

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

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

du

van

MARDI 14 NOVEMBRE 2006

DINSDAG 14 NOVEMBER 2006

Après-midi

Namiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 16.15 heures. La réunion est présidée par Mme Colette Burgeon.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 16.15 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Colette Burgeon.

**01** Interpellations et questions jointes de

- M. Daniel Ducarme au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets éventuels des ondes gsm sur la santé publique" (n° 951)

- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le débat qui agite la société en ce qui concerne la nocivité éventuelle pour la santé publique des gsm et des antennes gsm" (n° 12593)

- Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets nocifs éventuels des antennes relais de téléphonie mobile" (n° 12645)

- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets nocifs des gsm et des ondes électromagnétiques sur la santé" (n° 13021)

**01** Samengevoegde interpellaties en vragen van

- de heer Daniel Ducarme tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van gsm-straling voor de volksgezondheid"(nr. 951)

- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het maatschappelijke debat rond de mogelijke schadelijkheid voor de volksgezondheid van gsm's en gsm-masten" (nr. 12593)

- mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke schadelijke effecten van gsm-masten" (nr. 12645)

- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijke effecten van gsm's en elektromagnetische golven voor de gezondheid" (nr. 13021)

**01.01** Daniel Ducarme (MR): Monsieur le ministre, cette interpellation fait suite à des informations parues dans un certain nombre de journaux, plus particulièrement dans un article du journal "Le Soir" du 3 octobre dernier. Dans cet article, votre cabinet donnait une information concernant les normes existantes, à savoir qu'il n'y aurait pas de révision des normes avant les prochaines recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé qui sont prévues pour 2007.

Avant de vous poser de manière précise mes questions, je dois indiquer que ce dossier me laisse perplexe, essentiellement en fonction des analyses des scientifiques telles que nous pouvons les trouver aujourd'hui. J'ai rassemblé un certain nombre de ces analyses dans mon dossier. Certains scientifiques vous indiquent que le danger est tout à fait évident, d'autres qu'ils ne savent pas et enfin une dernière catégorie indique que, vu que l'on ne sait pas, on peut considérer qu'il n'y a pas de problème.

Je le souligne dans le cadre de cette interpellation, car je mesure bien la difficulté qui est celle des politiques d'émettre un choix lorsqu'il n'y a pas d'avis net émis par la communauté scientifique. Si ce ne sont les normes appliquées dans différents pays, sur base de ce qui a déjà été retenu comme normes au niveau de l'OMS.

Lorsque je prends connaissance de l'arrêté de 2005, je me rends compte que pour fixer les normes en Belgique, on a tenu compte du principe de précaution dans la mesure où elles sont inférieures aux normes fixées par l'OMS. C'est intéressant.

Néanmoins, au vu des réactions, ne sommes-nous pas en droit de nous demander si les normes actuelles ne sont pas encore trop élevées? En effet, lorsqu'on compare avec les normes fixées ailleurs, on constate que des efforts particuliers ont été consentis, notamment en Italie dans la région de Toscane. En effet, les limites fixées sont plus basses (0,5 volt par mètre) que celles appliquées dans notre pays. D'aucuns estiment donc qu'il faudrait appliquer le principe de précaution et fixer une norme semblable. Telle était la seule question que j'aurais posée sur ce sujet.

Si l'on fixait une norme légèrement inférieure à ce qui a été retenu en s'alignant sur la norme de précaution la plus basse appliquée dans l'Union européenne, cela ne contribuerait-il pas à simplifier les rapports notamment vis-à-vis des administrations locales?

Par ailleurs, au-delà de ce qui a été dit par votre cabinet, il serait peut-être utile de nous préciser l'agenda de l'OMS.

Il faudrait également voir à quel moment nous pouvons attendre la communication des nouvelles normes par l'OMS. Des rapports intérimaires seront-ils pris en guise de références? Surtout, une information ou une saisine du parlement par les autorités gouvernementales aura-t-elle lieu avant qu'une décision n'intervienne, afin de savoir comment nous nous situons et quelles normes nous retiendrons?

Il importe que vous puissiez nous en informer. Dire qu'il n'y aura pas de révision avant que l'OMS ne soumette ses prochaines recommandations en 2007 est intéressant, mais il me semble préférable de pouvoir indiquer quand, en 2007, elle compte prendre ses recommandations, de sorte que nous sachions à quel moment cela aurait un effet dans notre pays.

Ma deuxième préoccupation me paraît très importante pour la compréhension du problème par l'opinion publique. Je veux parler de la réaction de la part de certaines autorités - notamment régionales. J'ai observé les réactions du ministre wallon en charge du dossier, à savoir M. Antoine. Ce dernier a pris position en indiquant qu'il vous avait questionné sur ce point et qu'il attendait votre réponse. Que vous a-t-il demandé précisément? Et que lui avez-vous répondu?

En effet, pour le principe de précaution, l'analyse de la Région wallonne est la suivante: "Nous pouvons l'appliquer, mais nous ne disposons de cette compétence que sur le plan paysager". Les responsables wallons peuvent-ils tenir compte d'un élément normatif différent de ce que vous auriez indiqué? Il semble que ce soit ce qui aurait été demandé à votre département. À la lecture de l'arrêté de 2005, nous nous rendons compte que celui qui avait été pris en 2001 reprend plusieurs éléments que nous ne retrouvons pas dans celui de 2005.

Notamment, dans l'arrêté de 2001, on trouve un accord des autorités régionales avec les autorités fédérales qui n'est pas repris dans l'arrêté de 2005. Est-ce volontaire? Est-ce que cela tient compte de l'avis et du rejet de la part du Conseil d'État? Y a-t-il une volonté politique à ne pas l'avoir repris? Peut-on considérer en revanche que, même si on ne l'a pas repris, il est quand même toujours inclus dans la responsabilité?

Il est extrêmement important que des réponses soient fournies pour que le système mis en place le soit en pleine cohérence entre les autorités fédérales et les autorités régionales et communautaires. S'il est nécessaire de refonder les termes de l'accord, ma question subsidiaire consistera à demander s'il ne conviendrait pas que le comité de concertation puisse se préoccuper de la situation.

J'insiste sur ce point car il n'y a rien de plus regrettable, quand une commune se trouve en difficulté pour un tel dossier, que les tenants du pouvoir régional disent que la responsabilité est au fédéral, ou l'inverse. C'est d'autant plus important à partir du moment où le type de coalition politique n'est pas le même au niveau fédéral et au niveau régional.

Incontestablement, des dossiers rebondiront à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007. Je pense qu'il serait bon que les nouveaux responsables communaux en charge dans les communes et dans les villes sachent à quel saint se vouer. Un saint fédéral ou un saint régional: à vous de nous le préciser, le tout étant de mettre de l'ordre

dans la chapelle.

**01.02 Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, enkele weken geleden laaide inderdaad de wetenschappelijke controverse opnieuw op over het al dan niet schadelijk zijn van gsm-stralingen.

Onze eigen Hoge Gezondheidsraad is, zoals geweten, voorstander van lagere normen voor gsm-masten dan de normen die momenteel worden toegelaten. Alles draait om het feit of men naast thermische criteria ook subthermische effecten in aanmerking neemt.

De extra gevoeligheid van kinderen ten opzichte van stralingen en de vele studies die spreken over hoofdpijn, duizeligheid, leerproblemen en gedragsproblemen, worden steeds veelvuldiger. Dit jaar onderzoekt de werkgroep Niet-Ioniserende Straling van de Hoge Gezondheidsraad specifiek de gezondheidsaspecten van nieuwe hoogfrequente technologieën. Het meest recente advies van onze Hoge Gezondheidsraad voor het grote publiek is ondertussen al meer dan 4 jaar oud. Hierin werd toen al gewaarschuwd om de blootstelling aan de microgolven van mobiele telefoons te beperken voor zwangere vrouwen, kinderen, ouderen en zieken.

Extra voorlichting van de bevolking, gezien de steeds verdere verspreiding van gsm's en gsm-masten, is absoluut noodzakelijk, zeker nu bepaalde kringen zelfs voor gsm's voor kleuters beginnen te pleiten.

Een recente Spaanse studie toont aan dat er een enorme penetratie is van microgolven van de gsm in de hersenen van een tienjarige, meer dan de helft, en in de hersenen van een vijfjarige, meer dan drievierde.

Artsen en vorsers uit Duitsland, Finland en Zwitserland hebben expliciet gewaarschuwd voor het stralingsgevaar van gsm's en gsm-masten.

Eind vorig jaar nog pleitte onze eigen kankerspecialist Jaak Janssens op een internationaal colloquium te Blankenberge voor een voorzichtiger gebruik van gsm's door kinderen. Ook de voorzitter van de Association Européenne Micro-onde, professor emeritus André Vander Vorst van UCL, tevens lid van de Hoge Gezondheidsraad, pleit voor een verlaging van de huidige Belgische norm van 20,6 tot 3 voor de inplanting van gsm-masten.

De Waalse bio-ingenieur Jean-Luc Guilmot verwijst naar een studie waarbij de ooievaarsnesten in de buurt van gsm-masten bijna de helft minder jongen hebben dan hun soortgenoten buiten het stralingsveld.

In Amerika loopt al een gerechtelijke class action tegen de gsm-industrie, ingeleid door dokter en jurist George Carlo, een wetenschapper die oorspronkelijk was ingehuurd door de industrie om de onschadelijkheid van de gsm te bewijzen, maar die na 5 jaar studie tot de bevinding kwam dat de relatie met gezondheidsproblemen absoluut niet kon worden uitgesloten.

Het feit dat vele geruuststellende onderzoeken door de industrie zelf worden gefinancierd, noopt tot grote voorzichtigheid. Mijn inziens moeten wij als Belgische overheid het voorzorgsprincipe aanhouden en in eerste instantie de geldende normen verlagen tot wat onze eigen gezondheidsraad voorstelt, vandaar mijn concrete vragen.

Wat zijn de specifieke resultaten van de studie van de Hoge Gezondheidsraad over nieuwe hoogfrequente technologieën?

Wanneer kan het rapport in het Parlement worden besproken?

Zult u rekening houden met het advies van de Hoge Gezondheidsraad om de huidige norm voor gsm-masten te verlagen?

Is het niet noodzakelijk om opnieuw een grote publiekscampagne te organiseren in verband met de mogelijke schadelijke gevolgen van gsm-gebruik bij kinderen, zwangere vrouwen en oude en zieke personen?

**01.03 Colette Burgeon** (PS): Monsieur le ministre, à la suite des récents articles diffusés dans la presse et à la conférence-débat de l'ASBL Teslabel à propos de la nocivité des antennes gsm pour la santé humaine, pourriez-vous nous indiquer si la littérature scientifique a déjà démontré des effets nocifs des champs

électromagnétiques des antennes-relais? Si oui, lesquels?

Quelles sont les recherches pratiquées en Belgique sur ce sujet? Quels en sont les résultats? Souhaitez-vous revoir les normes OMS relatives à l'exposition aux radio-fréquences des transmetteurs? Si non, pourquoi?

**01.04 Rudy Demotte**, ministre: Madame la présidente, mesdames, messieurs, le gouvernement fédéral suit à l'évidence de près toutes les études et analyses relevantes. Sont pris en considération le projet international EMF de l'OMS ainsi que les recommandations du Conseil européen de 1999, les conclusions des comités scientifiques de la Commission européenne de 2001 et 2006, les évaluations disponibles des risques effectuées par les agences nationales des États membres ou encore par notre Conseil supérieur d'Hygiène.

Au niveau de l'OMS, une évaluation générale des risques pour les champs de radiofréquence est prévue dans le planning de l'OMS pour 2007-2008, dès qu'une étude de risques spécifiques de cancer aura été finalisée. En clair, sur 2006-2007, les données sont collectées et, pour la période 2007-2008, elles seront évaluées pour redéfinir des bases.

Quelques rapports intermédiaires sont publiés, notamment au sujet de l'hypersensibilité électromagnétique ou encore de la sensibilité des enfants aux champs électromagnétiques. Je suppose que si mon administration me l'indique dans sa note, cela signifie que ces rapports sont déjà accessibles au grand public, vraisemblablement sur le site de l'OMS.

De gezondheidsaspecten van nieuwe, hoogfrequente technologieën staan ook op de agenda van de Hoge Gezondheidsraad. Op dit moment werden nog geen aanbevelingen bekend gemaakt. Het rapport kan in het Parlement worden besproken, zodra het beschikbaar is.

De WGO en de Europese Commissie hebben onlangs aangehaald dat absorptie van radiogolven bij kinderen tijdens een gsm-gesprek kan verschillen van de absorptie bij volwassenen. Kinderen zouden dus kwetsbaarder dan volwassenen kunnen zijn. Er werden echter geen bewijzen gevonden voor de veronderstelling dat het gsm-gebruik tot schadelijke effecten zou leiden.

La Belgique prévoit une limite d'exposition quatre fois supérieure à celle recommandée par les instances internationales. Quand on dit "supérieure", cela signifie que la limite est plus stricte. La Belgique figure ainsi parmi les pays qui ont les normes les plus strictes en la matière. Le cadre législatif ne prévoit aucune constatation formelle avec les entités fédérées. Il n'y aura, sur le plan de l'agenda, pas de révision de la norme avant que l'OMS ait publié les résultats de ses recherches.

Les médias ayant récemment relaté les résultats non confirmés de nouvelles études scientifiques, l'opinion publique perçoit néanmoins qu'il pourrait subsister des dangers inconnus. L'expérience montre que les programmes d'éducation, de même qu'une communication efficace de l'engagement du public et des autres parties intéressées au stade approprié de la prise de décision, avant l'installation des sources de radiofréquence, améliorent cette confiance et cette acceptation subjective du public.

Le gouvernement fédéral prépare donc une publication en cette matière dans la prochaine édition de Belgopocket. Cette brochure d'information sera tirée à plus de 500.000 exemplaires et distribuée par l'intermédiaire des CPAS, des postes et, sur demande, via les villes, les communes et les mutualités.

Sur la question des compétences, l'État fédéral a – comme vous l'avez compris à la suite des propos que je viens de tenir – la compétence de fixer les niveaux des normes. Il le fait lui-même en référence aux normes de l'OMS. Nous attendons maintenant la réévaluation.

L'installation des différents pylônes de radiofréquence relève de la compétence des communes, des municipalités; la Région pouvant également jouer un rôle sur le plan urbanistique. C'est en effet de là que partent la plupart des questions. Les normes sont fixées par le fédéral; l'autorisation d'installer des pylônes dépend des communes et peut, dans la mesure où je viens de l'indiquer, également être contrôlée par la Région.

Pour ce qui relève du courrier, je viens de me renseigner auprès de M. Antoine et via mon cabinet, pendant que vous me posiez la question. J'ai demandé qu'on mène des recherches. Vous en obtiendrez une copie.

Ainsi, vous connaîtrez le contenu exact de cette lettre qui m'a été adressée. Je la ferai parvenir aux trois parlementaires qui m'ont interpellé aujourd'hui. Cela peut être intéressant, quelle que soit la Région d'origine.

**01.05 Daniel Ducarme (MR):** Je remercie le ministre pour la clarté de sa réponse. Je note quatre points essentiels. Premièrement, s'il doit y avoir un rapport au niveau de l'OMS, M. le ministre a dit qu'une discussion au niveau du parlement pourrait très bien avoir lieu. C'est une excellente chose!

Le gouvernement, dans une telle matière, a intérêt à donner une communication la plus large possible de l'information: à terme, considérer une totale transparence avant toute décision peut constituer un élément rassurant dont je me réjouis.

Deuxième point: en conséquence, je suis tenté de dire qu'il n'y aura pas de révision de la norme. Il faut l'acter tel quel.

Troisièmement, une brochure d'information sera éditée. Ce point est important: il conviendrait qu'elle soit vulgarisée au maximum afin que chacun puisse s'en rendre compte. Vous avez dit que vous l'adresseriez aux communes: il est capital que les municipalistes, à l'aube de la nouvelle législature communale, puissent être informés très largement de cette question. J'espère aussi que cette brochure indiquera, dans le cadre de vos compétences, tout ce qui aura trait à la norme, mais qu'elle précisera également la responsabilité de chaque niveau de pouvoir afin que la balle ne soit pas renvoyée de l'un à l'autre au moment du traitement du dossier.

Enfin, je ne me prononce évidemment pas sur le contenu du courrier qui nous sera transmis ni sur la réponse qui y sera donnée. J'en prendrai connaissance avec intérêt, de même que de votre éventuelle réponse. Sur ce point, s'il échet, que ce soit ici ou dans une autre assemblée parlementaire régionale, je réserve la possibilité pour mon groupe d'interpeller afin de clarifier encore davantage la situation.

Tout cela dit, comme indiqué au départ, je vous remercie des réponses que vous avez bien voulu apporter.

**01.06 Magda De Meyer (sp.a-spirit):** In alle eerlijkheid, ik ben ongerust na het antwoord van de minister. Hij zegt dat er pas tegen 2008 een studie van OMS komt. Dat betekent nog twee jaar. Intussen constateer ik dat er grote ongerustheid is op het terrein, in de verschillende steden en gemeenten waar het woud van gsm-masten alsmaar uitbreidt. De bevolking heeft geen degelijk antwoord met betrekking tot de al dan niet bestaande gezondheidsrisico's. Het verwondert mij dat er nog steeds geen aanbevelingen zijn vanwege de Hoge Gezondheidsraad. Ik dacht immers dat de studie van de Hoge Gezondheidsraad dit jaar zou worden voltooid.

Waar blijven die conclusies dan? Wanneer zullen de conclusies van onze Hoge Gezondheidsraad er zijn? Ik hoop dat ze er sneller zullen zijn dan de studies van OMS, waarop we tot 2008 moeten wachten. Ik had dus graag vernomen wanneer we de conclusies zullen zien van onze eigen Hoge Gezondheidsraad.

Ik pleit voor snelheid in het dossier, omdat ik te velde merk dat er veel ongerustheid is bij mensen bij wie een gsm-mast in de buurt verschijnt. Ze hebben eigenlijk geen reliable sources om op terug te vallen.

**01.07 Colette Burgeon (PS):** Monsieur le ministre, je crois que c'est un sujet très sensible. Les communes sont chaque fois confrontées, lors de l'installation de nouveaux pylônes, aux réactions des habitants qui n'en veulent pas près de chez eux. Il n'y a pas suffisamment de résultats quant à la nocivité ou à la non-nocivité. Il faut se réjouir que ce débat ait lieu au parlement et que cette brochure d'information existe, car cela permettra peut-être de dédramatiser la situation.

**01.08 Benoît Drèze (cdH):** Madame la présidente, étant présent dans une autre commission, je n'ai pu m'associer aux questions mais je suppose que je peux intervenir en réplique.

J'ai entendu le principal de la réponse du ministre, qui contient des éléments intéressants. Cependant, je partage l'avis de ceux qui pensent qu'attendre 2008, à savoir les recommandations de l'OMS, nous laisse sur notre faim, notamment au vu d'informations plus récentes qui viennent chambouler le lieu commun. Des études alarmistes, entre autres celle que l'ASBL Testabel a fait circuler ces derniers temps, existent.

Mme De Meyer a évoqué l'apparition de pylônes supplémentaires, mais il existe de nouvelles technologies. L'UMTS, qui est largement diffusé en Belgique, possède une puissance d'émission plus importante que le système gsm classique. Les études sont donc toujours en retard d'une guerre. Mon propos est d'en appeler au principe de précaution et d'éviter de penser que, parce que l'OMS donne tel avis, nous pouvons dormir tranquilles. Ce n'est pas aussi simple que cela.

Il me semble que vous n'avez pas répondu à M. Ducarme sur le financement des études. Cela jette aussi un doute.

**01.09 Rudy Demotte**, ministre: Il n'a pas posé de question à ce sujet!

**01.10 Benoît Drèze** (cdH): Pour ma part, je l'aurais fait en ce qui concerne le financement de certaines études.

**01.11 Rudy Demotte**, ministre: Dans ce cas, interrogez-moi ultérieurement.

**01.12 Daniel Ducarme** (MR): (...) Je ne demande pas à un autre groupe de devenir mon interprète. Et je n'ai aucune intention de devenir le Tatayet du cdH.

**01.13 Benoît Drèze** (cdH): Monsieur le président, chers collègues, je poserai ma question plus tard.

**01.14 Miguel Chevalier** (VLD): Mevrouw de voorzitter, ik heb geen vraag ter zake ingediend; het is voor een stuk de bevoegdheid van de Gewesten.

Mijnheer de minister, u kunt het misschien eens vragen. De voorbije jaren is mij zeer sterk opgevallen dat een burgemeester met zeer veel gemak toestemming weigert om een windmolen te plaatsen in zijn gemeente, maar met even veel gemak gsm-masten laat plaatsen in zijn gemeente. Ik vermoed dat daar een bron van inkomsten mee gemoeid is.

Ik wil in deze commissie de hypocrisie in dit dossier aan de kaak stellen. Er bestaat een zeer grote ongerustheid bij de bevolking. Die ongerustheid bij de bevolking wordt, wanneer het gaat om alternatieve energiebronnen, zeer gemakkelijk gekanaliseerd naar de gemeenten en de gemeenten pikken daarop in. Wat betreft het plaatsen van gsm-masten echter, daarmee gaat men blijkbaar op een andere manier om. Ik vind dat een heel verontrustende evolutie.

Ik denk dat wij op federaal niveau zeer veel standpunten kunnen innemen, maar dat een groot deel van de verantwoordelijkheid bij de Gewesten ligt wat het plaatsen van dat soort constructies betreft. Ik denk dat wij een heel duidelijke lijn moeten trekken van wat wel en niet kan. Ik betreur nogmaals dat men met heel veel gemak alle aanvragen voor windmolens heeft verworpen en dat men met evenveel gemak wel gsm-masten plaatst.

**01.15 Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, er wordt hier gezegd dat het een bevoegdheid van de Gewesten is. Wat betreft de inplantingsplaats zijn de Gewesten inderdaad bevoegd. Dat gaat louter en alleen om de ruimtelijke ordening.

We hebben het hier echter over het aspect van de invloed op de gezondheid en op dat vlak moeten de normen wel degelijk op federaal niveau worden uitgetekend. Het is op dat niveau dat moet worden bepaald wat wel en niet kan met het oog op de volksgezondheid. Wij slaan hier wel de spijker op de kop.

**01.16 Miguel Chevalier** (VLD): Mevrouw De Meyer, ik wil u even onderbreken. Bij het plaatsen van windmolens was slagschaduw blijkbaar ook een argument van volksgezondheid voor de burgemeester, terwijl de straling blijkbaar geen argument is.

**01.17 Rudy Demotte**, ministre: (...) des questions supplémentaires qui ont été posées, sinon nous continuerions l'ordre du jour.

Mme De Meyer souhaite connaître les éléments du rapport du Hoge Gezondheidsraad. C'était en 2006 mais cela ne veut pas dire pour autant que les recommandations seront immédiatement liées au rapport. C'est là

qu'il y a un flou et je ne peux encore dire aujourd'hui quand les recommandations basées sur le rapport seront disponibles. À mon idée, ce sera dans le courant du premier semestre 2007. Je pense que c'est un délai raisonnable.

En réponse à d'autres interventions, je ne peux pas me baser sur autre chose que sur les études scientifiques. Des ASBL peuvent faire des collectes de littérature internationale – j'y suis très sensible et je lis beaucoup de choses – mais je ne peux pas, en tant que ministre, forger mon opinion sur autre chose que ces différentes évaluations. Je rappelle que nous sommes quatre fois plus stricts que la norme internationale, que nous sommes dans le peloton de tête des pays les plus stricts et que je ne peux pas non plus, sur base d'impressions, de subjectivités, engager la responsabilité de l'État dans un sens ou dans l'autre.

Ne vous sentez pas frustrés de la réponse que je vous donne, elle est simplement liée aux éléments objectifs sur lesquels je dois appuyer le processus de décision.

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

La **présidente**: La question n°12498 de M. Bacquelaine est reportée.

#### **02** **Samengevoegde vragen van**

- de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toenemende dreiging van tuberculose" (nr. 12630)
- mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "multiresistente tuberculose" (nr. 12647)
- de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een dreigende tbc-epidemie" (nr. 12656)

#### **02** **Questions jointes de**

- M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la menace grandissante de la tuberculose" (n° 12630)
- Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la tuberculose multirésistante" (n° 12647)
- M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la menace d'une contagion à la tuberculose" (n° 12656)

**02.01** **Miguel Chevalier** (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal heel kort zijn. Ik weet immers dat u zich hebt geëngageerd om een groot deel van de agenda af te werken. Ik zal mij daar dus ook naar schikken.

In de toelichting die ik u heb bezorgd, was ik vrij expliciet. Daarom zal ik mij beperken tot een aantal vragen over het sluipende, oprukkende gevaar van tuberculose.

Ik zou graag van de minister een toelichting krijgen bij de politiek die en bij het beleid dat ons land inzake de aanpak van tuberculose voert, zowel op Europees niveau als wat betreft de eigen instrumenten die de minister en zijn departement hanteren om de ziekte zoveel mogelijk een halt toe te roepen.

**02.02** **Colette Burgeon** (PS): Monsieur le ministre, l'OMS et la Croix-Rouge ont appelé, le mardi 10 octobre, les gouvernements de l'Union européenne à lutter contre l'augmentation alarmante des cas de tuberculose multirésistante, notamment dans les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale.

La résistance aux médicaments constitue sans doute le défi le plus grave en matière de tuberculose en Europe depuis la Seconde Guerre mondiale.

L'OMS, la Croix-Rouge et une vingtaine d'autres agences et ONG ont annoncé la création d'une alliance afin d'améliorer la lutte et de pousser les gouvernements à s'engager davantage.

Chaque année, environ 450.000 personnes contractent la tuberculose en Europe orientale et en Asie centrale et près de 70.000 personnes en meurent, indique la Croix-Rouge. Sur les 20 pays du monde ayant le plus haut taux de tuberculose multirésistante, 14 se trouvent dans cette zone.

Dans certains pays, le mauvais usage de médicaments antituberculose de deuxième intention, qui constituent l'ultime ligne de défense contre la maladie, contribue à la multiplication des cas ultrarésistants.

Le problème est encore aggravé par l'augmentation accélérée de la prévalence du virus du sida, notamment en Russie et en Ukraine, car la baisse des défenses immunitaires qu'il provoque favorise l'apparition de la tuberculose. Des études en Lettonie ont notamment montré que 18% des cas de tuberculose pharmacorésistante sont provoqués par la variante ultrarésistante du bacille.

Actuellement, la plus grande part de l'assistance thérapeutique en matière de lutte contre la tuberculose dans la région européenne au sens de l'OMS (Europe orientale, Asie centrale) est assurée par les États-Unis.

La tuberculose tue près de 5.000 personnes chaque jour dans le monde et est la première cause de décès parmi les malades du sida.

Quelles mesures concrètes pourriez-vous prendre pour répondre à cet appel de l'OMS et de la Croix-Rouge?

**02.03 Benoît Drèze** (cdH): Madame la présidente, monsieur le ministre, ma question s'inscrit exactement dans le même contexte que celle de Mme Burgeon.

Ainsi, les inquiétudes de l'OMS et de la Croix-Rouge quant à une extension en Europe d'une épidémie de tuberculose ont d'ailleurs été relayées dans différents articles de presse du mercredi 11 octobre.

Selon ces sources, des souches résistantes aux médicaments antituberculeux se trouvent aux portes de l'Union européenne, sans que l'Europe ne s'en préoccupe de manière prioritaire.

Parmi les 20 pays où l'on trouve le plus de germes multirésistants, 14 se situeraient dans la région européenne.

On sait aussi que les pays européens présentent le plus fort taux de cas de tuberculose résistante, baptisée XDRTB et que, malheureusement, cette maladie a semble-t-il toujours figuré en queue de l'agenda de l'Union européenne.

En Europe, 50 personnes contracteraient la tuberculose toutes les heures et huit d'entre elles en mourraient. Environ 15% de tous les cas européens de tuberculose sont multirésistants.

C'est donc quelque chose de moins anodin que ce que l'on croit. Monsieur le ministre, vos services sont bien évidemment au courant de cette évolution. Partagez-vous les mêmes inquiétudes que l'OMS et la Croix-Rouge? Le cas échéant, quelles mesures comptez-vous prendre pour combattre cette menace?

**02.04** **Minister Rudy Demotte:** Mevrouw de voorzitter, mijnheer Chevalier, mevrouw Burgeon, mijnheer Drèze, ik ben mij inderdaad bewust van het gevaar dat tuberculose vormt voor de volksgezondheid in België, in Europa en in de wereld.

Elk jaar wordt een epidemiologisch rapport opgemaakt en verstuurd. Na de Tweede Wereldoorlog nam de ziekte af onder invloed van verbeterde levensomstandigheden en nieuwe doeltreffende geneesmiddelen. Deze dalende tendens zette zich voort tot einde jaren tachtig. Sinds 1993 dalen de tuberculosecijfers evenwel niet langer. Gelukkig is er ook geen stijging waar te nemen. Het aantal nieuwe tuberculosegevallen in België blijft al 15 jaar stabiel rond 1200 à 1300 gevallen per jaar.

De gegevens voor België inzake het aantal tuberculosegevallen bedragen in absolute cijfers voor 2001 1.321, voor 2002 1.309, voor 2003 1.128, voor 2004 1.226 en voor 2005 1.144.

Le nombre de patients malades difficiles à soigner en raison de l'atteinte par des bacilles multirésistants (MDR) augmente certes lentement depuis 1995. Dans notre pays, la proportion des malades qui sont résistants aux deux principaux antibiotiques de la première ligne a varié de cette manière: en 2001, 1,3%; 2002, 2,6%; 2003, 1,1%; 2004, 1,4%; 2005, 1%.

J'ai pris des mesures pour hâter la mise en place d'un modèle particulier de prestation et de paiement du traitement de la tuberculose. Ce modèle, dénommé BELTA-TBnet, a fait l'objet de l'arrêté royal du 10 mars 2005. Relevons que la prise en charge adéquate de tous les patients atteints de tuberculose est un des moyens les plus sûrs de limiter la contagiosité et, par ce fait, la transmission ultérieure de cette maladie.

Ce modèle particulier accorde une attention spéciale aux groupes à risques qui sont en situation sociale précaire. Non seulement les personnes appartenant à ces groupes encourent un risque plus élevé de contracter une tuberculose mais elles ont aussi un accès moins aisé aux soins de santé.

Het bijzondere model voorziet in de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en in de kosten van de opvang van zich op het Belgisch grondgebied bevindende, niet of ondoeltreffend behandelde, al dan niet multiresistente tuberculosepatiënten.

De doelgroepen van dit bijzonder model dat BELTA-TBnet genoemd worden, zijn, ten eerste, alle tuberculosepatiënten die voor hun ambulante behandeling geen beroep kunnen doen op terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering, inclusief de vrij verzekerden voor grote risico's, zij die niet kunnen genieten van de door het OCMW georganiseerde dringende medische hulpverlening of zij die door geen enkele instantie ten laste worden genomen. Ten tweede, alle tuberculosepatiënten met multiresistente tuberculosekiemen.

Met dit uniek initiatief speelt België een voortrekkersrol in de tuberculosebestrijding. Het project wordt dan ook met veel interesse gevolgd door de andere landen.

Au plan international, il existe déjà un réseau EuroTB, dont 51 pays font partie. Il récolte les données en provenance des pays européens, relativement à la tuberculose et aux formes multirésistantes de cette maladie.

EuroTB publie des rapports périodiques et des tableaux de supervision afin de faciliter un échange efficient des données entre les différents pays. Pour prendre connaissance de ces rapports, il faut se rendre sur le site du réseau EuroTB. Le rapport sur ces cas notifiés s'y trouve aussi.

Er bestaat reeds jaren een werkgroep waarin TB-managers van de verschillende Europese landen samen met leden van de WGO, leden van de IUATLD (Internationale Unie tegen Tuberculose en Longziekten) en leden van de KNCV (Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging ter Bestrijding van Tuberculose) aanbevelingen geven in verband met tuberculose en specifiek over dit probleem.

In het ECDC (European Centre for Disease Control) is België ook vertegenwoordigd. Ik word uitgenodigd om deel te nemen aan het Europees Ministerieel Forum tegen Tuberculose. Dit wordt gehouden in 2007. Het doel van dit forum is het politieke engagement te versterken om de TB-stop-strategie van de WGO in heel de regio te implementeren, de nationale financiering van TB-controle in landen met een hoge incidentie te verhogen, financiële steun aan TB-controle van institutionele en privédonoren te verhogen en om een regionaal TB-actieplan voor de volgende jaren te lanceren en dus de nodige politieke, financiële en technische steun te krijgen.

Tot daar mijn antwoord, ik beschik ook over verschillende grafieken en tabellen en die staan ter beschikking van de commissieleden.

**02.05 Miguel Chevalier** (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u in elk geval voor uw antwoord.

Ondanks een toenemende dreiging in Europa of Oost-Europa slagen wij er in België blijkbaar in om het aantal incidenten per jaar stabiel te houden. Het gaat jaarlijks natuurlijk nog altijd over 1.200 à 1.300 mensen die ziek worden. Ik meen dat wij absoluut niet flexibel mogen zijn op het vlak van de preventie, de sensibilisering en de aanpak van het dossier. Ik wil ervoor pleiten dat men in samenwerking met de regio's zeker op het vlak van sensibilisering en preventie, alsook van sensibilisering voor de behandeling het werk voortzet.

1.200 gevallen is niet veel, maar toch gaat het nog altijd over 1.200 mensen. Een zaak valt mij zeer sterk op: als tbc al eens opduikt in een regio of een dorp, dan haalt dat dagenlang de pagina's van de regionale kranten. Op de duur krijgt men het fenomeen van de schutkring, die dan wordt toegepast op mensen die tbc hebben. Waarschijnlijk is dat ook nuttig. Toch meen ik dat er door de media op een onverantwoorde manier

wordt omgegaan met een dergelijk incident. Ik meen dat wij duidelijk moeten maken dat het ook op een andere manier kan, want het gaat uiteindelijk over mensen die besmet worden. Voor mij is het voldoende dat er duidelijke maatregelen genomen worden. Men moet de zaak niet erger maken dan ze al is.

**02.06 Colette Burgeon (PS):** Monsieur le ministre, même si nous sommes des pionniers en la matière, je crois que nous sommes finalement un pays de référence en raison du travail qui y est réalisé.

Je considère comme énorme le fait que 1.200 personnes environ puissent être atteintes de la maladie et que cette dernière offre une résistance aux médicaments existants.

À mes yeux, il importe de poursuivre la lutte. J'ignore si, un jour, il sera possible d'atteindre le risque zéro. Pour l'instant, il convient de travailler sans relâche pour que les chiffres redescendent tout d'abord sous la barre des 1.000. Si la rumeur se répand, ces personnes sont montrées du doigt et, psychologiquement, cette situation est très difficile à vivre.

**02.07 Benoît Drèze (cdH):** Madame la présidente, je remercie M. le ministre pour sa réponse bien documentée. Je m'associe en tout cas aux propos de mes deux collègues.

La **présidente:** Monsieur le ministre, vous avez cité des chiffres. Ce qui n'est pas dit lors d'une question ne figure pas au rapport de la commission. Aussi me suis-je permise de faire photocopier les documents que vous avez donnés et de les transmettre aux trois personnes qui vous ont interrogé. Si d'autres membres souhaitent disposer de ces chiffres, il suffit de le demander et nous ferons photocopier les tableaux.

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

**03 Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artrose" (nr. 12633)**

**03 Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arthrose" (n° 12633)**

**03.01 Miguel Chevalier (VLD):** Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, artrose – en ook artritis – is een gewrichtsaandoening die vaak wordt gepercipieerd als een ziekte van oude mensen die met een stok de straat moeten oversteken. Het is echter heel duidelijk geworden – dat is een pijnlijke evolutie – dat heel veel mensen, ook jonge volwassenen en zelfs tieners, last krijgen van gewrichtsaandoeningen, van overbelasting van de gewrichten en van knieartrose.

Vaak houdt de aandoening rechtstreeks verband met de uitoefening van bepaalde, belastende beroepsactiviteiten of met het aannemen van een slechte houding. Ik kan mij echter ook inbeelden dat ze te maken heeft met een slecht gebruik van medicijnen of met een slecht voedingspatroon. U weet dat ik ook bezig ben met het dossier over obesitas bij jongeren. Vaak heeft de aandoening ook een rechtstreekse link met zwaarlijvigheid. Jongeren bewegen minder, eten ongezonder en een toename van het lichaamsgewicht veroorzaakt dan ook een overbelasting van de gewrichten.

Ik had graag aan de minister een aantal opmerkingen gemaakt en een aantal vragen gesteld.

Het probleem van de moderne ziekten is dat op een bepaald moment de ziekte anders moet worden opgedeeld, naargelang de categorie mensen die voor de ziekte vatbaar zijn. Ook aan de perceptie zullen wij iets moeten doen.

Heel concreet zou ik toch aan de minister willen vragen wat zijn beleidsmaatregelen zijn in de verschillende takken van het beleid dat hij voert om jongeren beter te informeren en beter te sensibiliseren.

Het gaat echter niet alleen over preventie en sensibilisatie. Het gaat er ook om dat de jongeren en jongvolwassenen op een effectieve manier kunnen worden geholpen om van de ziekte af te geraken of om de ziekte een halt toe te roepen.

De minister is heel goed geplaatst om ter zake een beleid te voeren dat een heel sterke, multidisciplinaire

aanpak vereist, veeleer dan een puur medicinale aanpak.

**03.02** Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Chevalier, ten eerste, artrose of gewrichtsslijtage wordt inderdaad meestal beschouwd als een ouderdomsziekte. In de derde nationale gezondheidsenquête, die in 2004 gepubliceerd werd, wordt aangetoond dat sinds 1997 het percentage van de bevolking dat lijdt aan gewrichtsslijtage, constant blijft op ongeveer 10%. De relatie tussen de prevalentie van artrose en de leeftijd werd eveneens aangetoond. Op jongere leeftijd komt artrose echter ook voor. Dat houdt verband met sportbeoefening, arbeidsfactoren of zwaarlijvigheid.

Ten tweede, het sensibiliseren van jongeren dient dan ook geconcentreerd te worden op die drie domeinen. Het is evident, gezien de bevoegdheidsverdeling in ons land, dat verschillende ministers bevoegd zijn. Wat zwaarlijvigheid betreft, herinner ik aan het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, dat door mijn diensten werd uitgewerkt.

**03.03** **Miguel Chevalier** (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, maar er zijn natuurlijk wel een aantal problemen. De bevoegdheden zijn natuurlijk verdeeld, maar dat neemt niet weg dat men, inzake de gewrichtsslijtage bij jongeren, absoluut erover moet waken dat men de oorzaken van het probleem wegneemt.

U duidde heel terecht het probleem van de zwaarlijvigheid bij jongeren aan, of een extreme belasting van de gewrichten, hetzij door een bepaalde belastende arbeid, hetzij door een overdreven sportbeoefening. Wat onder meer de zwaarlijvigheid betreft, moet u er alles voor doen, desnoods in overleg met de Gewesten, om effectief de oorzaken ervan weg te nemen. Het probleem is namelijk dat slijtage, artrose en artritis geen ziektes zijn waar men zomaar mee leeft. Het zijn ziektes die uiteindelijk leiden tot een bepaalde handicap, waardoor men een aantal functies, hetzij professioneel, hetzij maatschappelijk, hetzij familiaal, niet langer kan vervullen.

Ik vind dus dat u er niet zomaar kunt overheen gaan door te zeggen dat het een zaak is van verschillende bevoegdheden. Wij moeten effectief alle krachten bundelen om de oorzaken weg te nemen, want het leidt uiteindelijk tot een blijvende handicap, waardoor het voor nog meer kosten voor de overheid zorgt dan het initiële probleem zelf.

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

#### **04** Interpellations jointes de

- Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence d'hormones interdites dans les bovins belges" (n° 931)

- Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence d'hormones interdites dans les bovins belges" (n° 966)

#### **04** Samengevoegde interpellaties van

- mevrouw Muriel Gerkens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van verboden hormonen bij Belgische runderen" (nr. 931)

- mevrouw Muriel Gerkens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van verboden hormonen in de Belgische runderen" (nr. 966)

**04.01** **Muriel Gerkens** (ECOLO): Monsieur le ministre, j'avais déjà interrogé à ce sujet les ministres de la Justice et de l'Intérieur. Je vous interpelle à votre tour sur cette présence d'hormones interdites qui a été constatée dans certaines exploitations de bovins en Belgique au mois de septembre.

Depuis 1985, nous avons accompli des progrès remarquables dans la détection de la présence d'hormones, grâce à la collaboration entre la cellule interdépartementale de coordination pour le contrôle de la sécurité alimentaire, qui dépend du ministère de la Justice, la cellule multidisciplinaire "Hormones", sous la responsabilité du ministère de l'Intérieur, et la cellule multidisciplinaire "Lutte contre la fraude et pour la sécurité de la chaîne alimentaire" qui ressortit au ministère de la Santé. Néanmoins, la ministre de la Justice nous a dit que c'est en 2005 que s'est produite une hausse significative du nombre d'exploitations en possession de substances interdites, puisque le total est passé à 87 - alors que, les autres années, il se situait en dessous de la dizaine.

Selon la ministre, c'est parce que les méthodes de détection ainsi que la collaboration entre les partenaires et la détection des réseaux frauduleux en ce domaine sont meilleures. Cependant, d'un autre côté, quand on compare avec les données de l'AFSCA concernant les exploitations qui ont reçu le statut H au motif qu'elles ne respectaient pas la règle et possédaient des substances hormonales interdites, il apparaît que les chiffres diffèrent. En effet, l'AFSCA ne reconnaît pas ce type d'augmentation, bien que les statistiques relèvent une augmentation du poids des carcasses. Ce fait laisse donc présumer une hausse de la présence desdites hormones.

La ministre de la Justice m'a répondu qu'un problème se posait parce que les exploitations auxquelles l'AFSCA a donné le statut H sont allées en recours, et que les acheteurs de substances interdites, donc les exploitants, ont obtenu gain de cause auprès du président siégeant en référé, en raison de l'insuffisance de preuves d'une connaissance préalable des acheteurs concernant la composition prohibée des produits mélangés, mais aussi au regard de la sévérité de la législation actuelle. L'AFSCA a donc décidé de ne plus décerner de statut H tant que tous les dossiers à juger ne l'auront pas été. Ensuite, les dispositions devront être prises. Mais en quel sens: s'agira-t-il d'un assouplissement de la loi, d'une meilleure disposition en vue d'un accord général sur la définition du statut H?

Sur ces différents éléments, j'aurais voulu vous demander votre perception en votre qualité de ministre de la Santé. Des dispositions et des modifications législatives sont-elles envisagées en vue d'améliorer ou modifier la situation? Enfin, quelle est votre évaluation de la coordination entre les différentes structures? Nous trouvons-nous confrontés à une recrudescence d'utilisation des produits hormonaux dans les élevages bovins ou non?

**04.02 Rudy Demotte**, ministre: Madame la présidente, madame la députée, l'augmentation du nombre de cas positifs en 2005 est due à une découverte de deux réseaux importants de trafic d'hormones. Cette découverte a provoqué une forte augmentation de la prise d'échantillons ciblés, depuis les fournisseurs de produits interdits jusqu'à leurs clients, dans toute la chaîne. De nombreux prélèvements se sont encore révélés non conformes et les dispositions légales définissent, dans ce cadre, l'attribution systématique de ce statut H auquel vous avez vous-même fait référence.

Comme vous le savez, les exploitants agricoles ont, pour la plupart, intenté des procédures en référé auprès du tribunal de première instance de Bruxelles. Ils ont eu gain de cause et ont bénéficié d'une suspension du statut H et des conséquences qui y sont liées. Quand on est frappé par le statut H, statut qu'on donne à un troupeau, les têtes de bétail ne peuvent pas être vendues.

Sur base de la position du juge des référés, l'AFSCA a estimé, dans un souci d'équité, que l'octroi de tout statut H serait suspendu jusqu'aux procédures pénales. L'Agence a toutefois fait appel de cette décision qui ne préjuge aucunement de celle qui sera prise sur le fond. Les décisions concernées ne sont pas liées à un vide juridique précis. Certains juges estiment que la réglementation a été édictée à un moment de vives tensions, à savoir le meurtre d'un inspecteur vétérinaire, et que les sanctions sont maintenant excessives; d'autres estiment que les personnes incriminées sont de bonne foi, le produit étant étiqueté et vendu avec facture.

Dans l'état actuel des choses, il est prématuré de prendre des dispositions législatives spécifiques. Il convient plutôt d'attendre les décisions sur le fond. Mais l'AFSCA est, à cet effet, en contact permanent avec le magistrat d'appui chargé du dossier, M. Sabbe. Ce magistrat est également président de la cellule interdépartementale de coordination et de contrôle de la sécurité alimentaire, la CICSA, elle-même chargée de faire toutes les propositions et suggestions en matière de lutte contre les hormones.

Je crois que vous ne douterez pas du fait que ma volonté en cette matière a toujours été une tolérance zéro pour les fraudeurs. Cette politique s'inscrit dans une ligne de conduite qui m'est chère: le maintien et le développement de la santé de tous, en garantissant notamment la qualité de l'alimentation, ce qui est aujourd'hui, me semble-t-il, un débat de société suffisamment important pour être porté avec vigueur.

**04.03 Muriel Gerkens** (ECOLO): Monsieur le ministre, votre réponse rencontre les différentes informations et réactions qui m'ont été rapportées à la suite de cette dénonciation dans le reportage de la RTBF qui avait mis cet événement en évidence.

Je suis rassurée par le fait qu'on ne dise pas qu'il y a un vide juridique qui permettrait d'enlever le statut H aux gens parce que les dispositions ne sont pas assez claires. Je suis effectivement persuadée que la façon

de surveiller s'est nettement améliorée par rapport au passé.

Je reste néanmoins inquiète sur un sujet parallèle: les hormones sont de plus en plus des hormones naturelles. Je ne suis pas spécialisée en la matière mais il est effectivement de plus en plus difficile de détecter un apport extérieur et supplémentaire d'hormones. Ainsi, nous risquons d'avoir des effets consécutifs aux augmentations de ces hormones, sans pour autant disposer de moyens qui vont permettre de les contrôler ou de prendre des mesures.

Ceci dépasse évidemment le cadre de ma question et pose également la question de l'élevage intensif et des hormones. Une hormone naturelle est-elle forcément non nocive, contrairement à une hormone de fabrication purement chimique? Nous serons, selon moi, confrontés à ce type de questionnement très prochainement, si ce n'est déjà le cas.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**05** Question de Mme Muriel Gerken au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'information communiquée aux vétérinaires par l'AFSCA sur l'épidémie de la 'langue bleue'" (n° 12516)

**05** Vraag van mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de informatie die het FAVV aan de veeartsen heeft meegedeeld inzake de blauwtongepidemie" (nr. 12516)

**05.01** Muriel Gerken (ECOLO): Madame la présidente, monsieur le ministre, comme la précédente, il s'agit d'une vieille question que je comptais néanmoins vous poser en la transformant légèrement en raison du temps écoulé.

J'ai eu l'occasion de rencontrer des représentants des vétérinaires et de discuter avec eux de l'épidémie de la langue bleue et, plus généralement, de l'épidémiosurveillance en santé publique vétérinaire. Au vu de ce qui se passe pour la langue bleue, pour plusieurs autres épidémies et notamment les mesures prophylactiques qui s'imposent, les vétérinaires pour le gros bétail, nettement plus rares que ceux qui s'occupent des petits animaux domestiques, ne se sentent pas assez pris en compte.

Dans ma question initiale, je m'étonnais de l'absence de plan d'action et du fait que les vétérinaires ne reçoivent pas d'information sur les procédures. Selon eux, les informations arrivent sur le net et quand ils sont dans les champs auprès des vaches, ils ne sont pas forcément connectés. Ils aimeraient recevoir des informations sur papier. Certains vétérinaires sont chargés du contrôle, en lien avec l'AFSCA, mais d'autres n'ont pas l'obligation de consulter internet en permanence; ces derniers estiment ne pas être suffisamment pris en considération et ne pas recevoir les informations nécessaires pour prendre des mesures adaptées.

Par ailleurs, ils mettent aussi en évidence la difficulté de la rémunération. Ils doivent accomplir des actes de contrôle liés aux exigences de l'Agence mais ils doivent être payés par l'éleveur. Dernièrement, on a pu voir dans un reportage, un vétérinaire expliquer que l'éleveur est censé le payer alors que les résultats de son contrôle peuvent lui porter préjudice. Pour certains, cela pose un problème. Ils se demandent si l'Agence ne devrait pas les rémunérer pour ce genre de test et leur payer les formations leur permettant d'agir à bon escient en la matière.

Pourquoi n'existe-t-il pas un courrier d'information adressé à l'ensemble des vétérinaires et reprenant le plan global d'action en cas d'épidémie inattendue ou d'épidémie émergente? Qu'en est-il de la rémunération des vétérinaires pour les actes délivrés pour la langue bleue ou d'autres maladies? Comment comptez-vous éviter les dangers des conflits d'intérêt et la confusion entre payeurs et contrôlés?

**05.02** Rudy Demotte, ministre: Madame Gerken, l'Union professionnelle vétérinaire (UPV) a reproché aux autorités et notamment à l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA), dans sa lettre ouverte du 26 août 2006, un manque de communication destinée spécifiquement aux vétérinaires au sujet de la fièvre catarrhale ovine. Curieusement la Vlaamse dierenartsenvereniging (VDV), c'est-à-dire son homologue néerlandophone, se disait au même moment satisfaite de l'information fournie, qu'elle estimait suffisamment précise. Pourtant, l'information donnée des deux côtés du pays est exactement la même, tant dans son contenu que dans ses méthodes de diffusion.

Cela étant, pour répondre précisément à vos questions, voici mes réponses.

Premièrement, un scénario de lutte contre la fièvre catarrhale du mouton a été développé par l'AFSCA depuis décembre 2002, se basant sur un arrêté ministériel du 20 novembre 2001 relatif à la lutte et à l'éradication de la fièvre catarrhale du mouton.

Deuxièmement, le jour-même de la découverte du premier cas belge, l'Agence a diffusé des communiqués de presse et mis à jour son site internet en y publiant toutes les informations disponibles. Une lettre, destinée spécifiquement aux vétérinaires, a été envoyée par mail via le canal de l'ARSIA (Association régionale de santé et d'identification animales), en les invitant à la plus grande vigilance et à consulter le site de l'Agence. Depuis, elle s'est efforcée de mettre à disposition de tous les acteurs, et non pas spécifiquement à l'intention des vétérinaires, l'information la plus complète et la plus récente.

De plus, des réunions d'information et de concertation ont été organisées dès le vendredi 18 août, soit le jour de la découverte de foyers aux Pays-Bas. L'Agence a accepté toute demande de participation à des séances d'information organisées par les secteurs. C'est ainsi que la Fédération des marchands de bétail a organisé le 25 août, pour ses membres, une séance d'information au cours de laquelle des représentants de l'AFSCA ont fourni toutes les explications utiles relatives à la langue bleue et aux mesures prises pour la contenir. La profession vétérinaire a également sollicité l'AFSCA. L'Agence a immédiatement accepté de prêter le concours de ses collaborateurs pour les exposés souhaités.

Troisièmement, les vétérinaires sont rémunérés à hauteur de 25 euros par visite, plus 2,5 euros par prise de sang pour les prestations qui sont demandées par l'AFSCA. Ils sont rémunérés par leurs clients lorsqu'ils présentent à la demande de ces derniers.

J'ai à ma disposition un courrier de l'UPV. Il en ressort que, malgré les initiatives de l'Agence, il subsiste encore des problèmes de communication entre l'autorité et le vétérinaire de terrain. J'ai donc chargé à ce sujet un membre de mon cabinet de réactiver le processus de concertation entre le secteur des vétérinaires praticiens et les administrations qui dépendent de mon département, à savoir l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire et le SPF Santé publique.

**05.03 Muriel Gerkens (ECOLO):** Monsieur le ministre, vous en arrivez donc à la conclusion qu'il y a un déficit d'information et de communication. La communication, cela va dans les deux sens: il faut quelqu'un qui donne et quelqu'un qui accepte de recevoir l'information. Il faut aussi voir la manière dont les choses se passent entre les interlocuteurs.

Je pense qu'effectivement, il faut qu'il y ait une prise en compte de cette difficulté d'accès à l'information. Vous dites que la communication passe via le site et les mails; manifestement ces vétérinaires n'ont pas tous intégré –peut-être plus du côté francophone – le fait qu'il fallait vérifier en permanence le courrier qui leur arrive par ce mode de communication.

Ils m'ont également fait savoir que l'on devrait normalement procéder à une évaluation de la mise en place du réseau de vigilance et des méthodes utilisées. De plus, il semble que la commission en charge de cette évaluation ne se soit pas encore réunie. Toujours est-il qu'il existe une réelle volonté de se réunir autour d'une table pour échanger les points de vue sur la situation et voir comment y apporter des améliorations.

Au regard de l'importance de cette problématique qui concerne finalement aussi la santé, il me semble que ce genre de réunion devrait être organisé assez rapidement.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**06 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une enquête sur le prix des médicaments" (n° 12644)**

**06 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een onderzoek naar de prijs van de geneesmiddelen" (nr. 12644)**

**06.01 Colette Burgeon (PS):** Monsieur le ministre, Test-Santé n° 75, la revue santé de Test-Achats, s'est livrée à une comparaison internationale du prix des médicaments dans plusieurs pays européens. Le constat

est peu réjouissant: les médicaments coûtent en Belgique plus cher que dans les autres pays concernés par l'enquête. La différence entre le prix de vente (avant remboursement par l'INAMI) pouvant atteindre 30% en moyenne.

Il en va de même pour les prix ex-usine (sans les marges des grossistes, des pharmaciens et la TVA). Ces prix ex-usine sont beaucoup plus élevés en Belgique que dans la plupart des autres pays européens pour des conditionnements identiques: 25% plus chers qu'en Italie, 20% de plus qu'en Espagne et 11% plus chers qu'en France.

Indépendamment du débat sur le modèle Kiwi ou Kiwi light, Test-Achats plaide pour plus de transparence au niveau des prix ex-usine en les publiant, par exemple, sur un site internet officiel accessible à tous.

Cette enquête étant très controversée, pourriez-vous nous dire, monsieur le ministre:

- si les chiffres avancés sont exacts?
- si la méthodologie de cette enquête vous paraît rigoureuse? Si non, pourquoi?
- si vous comptez accéder à la recommandation de Test-Achats concernant un site internet publiant le niveau des prix ex-usine des médicaments?

**06.02 Rudy Demotte**, ministre: Madame Burgeon, non, les chiffres avancés ne sont pas exacts et c'est dû en partie à une méthode incorrecte: l'analyse du prix se base sur des conditionnements présents dans la plupart des pays. Cela semble une bonne base de comparaison mais, en réalité, cela ne reflète absolument pas le prix payé effectivement par le patient. En effet, on compare de petits conditionnements, en général de 28 unités, alors qu'une des particularités de la Belgique est la consommation en grands modèles de 56 ou de 84 unités et que ceux-ci sont forcément 20% moins chers. Si je prends l'exemple du Lipitor, le conditionnement de 28 unités est à 1,24 euro par jour, comme indiqué dans l'étude, mais celui de 84 unités qui représente 99,5% des doses vendues est à 0,92 euro, pratiquement le plus bas.

Outre les problèmes méthodologiques, l'étude semble comporter des erreurs dont je ne connais pas l'origine. Pour le Plavix par exemple, je constate que le seul conditionnement disponible coûte 1,89 euro par jour, à nouveau pratiquement le plus bas, mais que le prix utilisé dans l'enquête est de 2,01 euros. Quant à la recommandation de rendre accessibles au public les données internationales sur les prix ex-usine, vu la difficulté technique d'interprétation de données internationales, je ne peux que recommander la plus grande prudence.

**06.03 Colette Burgeon** (PS): Je vous remercie pour cette réponse mais il se dit et on constate que certaines personnes passent parfois la frontière pour aller chercher des médicaments parce qu'ils sont moins chers. Je ne veux pas dire que cela soit général mais cela existe. Puisque nous sommes en Europe, on devrait pouvoir faire en sorte que les prix soient identiques. Ce serait plus facile pour les personnes qui ont besoin de ces médicaments.

**06.04 Rudy Demotte**, ministre: C'est le même débat que précédemment sur l'absence d'Europe en matière de santé.

**06.05 Colette Burgeon** (PS): Tout à fait. Je vous remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**07 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les messages sanitaires" (n° 12646)**

**07 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsboodschappen" (nr. 12646)**

**07.01 Colette Burgeon** (PS): Monsieur le ministre, à partir du 1<sup>er</sup> février 2007 en France, il devrait y avoir un message sanitaire de prévention sur toutes les publicités pour les biscuits, les confiseries, les céréales enrichies, les plats cuisinés, les boissons sucrées, etc. C'est une des principales mesures de lutte contre l'obésité annoncée, début septembre, par le ministre français de la Santé à l'occasion de la présentation du nouveau Programme national Nutrition Santé.

À cette date, toutes les publicités pour des boissons sucrées ou des produits alimentaires manufacturés contenant des ajouts de matières grasses, de sucre ou de sel devront obligatoirement comporter l'une des recommandations suivantes: "Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas" ou "Pour votre santé, pratiquez une activité physique régulière".

Les messages sanitaires devront être "présentés de manière aisément lisible ou audible, respectueuse de leur vocation de santé publique et clairement distinguable du message publicitaire", précise le décret. Ainsi, à la télévision ou au cinéma, le message défilera sur un bandeau occupant "au moins 7% de l'espace publicitaire" ou sera présent à l'écran "immédiatement" après la publicité. Les écrans publicitaires diffusés lors des programmes pour les enfants ou insérés dans la presse jeunesse pourront "utiliser le tutoiement" et remplacer l'accroche "pour votre santé" par "pour bien grandir". Quant aux publicités pour des aliments destinés aux moins de 3 ans, elles pourront comporter d'autres messages tels que "Le lait maternel est le meilleur lait pour votre bébé", "En plus du lait, l'eau est la seule boisson indispensable" ou encore "Apprenez à votre enfant à ne pas grignoter entre les repas".

De telles mesures vous semblent-elles souhaitables et envisageables chez nous? Si non, pourquoi?

**07.02 Rudy Demotte**, ministre: Madame la présidente, madame la députée, je connais bien les mesures nouvelles qui ont été présentées par mon collègue en charge de la Santé en France. Celles-ci s'inscrivent dans la nouvelle campagne de communication du Programme national Nutrition Santé de ce pays.

Comme vous le savez, le plan national de nutrition belge se découpe en différents axes. L'un d'entre eux concerne l'information et la communication. Dans ce contexte, une des actions concrètes prévues est de lancer une campagne annuelle dans les médias consacrée à la promotion d'aliments sains et d'habitudes alimentaires saines. Le prochain thème de la campagne sera décidé en synergie avec le Comité d'experts directeur du PNNS (Plan national Nutrition Santé).

Il est également à signaler que la recherche de collaboration avec les différents secteurs en vue de réaliser des actions de communication autour des thèmes et objectifs du PNNS fait également partie des actions concrètes à entreprendre.

Par ailleurs, le troisième axe, qui est relatif à l'engagement du secteur privé, contient également une série d'actions visant à mieux informer le consommateur. Ceci concerne non seulement la question de l'étiquetage mais également celle des réclames et autres publicités. Ces questions font l'objet de débats et de discussions au sein des différents groupes de travail et du Comité d'experts directeur.

**07.03 Colette Burgeon (PS)**: Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je trouve que l'idée était positive. Peut-être les experts pourraient-ils s'en inspirer? Elle est analogue aux obligations d'étiquetage sur les paquets de cigarettes (nuit à votre santé) mais viserait le problème de l'obésité.

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

**08 Question de M. Benoît Drèze au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation des coûts des soins de santé à charge du patient" (n° 12657)**

**08 Vraag van de heer Benoît Drèze aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijgende kosten voor gezondheidszorg die door de patiënten moeten worden betaald" (nr. 12657)**

**08.01 Benoît Drèze (cdH)**: Madame la présidente, monsieur le ministre, le Comité de l'Assurance de l'INAMI a voté, au mois d'octobre, le budget 2007 des soins de santé. Ce budget serait estimé à 19,61 milliards d'euros et afficherait un solde positif de 293 millions d'euros.

Ces perspectives encourageantes font suite à la réalisation non moins encourageante de l'équilibre budgétaire pour l'année 2006.

Paradoxalement, ces résultats et perspectives sont contrebalancés par la constatation que les coûts des soins de santé continuent à peser lourdement sur le budget des ménages. Ainsi, le 4 octobre dernier, Belga

relayait des articles, parus dans la presse flamande, évoquant une étude des mutualités chrétiennes suivant laquelle les dépenses en soins de santé des familles en Belgique auraient augmenté de 66% en huit ans, soit deux fois plus vite que leur propre budget. La maîtrise des dépenses de l'État dans les soins de santé afin de parvenir à un équilibre aurait ainsi comme corollaire une augmentation des coûts à charge du patient.

Cette étude des mutualités chrétiennes confirme cette évolution en concluant, après une comparaison au niveau des pays de l'OCDE, je cite l'étude: "peu de pays ont des dépenses privées égales ou supérieures aux nôtres". Il s'agit de l'étude relative à l'évolution des dépenses de soins de santé en Belgique de septembre 2006.

Notre conviction est que l'équilibre budgétaire est une condition sine qua non de l'avenir de notre système de soins de santé, mais que la limitation des dépenses visant à parvenir à cet équilibre ne doit pas entraîner une augmentation corrélative des coûts à charge du patient.

Monsieur le ministre, j'ai deux types de questions.

- Partagez-vous les constatations que je viens d'évoquer et selon lesquelles les coûts des soins de santé pèsent de plus en plus lourdement sur le budget des ménages?
- Dans le cadre de l'élaboration du budget 2007 des soins de santé, quels moyens pourraient être spécialement affectés à un meilleur remboursement des coûts à charge du patient? Parmi ces moyens, pouvez-vous faire la distinction entre ceux affectés à des groupes de patients ciblés et ceux affectés à un remboursement généralisé?

**08.02 Rudy Demotte**, ministre: Madame la présidente, monsieur Drèze, je partage bien évidemment votre souci que la maîtrise des dépenses ne se fasse pas au détriment des coûts à charge du patient.

Il serait par ailleurs parfaitement incorrect de laisser croire, comme le font certaines compagnies d'assurance qui misent sur l'insécurité, que la meilleure maîtrise des dépenses en 2005 et 2006 s'est faite au détriment des patients. Les moyens investis dans l'assurance obligatoire n'ont jamais été aussi importants. De nombreuses mesures ont été prises pour améliorer l'efficacité de la protection de la population contre les coûts en soins de santé, y compris dans le cadre des hospitalisations.

Lors de la confection du budget 2007, le gouvernement y a été encore plus attentif que précédemment. Je voudrais donc évoquer l'entrée en vigueur prochaine d'un certain nombre de mesures, à savoir:

- l'octroi de l'intervention majorée dans les coûts de soins de santé de tous les ménages confrontés à une situation économique particulièrement précaire, indépendamment de la possibilité de faire valoir ou non une qualité d'allocataire social: c'est ce que l'on appelle le statut OMNIO, qui devrait pouvoir entrer en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2007 et pour lequel le gouvernement a réservé un budget maximum de 50 millions d'euros;
- des mesures spécifiques de protection des malades chroniques par l'introduction, moyennant une attestation de leur médecin traitant et l'accord du médecin-conseil, d'un remboursement partiel d'antidouleurs, normalement non remboursables pour les personnes atteintes de maladies générant des douleurs chroniques, et prise en compte des tickets modérateurs dans le compteur MAF de ces patients;
- une prise en charge beaucoup plus importante des coûts en soins infirmiers des personnes atteintes d'affections bulleuses de la peau (épidermolyse bulleuse et formes sévères d'ichtyose), maladies par lesquelles les personnes qui en sont atteintes perdent des lambeaux de peau, maladies extrêmement délicates à traiter;
- l'augmentation de l'indemnité des frais de déplacement des patients cancéreux en traitement et l'introduction d'une indemnisation des frais de déplacement des parents d'enfants cancéreux hospitalisés;
- la prise en compte dans les compteurs MAF des tickets modérateurs relatifs aux pansements actifs, lesquels vont tout prochainement faire l'objet d'un remboursement forfaitaire sous conditions;
- le soutien financier aux patients atteints de la maladie de Sjögren, une affection inflammatoire chronique touchant principalement les glandes salivaires et buccales ainsi que les yeux (ce sont les personnes qui ont les yeux secs et qui doivent instiller des gouttes); on estime que 1.500 à 2.000 personnes sont confrontées à

des dépenses non couvertes par l'assurance obligatoire;

- diverses mesures de revalorisation des forfaits en matière de nutrition médicale (alimentation entérale et parentérale).

Un budget de 5 millions d'euros est réservé pour concrétiser, dans le courant de l'année 2007, des propositions formulées par le Comité consultatif en matière de dispensation des soins pour des maladies chroniques. Au total, près de 30 millions sont consacrés, à ma demande, à une meilleure couverture des malades chroniques en 2007.

À côté de ces mesures, le gouvernement entend encore continuer à s'attaquer à la problématique des suppléments d'honoraires, qui expliquent une large partie de l'évolution des coûts à charge des patients. Ainsi, quelque 10,5 millions d'euros en moyens supplémentaires de trésorerie et 7,9 millions dans le budget de l'INAMI seront consacrés à une anticipation du versement de deux tiers de la troisième tranche de refinancement des hôpitaux en faveur de ceux qui ne réclament pas de supplément d'honoraires en chambre double et en chambre commune.

Un autre facteur à l'origine des coûts restant à charge des patients sera pris en compte; il s'agit des implants. Conformément à la demande du comité d'assurance, quelque 45,5 millions d'euros seront consacrés en 2007 à de nouvelles initiatives dans le secteur des implants.

À toutes ces mesures s'ajoutent des mesures dans le domaine des honoraires médicaux, du vieillissement de la population (l'augmentation du nombre de lits en gériatrie, la réduction du ticket modérateur sur des forfaits B et C, la suppression des tickets modérateurs en soins palliatifs, la promotion des programmes de soins gériatriques, etc.), de la santé mentale, de la kinésithérapie, des médicaments, des soins dentaires et des soins par des opticiens, la liste étant ainsi incomplète.

Vous conviendrez avec moi, monsieur Drèze, que le gouvernement n'est en rien entré dans une optique de récupération des moyens budgétaires dégagés mais bien dans celle d'une utilisation optimale de ces moyens en faveur des patients et, singulièrement, en faveur des plus fragiles d'entre eux.

**08.03 Benoît Drèze** (cdH): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse très documentée sur la partie de ma question qui concernait les groupes de patients ciblés. La question reste cependant entière pour une diminution générale des coûts à charge des patients, en particulier dans le milieu hospitalier.

**08.04 Rudy Demotte**, ministre: La couverture est très vaste.

**08.05 Benoît Drèze** (cdH): Mais pour tous les autres qui sont en majorité?

**08.06 Rudy Demotte**, ministre: Il existait, dans les pays de l'Est, un système dans lequel on ne payait absolument rien. Mais il n'a pas tenu le coup!

**08.07 Benoît Drèze** (cdH): La réponse est un peu courte.

**08.08 Rudy Demotte**, ministre: La question l'est tout autant mais elle est complexe! On ne peut attendre d'un budget qu'il résolve, quelle que fût la volonté du ministre, tous les problèmes.

Cependant, reconnaissons qu'il y a l'équilibre budgétaire et que de nouvelles mesures sont prises en direction de nombreux patients.

J'ai parlé d'OMNIO et aussi des décisions relatives aux suppléments d'honoraires. Mais vous ne presserez pas davantage un caillou, monsieur Drèze.

**08.09 Benoît Drèze** (cdH): Je suis d'accord avec vous. Toutefois, globalement, les chiffres sont là. D'ailleurs, vous ne les contestez pas. Nous y reviendrons plus en détail dans le cadre de votre note de politique générale et de la discussion budgétaire 2007 dans les prochaines semaines. C'est quand même un élément clef récurrent.

Je vous remercie.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**09** **Samengevoegde vragen van**

- de heer Jef Van den Bergh aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookbeleid in jeugdhuizen en fuifzalen" (nr. 12707)

- de heer Georges Lenssen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookverbod" (nr. 12975)

**09** **Questions jointes de**

- M. Jef Van den Bergh au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique relative au tabagisme dans les maisons de jeunes et les salles de fêtes" (n° 12707)

- M. Georges Lenssen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de fumer" (n° 12975)

La **présidente**: Mme Jiroflée a transformé sa question n° 12719, qui était jointe, en question écrite.

**09.01** **Jef Van den Bergh** (CD&V): Mijnheer de minister, ik heb u al drie keer ondervraagd over dit onderwerp. Helaas moet ik er een vierde keer op terugkomen. U hebt telkens een erg duidelijk antwoord gegeven, zij het negatief, maar het was ten minste duidelijk, maar die duidelijkheid werd telkens onderuitgehaald nadien door verklaringen allerhande, onder andere in de media.

Tijdens mijn vorige vragen heb ik u minstens tweemaal expliciet gevraagd of een permanente vergunning voor het schenken van sterkedrank een "oplossing" zou vormen voor jeugdhuizen die om verschillende redenen geen volledig rookvrij beleid wensen. Tweemaal hebt u uitdrukkelijk gesteld: neen, want jeugdhuizen hebben niet als belangrijkste taak een inrichting te zijn waar de belangrijkste en permanente activiteit eruit bestaat dranken, waaronder dranken met ethylalcohol, aan te bieden voor consumptie ter plaatse. U verwees daarmee naar de definitie die ook in het koninklijk besluit staat.

Ik was dan ook erg verrast dat u aan de Vlaamse Federatie van Jeugdhuizen hebt laten weten, na overleg via e-mail, meen ik, en nadien via een debat in De Zevende Dag, dat u het roken in bepaalde jeugdhuizen toch zou kunnen toestaan, op voorwaarde dat zij gelijkgesteld kunnen worden met een permanente drankgelegenheid, of met andere woorden, op voorwaarde dat zij beschikken over een permanente vergunning van dranken met ethylalcohol, of zeg maar: een sterkedrankvergunning.

Dat is toch werkelijk al te gek. Op die manier zet u immers de jeugdhuizen aan – jeugdhuizen die steeds aandacht hebben gehad voor hun preventieve taak inzake alcoholmisbruik – sterkedrank te verkopen. Immers, als zij die vergunning aanvragen zullen zij ook sterkedrank verkopen, lijkt mij. Zo niet moeten zij dat formulier aanvragen, maar niet met het doel waarvoor het dient, namelijk de verkoop van sterkedrank, maar om het rookverbod te kunnen omzeilen. Ik neem aan dat staatssecretaris Van Quickenborne aan het slapen was, toen u dat hebt beslist.

Ten gronde, ik wil hier geen pleidooi houden tegen het rookverbod. Integendeel, ik heb een zeker respect voor uw strijd en voor uw bekommernis voor de gezondheid van de jeugd. De meeste jeugdhuizen, ook de Vlaamse koepelvereniging VFJ, kunnen leven met een absoluut rookverbod, maar dan wel een absoluut rookverbod voor iedereen en op alle plaatsen op dezelfde en duidelijke manier. Zo niet creëert u – en dit doet u nu eigenlijk – een verschuiving van een jong uitgaanspubliek van het alternatieve jeugdwerkcircuit naar het commerciële circuit van cafés en discotheken.

In antwoord op een van mijn vroegere vragen verklaarde u – ik citeer –: "De regering wil er immers op toezien dat de leefbaarheid van die economisch kwetsbare sector, in casu de horecasector, niet in het gedrang wordt gebracht."

Blijkbaar is het voor de regering geen zorg dat de leefbaarheid van een kwetsbare, sociaalculturele sector in het gedrang wordt gebracht ten gunste van de machtigste lobbygroep door momenteel met twee maten en gewichten te werken. De huidige wettekst lijkt niet gemaakt met het oog op een toekomstig, algemeen rookverbod maar net ter vrijwaring van een rookverbod in de horeca. Het alternatieve circuit voor de commerciële horeca lijkt daarvan het slachtoffer te zullen worden.

Mijnheer de minister, daarom kreeg ik graag nogmaals een antwoord op de volgende vragen.

Ten eerste, hebt u in uw hoedanigheid van minister bij het opstellen van de wettekst en van de koninklijke besluiten met de vertegenwoordigers van de jeugdsector overleg gepleegd? Indien niet, waarom hebt u dat dan niet gedaan? U hebt immers duidelijk wel overleg met de horecasector gepleegd. U had dat net zo goed met de jeugdsector kunnen doen, die vroeger in de bedoelde materie altijd werd gelijkgesteld.

Ten derde, wat is de achterliggende redenering die u ertoe bracht om al dan niet van het rookverbod vrijgesteld te zijn, te linken aan de verkoop van sterke dranken?

Tot slot, blijft u de niet-commerciële uitgaansgelegenheden discrimineren ten opzichte van de commerciële cafés en discotheken?

**09.02** **Georges Lenssen** (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het betreft hier ook het koninklijk besluit van 6 juli 2006, waarin het roken op openbare plaatsen wordt verboden.

Er werd een uitzondering gemaakt voor drankgelegenheden, die dan wel aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen. Bijvoorbeeld, een uitzondering wordt gemaakt indien de uitbater op een of andere manier bevestigt of via een attest kan aantonen dat het aandeel van zijn aankopen van producten bestemd voor het maken en verkopen van maaltijden, niet een derde van de totale aankoop van dranken en voedingsmiddelen overschrijdt. Ook wordt een uitzondering gemaakt, indien het aandeel van de maaltijden niet een derde van de totale verkoop van voedingsmiddelen overschrijdt.

In voornoemde situaties is het toegelaten om een zone voor rokers af te bakenen. In de andere situaties is de uitbater verplicht om een aparte zone af te bakenen.

De uitzondering wordt uiteraard ook toegestaan in drankgelegenheden waar enkel lichte maaltijden worden opgediend.

Wanneer de afgebakende rookzone wordt opgesteld, moet zij kleiner zijn dan de helft van de oppervlakte, behalve wanneer het gaat over horeca-inrichtingen die kleiner dan 50 m<sup>2</sup> zijn. Er moet duidelijk in een ventilatiesysteem worden voorzien. Doch, indien de horeca-inrichting niet aan genoemde voorwaarden kan voldoen, is men verplicht om in een aparte rookkamer te voorzien.

Het koninklijk besluit omschrijft duidelijk de regels die in de horeca moeten worden toegepast. Er kunnen zich echter wel problemen voordoen voor horecazaken die niet aan de een derderegels voldoen, maar die toch op bepaalde tijdstippen en dagen geen maaltijden meer verkopen en dus enkel en alleen nog een drankgelegenheden zijn. Bijvoorbeeld, in een bepaalde horecazaak kan de klant aan het begin van de avond een maaltijd gebruiken. Vanaf een bepaald uur – ik ken zo een café in Sint-Truiden –, bijvoorbeeld van donderdagavond tot zondagavond vanaf 23 uur, wordt er geen eten meer geserveerd. De zaak is dan enkel een drankgelegenheden. Voor bedoelde horecazaken, die meer dan een derde van hun omzet uit voedingswaren en maaltijden halen, is er bij mijn weten geen regeling in de wet opgenomen.

Daarom zou ik dus graag de volgende vragen willen stellen.

Is er een mogelijkheid dat in horeca-inrichtingen die op bepaalde tijdstippen geen eten serveren doch waarvan het aandeel van de voedingsmiddelen meer dan een derde is, het roken toch wordt toegestaan op de tijdstippen dat alleen maar drank wordt geschonken?

Kan er voor die horeca-inrichtingen geen specifieke regeling worden opgesteld?

Werd bij het opstellen van het KB ook rekening gehouden met de gevolgen die het strikt toepassen van dit besluit zouden kunnen hebben op de omzet en de tewerkstelling van zaken die enkel op bepaalde tijdstippen eten serveren? Op momenten dat er geen eten wordt geserveerd, menen zij immers, dat zij een concurrentienadeel hebben tegenover die drankgelegenheden waar alleen maar drank verkocht wordt, terwijl zij eigenlijk ook vanaf een bepaald ogenblik alleen maar drankgelegenheden zijn.

**09.03** Minister **Rudy Demotte**: De nieuwe regelgeving omtrent tabaksgebruik op openbare plaatsen voorziet in een rookverbod in alle gesloten plaatsen die voor het publiek toegankelijk zijn, in tegenstelling tot plaatsen

die tot de familiesfeer behoren.

De enige ruimten waarin nog mag gerookt worden zijn, ten eerste, de zogenaamde rookkamers toegelaten in horecazaken, en, ten tweede, de rookzones toegelaten in drankgelegenheden, dus de cafés, op voorwaarde dat deze niet in een voor het publiek toegankelijke plaats gelegen zijn. Deze drankgelegenheden moeten bovendien beantwoorden aan de voorwaarden van een derde van het aankoopvolume aan voeding of het zich beperken tot snacks.

De afwijking die voor sommige horecazaken wordt toegelaten, is het resultaat van overleg met de sector. Bij het aannemen van het federaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik heeft de Ministerraad immers besloten dat er overleg moest gebeuren met de horecasector.

In het kader van de bescherming van de niet-rokers kwam het erop neer rekening te houden met de economische en sociale context van cafés, anders gezegd handelszaken die leven van de verkoop van dranken aan een klantenkring. Het gaat om een kwetsbare sector die er in dit stadium niet kan worden toe gebracht om een totaal rookverbod te aanvaarden.

Het voornaamste criterium om als café te worden beschouwd en om dus te worden toegelaten om een rookzone in te richten, is de verkoop van dranken, ook van sterkedrank, zonder dat daarbij een bereide maaltijd hoeft te worden geconsumeerd. Mijnheer Van den Bergh, dat was voor mijzelf en voor de horecafederaties een afdoend criterium om een café van een restaurant te onderscheiden. Het gaat hier om een structurele definitie, die in geen geval mag worden geïnterpreteerd als een verplichting voor de klant om alcohol te drinken om een sigaretje te mogen roken.

Jeugthuizen zijn geen horeca-instellingen volgens mijn begrip van dat woord. Het zijn plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek en waar bijgevolg een totaal rookverbod geldt. Dat geldt reeds sinds 1990 voor alle openbare plaatsen die jongeren van schoolgaande leeftijd ontvangen. Die stelling werd begrepen en aanvaard door de Vlaamse Federatie van Jeugthuizen tijdens een ontmoeting die vorige week plaatsvond.

Het welzijn en de gezondheid van 70 procent niet-rokers mogen niet genegeerd worden. De restricties hebben in de eerste plaats tot doel de gezondheid van niet-rokers te beschermen. Laten geloven dat het enige criterium dat jongeren in jeugthuizen houdt, het tabaksgebruik is, zou weinig waarde hechten aan de omkadering en de educatieve functie van jeugthuizen, wat u niet doet. Ik hoop en ik weet dat jeugthuizen onze jongeren meer te bieden hebben dan lokalen om te roken. Bovendien ben ik ervan overtuigd dat jongeren in staat zijn zich aan te passen aan de nieuwe regels inzake tabaksgebruik.

Op vraag van de Vlaamse Federatie van Jeugthuizen werd een budget van 50.000 euro vrijgemaakt in het kader van het Tabaksfonds 2006 om de communicatie aan de sector en de toepassing van de nieuwe maatregelen in elk jeugdhuis te vergemakkelijken.

Het afwijkende regime voor drankgelegenheden, dat - ik herhaal het - het resultaat is van nauw overleg met de drie horecafederaties, is van toepassing op de horecazaak in zijn geheel en op de commerciële activiteit in haar geheel, ongeacht de geldende uurregeling. Er is dus niet in een specifieke reglementering voorzien voor restaurants die vanaf een bepaald uur uitsluitend drank serveren. Een dergelijke bepaling zou heel het principe van het koninklijk besluit van 31 december 2005 ter discussie stellen en is a priori erg moeilijk controleerbaar.

Wat de cafetaria's in ziekenhuizen betreft – hoewel u daarover geen vraag hebt gesteld, maar wel mevrouw Jiroflée, geef ik hiermee algemene inlichtingen voor de commissieleden – bestaan er veel denkbeeldige situaties. Net zoals elk ander horecalokaal dat in een rookruimte wil voorzien, moeten ziekenhuiscafetaria's aan de definitie van drankgelegenheid beantwoorden: én een afgesloten ruimte zijn én de limiet respecteren van een derde van het aankoopcijfer voor voeding of zich beperken tot kleine snacks.

**09.04 Jef Van den Bergh (CD&V):** Mijnheer de minister, dank u voor het antwoord. De wetteksten en de vorige antwoorden zijn genoegzaam bekend. U heeft alles grondig herhaald.

Het doet mij plezier dat er vorige week nog overleg is geweest met de Federatie van Jeugthuizen. Ik blijf wel met het wrange gevoel zitten dat er sowieso een verschuiving zal komen vanuit jeugdwerkinitiatieven naar meer commerciële uitgaansgelegenheden. U hebt gelijk dat een jeugdhuis veel meer is dan een

drankgelegenheid. Het aanbod is veel ruimer, maar dikwijls is net de drankgelegenheid binnen het jeugdhuis de eerste stap voor veel jongeren om een jeugdhuis binnen te komen en kennis te maken met het aanbod ervan. Daarom blijf ik betreuren dat dat onderscheid wordt gemaakt en dat een definitie voor uitzonderingen is afgesproken met de horecasector, terwijl een andere sector daar absoluut niet bij werd betrokken.

Ik vind dat nog steeds onaanvaardbaar en zelfs wraakroepend.

U verwijst nogmaals naar de regeling van 1990 betreffende jongeren die nog een schoolplichtige leeftijd hebben. Die zou dan evengoed gelden voor cafés, waar ook jongeren vanaf 16 jaar binnenkomen, sinds 1990. Die regeling is voor de jeugdhuissector altijd op dezelfde manier toegepast als voor horecazaken. Het is betreurenswaardig dat de manier van werken die voor dat KB gold, nu niet meer toegepast zal worden.

**09.05** **Georges Lenssen** (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, maar er kunnen wel repercussies zijn op de omzet en de werkgelegenheid in bepaalde horecazaken die in het begin van de avond als een restaurant werken, maar vanaf een bepaald uur als een drankinrichting. Als daarvoor zware investeringen gebeurd zijn, dan zou dat wel eens de rentabiliteit van zo'n zaak in het gedrang kunnen brengen.

Ik meen dat het goed zou zijn om na te gaan of er geen uitzonderingsmaatregelen genomen kunnen worden voor zaken die specifiek op die manier werken.

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

*La réunion publique de commission est levée à 17.59 heures.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.59 uur.*