis heeft en die haar diploma heeft gehaald in Spanje. Taal is hier geen probleem.

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

08 **Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les nouvelles polémiques sur le Champix" (n° 2824)**

08 **Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de nieuwe polemiek over Champix" (nr. 2824)**

08.01 **Colette Burgeon** (PS): Madame la vice-première ministre, il y a trois ans, je vous interrogeais sur la polémique qui faisait rage autour du médicament pour arrêter de fumer, le Champix.

Rappelons qu'à l'époque, une recommandation de prudence émise par l'Agence française de Sécurité sanitaire des Produits de Santé (l'AFSSAPS) quant aux risques accrus d'envie suicidaire dans le chef de certains utilisateurs, était à la base de cette vive polémique.

Cela avait abouti, chez nous, à l'adaptation des notices afin d'avertir les utilisateurs de ce produit quant aux risques potentiels d'idées suicidaires et de tentatives de suicide qu'ils encouraient. L'Agence fédérale du médicament publiait un communiqué informant les professionnels de la santé et le public de l'ajout de cet avertissement dans les notices.

Aujourd'hui, après le scandale du Mediator, cinquante-neuf médicaments ont été placés sous surveillance par l'AFSSAPS. La liste comprend des médicaments largement médiatisés comme le Ziban et le Champix utilisés pour le sevrage tabagique, le Cervarix et le Gardasil utilisés comme vaccins contre le cancer du col

de l'utérus ou encore Alli 60 mg utilisé dans le traitement du surpoids. Mais au sein de cette liste, le Champix fait l'objet de toutes les attentions à un point tel que certains journaux français évoquent déjà son prochain retrait du marché.

Madame la vice-première ministre, je constate que les témoignages auxquels la presse se réfère pour accabler le Champix viennent surtout des États-Unis et couraient déjà en 2008 quand je vous interrogeais sur le sujet. Alors, depuis trois ans et, donc, sept ans après sa mise sur le marché, les études confirment-elles une dangerosité de ce produit qui justifierait un retrait du marché?

Aujourd'hui, les informations les plus diverses et parfois les plus folles circulent sur internet quant à la dangerosité ou aux bienfaits supposés de tel ou tel médicament. Il me semble que cela doit conduire les responsables de la santé à développer une stratégie de communication adaptée à ce phénomène. Des réflexions en la matière sont-elle en cours?

Votre collègue de la Santé en France, Xavier Bertrand, souhaite mettre en place une réforme de la pharmacovigilance. Êtes-vous satisfaite de notre système?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, comme vous le signalez, le Champix a refait parler de lui, à la suite de plaintes en provenance des États-Unis. Elles portent sur un problème bien connu, à savoir le risque de dépression et de tendance suicidaire. Nous en avons déjà parlé ensemble il y a quelques temps. Depuis les mesures qui ont été prises voici trois ans, le Champix fait l'objet d'un suivi, tant par l'Agence européenne du médicament qu'au niveau national. Je remarque qu'aucun élément nouveau qui justifierait de nouvelles mesures n'est apparu.

L'information des patients suscite de nombreuses réflexions aussi bien au niveau national qu'europpéen. Je voudrais vous rappeler quelques initiatives prises en Belgique:

- la publication, sur le site de l'Agence fédérale des médicaments, des notices et des résumés de caractéristiques des produits les plus récents commercialisés en Belgique;
- la diffusion en 2009 d'une campagne sur les risques de l'achat de médicaments sur internet hors du circuit légal (dont le but était d'éveiller l'esprit critique des citoyens en ce domaine);
- la publication régulière de communiqués sur le site de l'Agence dès l'apparition d'effets indésirables produits par certains médicaments.

L'information adéquate et fiable des patients est aussi à l'ordre du jour sur le plan européen. Cet élément a été pris en compte dans la directive "Pharmacovigilance" publiée le 31 décembre dernier sous la présidence belge. Ce texte vise à mettre à la disposition des patients un maximum d'informations en la matière en provenance des autorités de santé publique.

Par ailleurs, la Commission européenne, après un rapport sur l'état de l'information des patients européens quant aux médicaments, a soumis une proposition législative importante, destinée à leur assurer l'accès à l'information nécessaire. Elle est toujours en cours de discussion. Les points sensibles sont la frontière entre publicité et information et le rôle des firmes pharmaceutiques dans l'information des patients au sujet des médicaments sur prescription. Car je vous rappelle que la publicité pour ces derniers est interdite. Le projet de directive confirme cette interdiction. Il existe, en effet, un conflit d'intérêts certain du côté de ces firmes. Le projet de directive prévoit bien un encadrement, mais il constituera une énorme charge pour les autorités, alors que l'initiative sera, de toute façon, laissée aux entreprises pharmaceutiques. La Commission devrait soumettre une nouvelle proposition.

Je reste également convaincue que les autorités ont un rôle essentiel dans l'information adéquate des patients, directement ou par le truchement de partenariats avec des organisations indépendantes qui ont une expertise en la matière.

Enfin, en Belgique, c'est le Centre belge de pharmacovigilance pour les médicaments à usage humain – qui fait partie de l'Agence des médicaments – qui est chargé de recueillir les renseignements utiles pour la surveillance de ce type de médicaments. L'Agence a décidé de s'impliquer davantage dans la pharmacovigilance. Pour cette raison, un des quatre domaines d'excellence qu'elle a retenus est la vigilance proactive. Cela signifie qu'elle entend devenir un acteur-clé dans la prévention et le suivi des effets et des

incidents indésirables découlant de la consommation de médicaments et de produits de santé, aussi bien au niveau national qu'eupéen.

Dans le contexte de ce domaine d'excellence, le Centre belge de pharmacovigilance a lancé début 2008 le projet "Pharmacovigilance active". Ce projet, destiné aux médecins et pharmaciens, a pour but de contribuer à l'amélioration de la connaissance du profil de sécurité des médicaments et, de cette façon, à une meilleure sécurité d'emploi en augmentant le nombre de notifications d'effets indésirables et en améliorant la qualité de ces notifications.

Une action importante dans le cadre de ce projet a été le lancement fin 2010 du système de notification en ligne destiné aux professionnels de la santé. Par ailleurs, certains médicaments sont soumis à une surveillance particulière de la part du Centre belge de pharmacovigilance, appelés les *Black triangle drugs*. Il s'agit des spécialités à base d'un nouveau principe actif et des nouveaux médicaments biologiques commercialisés depuis moins de trois ans. Ces médicaments peuvent être retrouvés dans la liste mise à disposition via le site web de l'Agence et peuvent également être identifiés dans le répertoire commenté des médicaments dans lequel ces médicaments sont indiqués par un triangle noir renversé.

Enfin, la pharmacovigilance sera encore renforcée grâce à la mise en œuvre de la nouvelle législation européenne "Pharmacovigilance" prévue en 2012.

08.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie. Je constate qu'il n'y a pas de faits nouveaux. En tout cas, bravo pour le travail réalisé!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le dépistage des mutations génétiques à l'origine de certains cancers du sein et de l'ovaire" (n° 2825)

09 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het opsporen van genetische mutaties die bepaalde vormen van borst- en eierstokkanker veroorzaken" (nr. 2825)

09.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, selon la presse médicale, une équipe de l'Institut Curie de Paris a mis au point une nouvelle méthode de détection de mutations génétiques qui sont à l'origine de 5 % des cancers du sein et de 6 % des cancers de l'ovaire.

Efficace et rapide, cette méthode nommée EMMA constitue, semble-t-il, un formidable outil de prévention pour de nombreuses femmes qui ignorent qu'elles sont exposées à la maladie. En effet, les femmes porteuses de variations d'un des deux gènes BRCA1 ou BRCA2 présentent un risque huit fois supérieur à celui de la population générale de développer un jour une tumeur. Cette nouvelle méthode permet de détecter des altérations génétiques de grande et de petite taille qui échappaient aux stratégies développées, jusqu'à présent, par les oncologues. De plus, une analyse génétique complète mise en œuvre avec la méthode EMMA prend quatre fois moins de temps qu'avec la technique utilisée actuellement.

Madame la vice-première ministre, pouvez-vous nous indiquer quelle est l'originalité de cette méthode? Est-elle aisée à mettre en œuvre? A-t-elle dépassé le stade de l'expérimentation? Si c'est le cas, quand estimez-vous qu'elle sera d'application dans nos services d'oncologie?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Burgeon entre 5 et 10 % des cancers du sein et de l'ovaire résulteraient de prédispositions d'origine génétique dans lesquelles les gènes BRCA1 et BRCA2 jouent un rôle important.

Les femmes porteuses de mutations du gène BRCA1 ont un risque de l'ordre de 55 à 85 % de développer un cancer du sein et de 15 à 45 % de développer un cancer de l'ovaire au cours de leur vie. Pour celles porteuses de mutations du gène BRCA2, ces risques sont respectivement de 55 à 85 % et de 10 à 20 %. Le risque de développer un cancer du sein est huit fois plus élevé chez cette population que chez la population normale et l'âge de sa survenue est nettement plus précoce.

Les hommes porteurs de mutations du gène BRCA2 ont un risque d'environ 6 % de développer un cancer

du sein, soit cent fois plus de risques qu'un homme ne présentant pas ces mutations.

La détection de ces mutations dans les familles prédisposées permet de développer un dépistage particulièrement attentif et des mesures de prévention. Ces tests sont proposés aux femmes ayant une histoire familiale ou individuelle suggestive d'un risque accru. Les analyses sont effectuées à partir d'une simple prise de sang.

Plusieurs types différents de mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 ont été mis en évidence et peuvent être responsables de l'augmentation du risque de voir se développer un cancer du sein ou de l'ovaire.

Pour répondre plus précisément à votre question, celle-ci se base sur une seule étude provenant de l'Institut Curie de Paris et analysant faisabilité, sensibilité et spécificité de la technologie EMMA appliquée à la recherche de variations dans les gènes BRCA. Cette technologie EMMA reste très sensible aux conditions expérimentales et demande une mise au point complexe et laborieuse pour un gain clinique limité. Comme reconnu d'ailleurs par les auteurs dans leur article, la technologie EMMA ne peut rivaliser avec la puissance du séquençage à haut débit.

Ce dernier est une méthode générique qui permet de tester bien plus de patients et d'obtenir toute la séquence de n'importe quel gène dont BRCA1 et BRCA2 en une étape. Le séquençage à très haut débit est le futur pilier central des technologies en génétique moléculaire. Il n'y a pas d'argument pour concentrer des forces vives sur la mise au point de la technologie EMMA qui apparaît déjà dépassée. Par contre, mettre plus de ressources dans le séquençage à haut débit serait certainement utile.

Quant au futur de l'analyse des variations de séquence des gènes BRCA en Belgique, l'université de Gand vient de mettre au point un séquençage à haut débit des gènes BRCA1 et BRCA2, l'ULB et la KUL étant en phase de développement du test. C'est donc vers le séquençage à haut débit que l'État belge devrait se tourner. Cela nécessite toutefois des investissements importants pour l'achat des machines et des logiciels d'analyse ainsi qu'en termes de compétences bio-informatiques.

Cette technologie ayant le potentiel de révolutionner l'approche médicale tout en diminuant significativement les coûts à terme pour la sécurité sociale (diagnostic génétique plus précoce, traitements plus efficaces et personnalisés, développement de la médecine génétique préventive, diminution d'examens complémentaires coûteux et inutiles), il serait utile que le prochain ministre de la Santé évalue les besoins en la matière en concertation avec les entités fédérées, l'INAMI et les centres de génétique.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De vraag nr. 2836 van de heer Clarinval is verwezen naar de plenaire vergadering van morgen. Mevrouw Muyllé heeft laten weten dat zij haar vraag nr. 2839 wenst in te trekken.

10 **Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les répercussions sur la santé de la consommation nocive d'alcool" (n° 2843)**

10 **Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de gevolgen voor de gezondheid van schadelijk alcoholgebruik" (nr. 2843)**

10.01 **Colette Burgeon (PS):** Monsieur le président, madame la vice-première ministre, en étant responsable de 4 % des décès dans le monde, l'alcool serait plus meurtrier que le sida, le paludisme ou la tuberculose. Ce constat émane du *Rapport international de situation sur l'alcool et la santé*, rendu public le 11 février par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Certains chiffres font frémir. Chaque année, dans le monde, l'usage nocif de l'alcool fait deux millions et demi de morts et 6,2 % des décès d'hommes sont liés à l'alcool contre 1,1 % des décès de femmes. L'alcool est le deuxième facteur de morbidité en Europe (accidents, cancers, maladies cardiovasculaires, cirrhose, etc.).

L'alcool est aussi responsable de la mort de 320 000 jeunes de 15 à 29 ans, chaque année, à travers le monde, soit 9 % de la mortalité totale dans ce groupe d'âge. En Belgique, l'abus d'alcool est la cause d'un

quart des décès chez les garçons de cette tranche d'âge.

L'OMS s'inquiète tout particulièrement de nouvelles pratiques comme le *binge drinking* (beuverie, consommation de 5 verres ou plus pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes en une seule occasion). Si la consommation globale d'alcool a baissé ces dernières années en Europe, l'abus de spiritueux a lui, par contre, considérablement progressé, notamment chez les adolescents de plus en plus nombreux à s'enivrer systématiquement le week-end.

L'OMS sonne le tocsin. Il est certainement possible de réduire la surconsommation d'alcool, comme cela a été fait en Belgique, en renforçant la réglementation sur la commercialisation des boissons alcoolisées auprès des jeunes ou en adoptant une réglementation de l'alcool au volant plus contraignante. Mais je reste convaincue que c'est à l'échelon européen seulement que l'on pourra lutter efficacement contre la consommation abusive d'alcool parce que, comme pour le tabac, les enjeux économiques qui sont sous-tendus par cette problématique sont colossaux.

Madame la vice-première ministre, en 2006 la Commission européenne avait déposé une stratégie visant à réduire la consommation abusive d'alcool. Cinq ans plus tard, quel est le bilan? Quels axes faut-il encore renforcer?

La Commission européenne envisageait d'explorer les manières d'améliorer l'information des consommateurs, notamment par l'apposition de messages d'avertissement sur les bouteilles, à l'image de ce qui se fait sur les paquets de cigarettes. À quel stade de la réflexion en est-on?

À la même époque, le commissaire Kyprianou, en charge de la problématique, avait fait part de son intention de créer un forum avec les acteurs sanitaires et les industries afin d'aboutir à une auto-régulation concernant les publicités ciblant de plus en plus explicitement les jeunes. N'est-ce pas un échec? Ne faut-il pas passer par une réglementation contraignante?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, en octobre 2006, la Commission européenne a publié la stratégie de l'Union européenne en matière de lutte contre les abus d'alcool. Celle-ci est axée sur cinq thèmes principaux: la protection des enfants et des jeunes; la réduction des accidents de la route; la prévention des conséquences négatives de la consommation chez les adultes et sur le lieu de travail; l'information et l'éducation sur les impacts négatifs de la consommation abusive d'alcool, et le développement et le maintien de données valides sur la question.

Pour appliquer cette stratégie, la Commission européenne a mis en place différentes structures dont les trois principales sont: le forum qui regroupe l'ensemble des acteurs du secteur (acteurs économiques, ONG, etc.), le Comité de politique et d'action nationales en matière d'alcool qui regroupe les représentants des États membres et le comité chargé de la collecte des données, des indicateurs et des définitions regroupant des experts techniques.

Cette stratégie de l'Union européenne vise à aider les pouvoirs publics et les différents acteurs en vue de coordonner leurs actions. Cette politique européenne laisse évidemment chaque État membre libre d'élaborer et de mettre en place des actions dans le domaine de la lutte contre l'alcool.

C'est la raison pour laquelle nous avons signé, le 17 juin 2008, avec les différents ministres compétents en matière de santé publique, une déclaration sur la politique future en matière d'alcool dont la mise en œuvre est bien avancée.

Pour mettre en place des avertissements sanitaires sur les bouteilles de boissons alcoolisées, la Commission européenne doit faire une proposition de directive en ce sens. Cela n'a pas été fait jusqu'à présent.

Le forum a bien été mis en place par la Commission européenne. La charte fondatrice a été signée en juin 2007 pour 50 membres fondateurs regroupant les différents acteurs du secteur parmi lesquels on retrouve notamment les acteurs économiques et les ONG. Cette initiative a pris pour modèle la plate-forme qui existait déjà pour la problématique de l'obésité, de la nutrition et de l'activité physique.

En participant au forum, les membres s'engagent à soutenir la mise en œuvre de la stratégie alcool de l'Union européenne en mettant en place des actions concrètes de lutte contre la consommation abusive

d'alcool à tous les niveaux: du niveau européen au niveau local.

Ce forum est destiné à coordonner des actions concrètes et n'est donc pas une enceinte destinée à mettre en place des législations ou des règles restrictives. La mise en place de réglementations restrictives demeure du domaine de chaque État membre.

En Belgique, pour ce qui concerne la publicité et le marketing, la déclaration conjointe sur la politique future en matière d'alcool du 17 juin 2008 fixe les objectifs à atteindre, à savoir "institutionnaliser la convention signée en matière de publicité entre le secteur, les consommateurs et le ministre de la Santé publique en 2005 et qui confie au Jury d'éthique publicitaire le soin de contrôler le respect de l'application de cette convention."

Ce travail d'institutionnalisation mais également de renforcement du texte de la convention est en cours mais, vu les modifications qu'il engendre, il ne pourra être clôturé et mis en place que par un gouvernement de plein exercice.

10.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, vous dites que la proposition de directive sur les étiquettes n'a pas été adoptée. Pouvez-vous en tant que ministre essayer d'influencer la Commission pour faire en sorte qu'une telle directive puisse sortir?

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, mais le gros problème est que certains pays de l'Union européenne sont moins intéressés que d'autres, notamment les pays producteurs. Dans ce cadre, on voit bien qu'on rencontre des problèmes. Par exemple, pour la directive sur l'étiquetage des denrées alimentaires qui impose des étiquettes avec une série de normes, calories, composition des produits, etc., il y a une exception: celle du vin et de certains alcools. C'est vous dire que les lobbies sont puissants au niveau de l'Union européenne!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la pénurie de stock de sang au sein de la Croix-Rouge" (n° 2866)

11 Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de ontoereikende bloedvoorraden bij het Rode Kruis" (nr. 2866)

11.01 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, depuis plusieurs mois, la Croix-Rouge est sur la corde raide dans ses stocks de sang.

Le Pr Danièle Sondag, responsable de la transfusion sanguine au sein de la Croix-Rouge, a expliqué avec inquiétude que le nombre de refus au don augmente, notamment à cause de maladies comme la fièvre Q en Hollande. Le mois de décembre a également été catastrophique pour les dons à cause des intempéries. Une série de difficultés qui ne facilitent pas le retour à un stock maximal de poches de sang, notamment concernant les groupes les plus rares.

Récemment, un jeune homme âgé de 22 ans devait subir une intervention chirurgicale à cœur ouvert. L'opération, risquée, nécessitait une dizaine de poches de sang. L'opération, initialement reportée en raison d'un manque de stock de sang, a tout de même pu être réalisée. La famille de ce patient estime que cette opération a finalement pu être réalisée grâce à l'appel au sang via un mail d'un proche du patient. Si le lien de cause à effet n'est pas clairement établi, signalons toutefois que donner son sang ou appeler à donner son sang à une personne précise est interdit.

Aussi, madame la ministre, permettez-moi de vous poser les questions suivantes.

Le nombre de refus au don augmenterait notamment à cause de la fièvre Q en Hollande. Notre pays est-il touché par cette maladie? Si oui, de quelle manière est-elle maîtrisée?

Les stocks de sang au sein de la Croix-Rouge peinent à atteindre le seuil maximal. Même si des campagnes de dons de sang via brochures sont souvent organisées, ne serait-il pas opportun de sensibiliser

fréquemment les citoyens belges via une échelle de stocks qui serait présentée régulièrement dans la presse écrite et audiovisuelle, inspirée de l'actuelle échelle de pic de pollution?

Enfin, pouvez-vous me rappeler, madame la ministre, les initiatives que vous avez déjà prises en la matière pour résoudre ce problème malheureusement récurrent?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Tout d'abord, permettez-moi de référer à la publication du rapport du Conseil supérieur de la santé n° 8633 intitulée *Recommandations en matière de prévention et de lutte contre la fièvre Q en Belgique* du 12 janvier 2011. Cette zoonose est décrite partout dans le monde et les humains en sont les hôtes accidentels. Selon les données du laboratoire national de référence, le nombre d'infections diagnostiquées en Belgique ne varie pas significativement d'une année à l'autre. En effet, chaque année, entre 1997 et 2006, 5 à 16 cas ont été enregistrés en Belgique.

Cependant, depuis 2007, une augmentation d'enregistrements de la fièvre Q a été constatée, certainement suite à la prise de conscience de la présence de cette infection aux Pays-Bas. Les recommandations du Conseil supérieur en matière de prévention et de lutte contre la fièvre Q s'organisent selon trois axes: la surveillance, les précautions en général et celles à prendre en cas de fièvre Q. La surveillance consiste en la déclaration obligatoire par les médecins traitants de cas humains auprès des médecins inspecteurs d'hygiène des Communautés et du suivi épidémiologique. Les précautions recommandées visent essentiellement à empêcher la transmission de l'animal à l'homme.

En ce qui concerne les établissements belges de transfusion sanguine, depuis 2009, ces derniers se sont engagés à communiquer chaque semaine à l'Agence fédérale des médicaments les stocks de sang disponibles pour la livraison aux hôpitaux. Les stocks sont additionnés et le relevé complet est envoyé aux établissements de transfusion sanguine. Les stocks optimaux et minimaux de sang ayant également été déterminés, il est aisé pour les établissements de transfusion sanguine de suivre l'évolution des stocks et d'anticiper en cas de risque de pénurie. Aussi bien en 2010 que cette année, la moyenne des stocks de sang était comparable au stock optimal de sang tandis que le stock de sang le plus bas (en septembre 2010) s'élevait encore à 23 % au-dessus du seuil minimal. Il est vrai qu'un établissement de transfusion sanguine peut être confronté occasionnellement à une pénurie de sang d'un certain groupe sanguin mais celle-ci peut être compensée en faisant appel aux autres établissements de transfusion sanguine.

Enfin, pour répondre à votre demande et afin de sensibiliser davantage les citoyens au don, je vais demander à l'Agence de publier l'échelle totale des stocks hebdomadaires de sang également sur le site web de l'Agence, ces données pouvant être répercutées le cas échéant dans la presse écrite ou audiovisuelle.

11.03 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, après une belle information comme celle-là, il n'y a plus rien à dire. Je vous remercie.

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

12 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de hervorming van het Bijzonder Solidariteitsfonds" (nr. 2872)

12 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la réforme du Fonds spécial de solidarité" (n° 2872)

12.01 Maya Detiège (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over het Bijzonder Solidariteitsfonds. Volgens de wet op de ZIV van 1994, aangepast in de wet van 2005, werd ten behoeve van zeldzame aandoeningen het Bijzonder Solidariteitsfonds opgericht. U weet natuurlijk dat dit fonds de mogelijkheid biedt om niet-geregistreerde behandelingen gedeeltelijk of volledig terug te betalen.

In de loop van 2008 hebben de patiëntenverenigingen u erop geattendeerd dat het fonds in een aantal gevallen een gebrekkige werking vertoont, waardoor de overlevingskans van personen met een zeldzame ziekte – in het bijzonder minder vaak voorkomende kankers – erg negatief beïnvloed wordt.

Men kan menen dat het om een kleine groep gaat. Ik weet nochtans dat u in het verleden ook al in een

aantal van uw voorstellen inzake kanker, terecht rekening hebt gehouden met die groep. Minder vaak voorkomende kankers maken 23 % uit van het totale aantal kankers in ons land. Het probleem is dus verre van marginaal.

De besluitvorming verloopt, vooral in het geval van precedënten, volgens de patiëntenverenigingen veel te traag om het leven van patiënten te redden. Ook houdt een gedeeltelijke terugbetaling een discriminatie in ten opzichte van patiënten die een vaak voorkomende kanker hebben en wier medicatie meestal volledig wordt terugbetaald.

Soms gaat het om dure behandelingen en zijn de patiënten en hun naasten niet bij machte om hun deel te betalen, wat aanleiding kan geven tot schrijnende toestanden. Bovendien blijkt dat sommige ziekenfondsen de bestaande regelgeving niet consequent toepassen en eigenmachtig beslissingen durven te nemen, terwijl dit toch de bevoegdheid is van het College van geneesheren-directeurs van het Bijzonder Solidariteitsfonds. Sommige dossiers worden blijkbaar zelfs niet behandeld.

Het Federaal Kenniscentrum heeft in zijn rapport 133A de werking van het BSF doorgelicht. Ik heb toen naar die mensen getelefoneerd en hun gevraagd naar de stand van zaken. Ik meen echter dat de officiële weg nog altijd de beste is om verregaand contact te hebben.

Belangrijk is dat het Federaal Kenniscentrum mij en de patiëntenverenigingen toen bevestigde dat de hierboven vermelde tekortkomingen er inderdaad zijn. Daarom heb ik een aantal vragen aan u.

Ik verneem graag van u wanneer de resultaten van het rapport van het KCE verwerkt zullen worden in een nieuwe regelgeving en eventueel in een nieuwe wet.

Zullen de ervaringsdeskundigen, die de noden echt goed kennen, deel uitmaken van een eventueel overleg?

Is het niet aangewezen – dit is een insteek vanwege enkele mensen die dit van dichtbij volgen – het BSF te hervormen, bijvoorbeeld in de zin van het Duitse Heilversuch of het Plan Chirac in Frankrijk, die equivalent zijn met elkaar.

Essentieel in de discussie is dat vooral artsen en patiënten een veel ruimere toegang krijgen tot off-label use- en tot early-use geneesmiddelen. Bij off-label use gebruikt men vaak producten die al zeer lang op de markt zijn. U weet dat die in tegenstelling tot nieuwe therapieën vaak veel goedkoper zijn.

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Detiège, het is een heel interessante vraag. Er moet een noodzakelijke en urgente hervorming komen.

In antwoord op uw vragen, merk ik, ten eerste, op dat het College van geneesheren-directeurs het verslag van het KCE heeft onderzocht. Een voorstel om de regelgeving aan te passen, wordt momenteel voorbereid.

Het antwoord op de tweede vraag zal in het voorstel tot aanpassing van de regelgeving worden gegeven. Reeds op dit ogenblik worden de ervaringsdeskundigen geraadpleegd. De geneesheren-specialisten-voorschrijvers hebben de mogelijkheid en de verplichting in hoofde van de wetgeving om hun aanvragen aan het Bijzonder Solidariteitsfonds te motiveren. Spijtig genoeg gebeurt dat laatste quasi niet, wat het verslag van het KCE in zijn besluiten niet heeft vermeld.

Ten derde, zonder bijkomende informatie van uw kant is het onmogelijk om in de huidige beperkte termijn een vergelijking tussen de Duitse en Franse modaliteiten te maken. Voor zover ik weet, bestaan er in Frankrijk echter beperktere terugbetalingsmogelijkheden dan de mogelijkheden die door het Bijzonder Solidariteitsfonds op het vlak van het off-labelgebruik kunnen worden toegekend. Ook in België hebben de artsen de mogelijkheid om van een off-labelindicatie van geneesmiddelen of niet-geregistreerde geneesmiddelen gebruik te maken. Het Bijzonder Solidariteitsfonds betaalt dit gebruik al terug, indien het aan de criteria van voornoemd fonds beantwoordt.

Het off-label- en early-usegebruik is op dit ogenblik in bespreking in mijn beleidscel, in samenwerking met het RIZIV. Een eerste stap in die richting is het akkoord van de Ministerraad van 18 februari 2011 over het ontwerp van koninklijk besluit betreffende de gedeeltelijke financiering door het RIZIV van de behandeling van recidiverend glioblastoom van stadium 4 bij volwassen patiënten door middel van de farmaceutische specialiteit Avastin. Bedoelde behandeling zal worden omkaderd door het Medical Needs Program, dat door

de farmaceutische firma Roche is opgesteld en door de bevoegde nationale instanties is goedgekeurd, zijnde het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en het Ethisch Comité.

12.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerig en gedetailleerde antwoord. U zegt dat men nu bezig is met de evaluatie van het rapport en dat men kijkt hoe de hervorming kan plaatsvinden. Hebt u een zicht op de deadline? Of kijkt men gewoon wanneer er een antwoord of een nieuwe regelgeving komt?

12.04 Minister Laurette Onkelinx: Tijdens de algemene raad van het RIZIV werd door de actoren het akkoord bereikt een hervorming van het BSF te lanceren. Mijn beleidslijn voor die hervorming is dus wel actief.

12.05 Maya Detiège (sp.a): Ik had nog één bedenking van op de zijlijn. Ik denk dat de beslissing van 18 februari heel positief is voor personen met zeldzame kankers. Dat was toen een enorm heikel punt. Dat was de reden waarom ik toen heb gebeld naar het RIZIV. Het ging toen echt over mensenlevens. Om dat te vermijden moeten wij uitkijken. U zegt zelf dat off-label in België kan, maar er zijn bepaalde criteria in het Bijzonder Solidariteitsfonds. Soms denk ik dat wij op een modernere manier moeten kijken wat kan en wat niet kan. Ik heb er wel vertrouwen in dat u de zaken aanpakt.

12.06 Minister Laurette Onkelinx: De criteria en de procedures.

12.07 Maya Detiège (sp.a): Dat merk ik nu als u zegt dat Avastin is opgenomen. Wanneer personen of experts mij opmerkingen overmaken, zal ik met u contact opnemen.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Van Den Ende is niet aanwezig voor het stellen van haar vraag nr. 2879.

13 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la conférence internationale sur les déterminants du cancer dans l'environnement qui se tiendra dans les Asturies les 17 et 18 mars 2011" (n° 2883)

13 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de International Conference on Environmental and Occupational Determinants of Cancer (Asturië, 17 en 18 maart 2011)" (nr. 2883)

13.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, madame la vice-première ministre, la première conférence internationale sur la prévention primaire du cancer au moyen d'interventions sur l'environnement et le milieu du travail vise à renforcer la capacité des pays à lutter contre les déterminants du cancer.

Cette conférence, organisée par l'OMS, réunira des chercheurs de la santé publique et des épidémiologistes, des spécialistes de la promotion de la santé et des comportements, des responsables politiques, des représentants de gouvernements, ainsi que des représentants de la société civile, d'ONG, de groupes de plaidoyer, de syndicats, du secteur privé, d'associations professionnelles et de réseaux de lutte contre le cancer, y compris des groupes de patients.

Elle se déroule au moment où des scientifiques de l'Université de Milan et de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive au CHUV de Lausanne annoncent une baisse de la mortalité par cancer en Europe. Mais la maladie fera tout de même dans l'Union européenne, selon leurs travaux, 1 281 466 morts en 2011 contre 1 256 001 en 2007.

Compte tenu de l'augmentation de la population, cela représente une baisse de 153,8 décès pour 100 000 habitants à 142,8 chez les hommes et de 90,7 à 85,3 chez les femmes, soit une réduction de la mortalité respective de 7 % et 6 % depuis 2007. Ce mouvement à la baisse est dû principalement à la réduction des décès par cancer du sein chez la femme et par cancers du poumon et colorectal chez l'homme. Parmi les sujets de préoccupation, les chercheurs évoquent la hausse constante des décès par cancer du poumon chez la femme.

Qui représentera la Belgique lors de cette conférence internationale? Avec quelles ambitions?
Les entités fédérées seront-elles associées?

Quelles actions préconisez-vous afin de renforcer la prévention des cancers dus à l'environnement et au milieu du travail?

Et quelles actions afin de lutter contre la hausse constante des décès par cancer du poumon chez la femme?

Enfin, comment évolue le taux de mortalité depuis la mise en œuvre du Plan national de lutte contre les cancers?

Disposez-vous de statistiques pour les années 2009 et 2010? Suivent-elles la courbe européenne?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Il s'agit d'une réunion technique pour laquelle l'OMS a invité, en toute indépendance, des institutions et des experts spécifiques – quarante au total. Aucun expert belge ne fait pas partie des invités.

Ensuite, s'agissant de votre question relative à la prévention, nous parlons des cancers dus à l'environnement et au milieu professionnel, je vous rappelle que ce n'est pas de mon ressort. Je le dis suffisamment souvent: la prévention est une compétence des Communautés. Néanmoins, dans les limites de nos prérogatives, nous avons pris l'initiative de travailler sur la connaissance des facteurs environnementaux ayant une grande influence sur la santé afin de tenter d'agir sur les causes. À cet effet, nous avons commandé une étude visant à mettre au point le meilleur système susceptible de collecter les données les plus pertinentes relatives à l'environnement et de les rendre accessibles au médecin grâce au dossier médical électronique.

En effet, le fait de rassembler toutes les informations de manière structurée est très important pour étayer et enrichir les connaissances, mais aussi pour aider de manière correcte à une prise en charge adéquate des patients à titre individuel.

Par ailleurs, le fédéral participe également à deux projets du Plan national d'action "Environnement-Santé", en rapport direct avec le sujet. Il s'agit du projet "Cancers infantiles et déterminants environnementaux", toujours au stade de l'étude, et du projet portant sur la formation et la sensibilisation des professionnels de la santé aux impacts de l'environnement sur celle-ci. D'une durée de trois ans, ce dernier vient tout juste de débuter.

S'agissant de la lutte contre la hausse constante des décès de femmes par cancer du poumon, plusieurs mesures ont été prises dans le cadre du Plan Cancer 2008-2010. Vous les connaissez, parce que nous en avons beaucoup parlé. Je pense au remboursement forfaitaire des consultations d'aide au sevrage tabagique; je ne vais pas vous en rappeler les conditions.

Dans l'optique d'un renforcement général des contrôles et en complément de ceux soutenus par l'AFSCA, les services du SPF Santé publique ont été chargés d'effectuer des contrôles ciblés du respect des lois "tabac". Vous savez que nous avons engagé des contrôleurs supplémentaires pour ce faire. En 2009, il y a eu 20 000 contrôles et 24 300 en 2010.

Ensuite, dans le cadre de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2010 de la loi d'initiative parlementaire élargissant l'interdiction de fumer aux petites restaurations, le financement des contrôleurs supplémentaires a été prolongé. Vu que votre commission en parle abondamment, vous savez qu'un rapport d'évaluation a été rédigé par mon administration.

En outre, un soutien aux formations en tabacologie par le Fares et la VRGT a été financé pour les années 2009 et 2010 et vient d'être accordé pour 2011.

Par ailleurs, la Belgique a été la première à utiliser les avertissements combinés, photo plus texte, sur les paquets de cigarettes.

Nous avons rendu ces avertissements obligatoires sur les autres produits du tabac, par exemple les paquets de tabac à rouler via une modification de l'arrêté royal. Nous avons aussi imposé un système de rotation obligatoire entre les séries d'avertissements combinés sur les conditionnements de cigarettes. Enfin, l'inscription de la ligne Tabac Stop sur tous les paquets et produits du tabac a également été imposée depuis

le 1^{er} janvier 2011.

Pour ce qui est de l'évolution du taux de mortalité suite à la mise en œuvre du Plan Cancer, les taux de mortalité globale actuellement disponibles proviennent du SPF Économie et concernent les années antérieures à 2008. Il est important de remarquer que ces chiffres sont relatifs à la mortalité en général et ne concernent pas uniquement la mortalité due au cancer. Le suivi de la mortalité par causes est une compétence communautaire.

Je voulais également faire remarquer que l'impact des actions entreprises mettra du temps à pouvoir être mesuré, en particulier les effets directs ou indirects sur l'incidence et la mortalité par cancer, la genèse de cette maladie étant évidemment longue.

Enfin, le 24 mars prochain, le Registre du Cancer présentera les chiffres disponibles d'incidence de cancer et de mortalité sur les cinq années enregistrées (2004-2008).

13.03 Colette Burgeon (PS): Je voudrais faire deux remarques. Vous avez parlé des projets du plan national en précisant que le Plan Cancer infantile était en action et que l'information et la sensibilisation en constituaient le début. Pourriez-vous me dire quand cela prendra fin? Pour les chiffres qui vont être donnés le 24 mars, il serait utile que la commission fasse quelque chose ou que vous nous communiquiez les notes. C'est à voir avec le président de la commission.

13.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...) C'est au stade de l'étude (*hors micro*)

13.05 Colette Burgeon (PS): Je vous reposerai la question...si je suis encore là!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de besparingen in de cardiologie" (nr. 2686)

14 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les économies envisagées en cardiologie" (n° 2686)

14.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, het is niet de eerste keer dat ik u vraag naar het waarom. Ik begrijp dat men zoekt naar besparingen, maar waarom moet dat altijd ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg om de patiënt? Dat stoort mij een beetje.

Er gebeuren toch veel andere investeringen. Bijvoorbeeld voor pacemakers en implanteerbare defibrillatoren hebben wij de voorbije jaren enorme budgetten moeten uittrekken, omdat de indicaties veelvuldiger worden en omdat het aantal patiënten waarbij men een en ander vroegtijdig kan detecteren, ook steeds groter wordt. Wij zijn daardoor een beetje het slachtoffer van ons eigen succes. Wij kunnen nu eenmaal een aantal plotse overlijdens door het stilvallen van het hart, een *cardiac arrest*, voorkomen.

In het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen wordt voorzien in een besparing van ongeveer 3,4 miljoen euro door de invoering van een jaarlijks forfaitair honorarium voor de opvolgingscontroles voor de pacemakers en de implanteerbare defibrillatoren. Er wordt voorgesteld om drie verstrekkingen met betrekking tot de controle of herprogrammering te vervangen door twee forfaitaire honoraria: één voor de pacemakers en één voor de defibrillatoren.

U weet dat het niet stopt bij het inplanten, want er moet ook worden gemeten hoe vaak de defibrillator of de pacemaker in gang moet schieten. Er moet worden bekeken of dat op de juiste frequentie gebeurt. Dat wordt allemaal elektromagnetisch bijgesteld. De patiënten moeten bij overschakeling tussen winter- en zomeruur soms ook op controle. Dat zijn allemaal grappige zaken, want anders schieten die patiënten een uur te vroeg in gang. Die controles zijn noodzakelijk. Het aantal controles wordt bovendien nog opgevoerd. Nu bestaat er al een registratie van continue gegevens voor sommige soorten van defibrillatoren en de jongste generatie pacemakers.

Het monitoren van gegevens door telemetrie kost natuurlijk geld. Hiervoor zijn ook technici opgeleid. De

verantwoordelijkheid blijft natuurlijk altijd bij de cardioloog liggen, ook voor het bijregelen en het verder inlichten van de patiënt. Met het jaarlijkse forfait vallen de middelen weg om die consultaties te financieren.

Er zouden geen indicaties van misbruik zijn bij de honoraria voor controle en herprogrammering. Men heeft blijkbaar meer dan werk genoeg en de patiënten worden niet meer dan nodig naar het ziekenhuis geroepen. Voor pacemakers is gemiddeld iets meer dan één controle nodig, maar voor defibrillatoren ligt het gevoeliger. Het gemiddelde is drie per jaar.

Ik begrijp natuurlijk dat er besparingen nodig waren. De besparing was ingeschreven in het akkoord Medicomut voor 2011. In de klinieken is die echter als een bom ingeslagen. Men komt tot de constatering dat het jaarlijks forfait niet meer in verhouding staat tot het werk dat dat vraagt. Dat is nog eens werk dat onvergoed zal blijven.

Mevrouw de minister, mag ik erop wijzen dat de kous niet af is met het plaatsen van zo'n toestel? Het moet ook worden onderhouden. Het moet worden opgevolgd. Het is een elektronisch toestel. Er kunnen altijd kinderziekten en mankementen aan zijn. De patiënten gaan er ook niet altijd op een correcte wijze mee om. Het moet goed geregeld zijn, anders heeft het geen zin om die toestellen in te planten. Het moet op een medisch verantwoorde wijze opgevolgd worden.

Mevrouw de minister, mag ik u vragen om opnieuw in overleg te gaan met de cardiologen om na te gaan hoe die maatregel kan worden bijgestuurd?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw De Block, veel specialismen zijn geroepen om de besparingen opgelegd door de algemene raad, te verwezenlijken.

Naar aanleiding van de bepalingen opgenomen in het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011, en meer bepaald de besparing van 3 395 000 euro vermeld bij de structurele maatregelen voor 2011 door de invoering van een jaarlijks forfaitair honorarium voor opvolgingscontroles pacemaker en *implantable cardiac defibrillator*, heeft de Belgian Heart Rythm Association gevraagd om een alternatief voorstel te willen aanvaarden.

De betrokken werkgroep van de Technische Geneeskundige Raad heeft alternatieve wijzen besproken om de opgelegde besparingen te realiseren in de cardiologie. Er wordt daarbij rekening gehouden met het feit dat er gemiddeld ongeveer drie controles en/of herprogrammeringen per jaar zijn voor hartdefibrillatoren en iets meer dan een per jaar voor pacemakers. Een financiële berekening en evaluatie van het voorstel is nog lopende.

De besparingsmaatregelen zijn niet per definitie gerelateerd met vermeend misbruik, doch vormen een bijdrage in het beheersen van de uitgaven voor gezondheidszorg in deze budgettaire en economisch moeilijke periode. De in het akkoord opgenomen besparingen werden aangehouden, in nauw overleg met zowel de verzekeringsinstellingen als de representatieve artsenorganisaties.

De maatregel benadeelt op generlei wijze de betrokken patiënten. De tegemoetkoming voor de opvolging van patiënten met een pacemaker of geïmplanteerde defibrillator wordt niet opgeheven en komt niet in het gedrang.

14.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik ben blij dat er een alternatief voorstel in bespreking is, dat nu berekend wordt. Ik heb al gezegd dat ik begrip heb voor besparingen en beheersing van het budget.

Er zijn mijns inziens op dat vlak inderdaad geen misbruiken. Men zou eigenlijk beter eens zoeken waar er wel misbruiken of overconsumptie zouden zijn in de geneeskundige zorg.

In de cardiologie werkt men correct. Er zijn geen misbruiken gesignaleerd. Alles moet bijgehouden worden, alles wordt geregistreerd. Als er veel registratie is, zijn er weinig misbruiken mogelijk. Het is toch wel terecht, denk ik, dat wij ervoor zorgen dat de patiënten er geen slachtoffer van worden. De opvolging is even belangrijk als de nauwkeurigheid bij het plaatsen van die nieuwe toestellen, die toch heel wat kwaliteitsvolle levensjaren aan de patiënten kunnen geven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het tekort aan spoedartsen" (nr. 2845)

15 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la pénurie de médecins urgentistes" (n° 2845)

15.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, deze zaak zal u niet onbekend zijn. U hebt al een open brief ontvangen. Ik heb een kopie daarvan gekregen van de spoedartsen, die met de handen in het haar zitten. De spoed wordt overspoeld door patiënten. Nu is er een tekort aan spoedartsen. Waarschijnlijk is het een combinatie van factoren. Er zijn weinig spoedartsen. Het is een hectische en veeleisende job. Binnen het beroep is het niet zo populair. Dat weten wij.

Er bestaat ook een opbod tussen de ziekenhuizen. Voor een spoedarts is het verleidelijk naar een kleiner perifeer ziekenhuis te gaan, waar hij toch nog een aantal uren per 24 uur kan slapen, en voor een beetje meer levenskwaliteit en work-lifebalance. U weet als minister ook hoe moeilijk die balans te vinden is. Er bestaat dus een opbod tussen de ziekenhuizen, waardoor de grote ziekenhuizen het probleem krijgen dat zij hun urgentieplaatsen niet krijgen ingevuld. Ik heb mij geïnformeerd. Het is niet op één plaats, het is op verschillende plaatsen. Het is geen direct gevolg van numerus clausus of contingentering. Het aantal plaatsen wordt immers gewoon niet ingevuld. Dat is dus niet het probleem. Het is een hectisch en onaantrekkelijk beroep.

Het is u niet onbekend. Wij worden nu eenmaal geconfronteerd met een aantal specialismen waarvoor wij tekorten hebben. Eerder heb ik ook al vragen gesteld over kinderpsychiaters en huisartsen. Over dat tekort ben ik al lang bezig, al van bij uw voorganger, mevrouw Aelvoet, als u zich dat nog herinnert. Elf jaar geleden heb ik dat voor de eerste keer aangekaart. Nu komen daar blijkbaar ook de spoedartsen bij. Er is nog een bijkomend probleem. Door de omzetting van de Europese richtlijn mogen zij nog een minder aantal uren werken.

Mevrouw de minister, ik weet dat de vereniging van spoedartsen u een open brief heeft gestuurd. Bent u bereid om met hen rond de tafel te gaan zitten? Wordt er een raming gemaakt van de tekorten die er zijn in de ziekenhuizen van ons land? Zo ja, wat is de omvang daarvan? Is het wenselijk om daar maatregelen te nemen? Is er overleg met andere specialiteiten waar zich tekorten voordoen? Het is toch nodig om op tijd bij te sturen vooraleer we echt afdelingen moeten sluiten of spoedafdelingen het aantal patiënten moeten beperken. Nu al moeten patiënten doorgestuurd worden omdat er geen plaats in het ziekenhuis is om hen op te nemen. Als de patiënten nu ook op de spoed doorgestuurd zullen worden omdat er geen artsen zijn om hen daar te onderzoeken, dan weet ik niet meer hoe het gesteld zal zijn met de kwaliteit van onze gezondheidszorg en met de toegankelijkheid, waarvan we altijd ons paradepaardje gemaakt hebben.

15.02 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, het tekort aan spoedartsen baart mij evenveel zorgen als u.

Op mijn vraag heeft de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening mij op 6 november 2008 een advies gegeven over het tekort aan spoedartsen. Uit voornoemd advies blijkt dat er voor de activiteiten van de spoeddiensten en van de MUG 1 470 voltijdse equivalent urgentieartsen nodig zijn. Vandaag zijn er slechts 711 fulltime equivalenten actief. Het tekort aan urgentieartsen wordt dus op bijna 760 fulltime equivalenten geschat.

Ik heb verschillende maatregelen getroffen om het genoemde tekort terug te dringen. Het aantal dokters dat opleidingen zal kunnen volgen die tot een bijzondere beroepstitel leiden, zal geleidelijk van 757 in 2011 tot 1 230 in 2015 toenemen.

Ten tweede, sinds vorig jaar is het opleidingsquotum van geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde en van geneesheren-specialisten in de spoedgeneeskunde verdubbeld. Hun aantal is van een minimum van tien opgeleide geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde per jaar tot twintig eenheden en van een minimum van vijf specialisten in de spoedgeneeskunde tot tien eenheden gestegen.

Ten derde, ik heb ook een besluit laten verschijnen dat de overgangsmaatregelen, waardoor de andere specialisten of kandidaat-specialisten de wachtdiensten van de spoeddiensten kunnen verzekeren, met vier jaar verlengt.

Er werden nog andere maatregelen getroffen, om de patiënten in geval van nood naar de eerstelijnszorg te oriënteren. Ik verwijs in het bijzonder naar de uitbreiding van de wachtdiensten, waarbij de financiering van nieuwe projecten op twee jaar tijd is verdrievoudigd.

Ik verwijs ook naar het in Brugge en Henegouwen begonnen centraal dispatchingsysteem 1733, dat binnenkort naar de provincie Luxemburg wordt uitgebreid.

Ik neem ook nota van uw opmerking over het weinig aantrekkelijke karakter van de specialiteit van urgentiearts en zal de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening vragen om dat probleem te bestuderen.

Cela étant dit, je répète que la question des quotas, du numerus clausus, etc. devra être posée. Ce sera probablement pour la prochaine négociation gouvernementale. Je ne parle pas ici au niveau institutionnel mais au niveau socioéconomique en général.

Au sein de votre commission, monsieur le président, on m'interroge de plus en plus sur des médecins étrangers qui viennent dans le pays. On constate que, dans plusieurs provinces, la fonction de médecin généraliste est en pénurie mais il y a ici aussi des alertes pour des médecins spécialistes. Ce n'est pas uniquement le cas pour les médecins d'urgence. Je pense notamment aux pédiatres et aux gériatres. Cette question est, selon moi, essentielle pour le futur gouvernement!

15.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat u al een aantal stappen hebt gezet.

Het is inderdaad een groot tekort. Slechts de helft is voorhanden. Het is belangrijk dat de spoeddiensten van onze ziekenhuizen door voldoende mensen worden bemand. Ik meen dat het water tot aan de lippen staat van de artsen die zich daar dag en nacht inzetten. Dit kan leiden tot gevaarlijke toestanden. Slaaptekort is immers nefast voor een dokter.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.41 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16.41 heures.*