

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

MERCREDI 17 OCTOBRE 2012

WOENSDAG 17 OKTOBER 2012

Matin

Voormiddag

La séance est ouverte à 10.16 heures et présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.  
De vergadering wordt geopend om 10.16 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

**01** Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'emploi des langues entre institutions hospitalières à Bruxelles" (n° 12796)

**01** Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van de talen in de betrekkingen tussen ziekenhuizen te Brussel" (nr. 12796)

**01.01** Damien Thiéry (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais éviter de relancer la problématique communautaire, mais j'ai reçu plusieurs appels de médecins généralistes francophones dont les patients vont consulter régulièrement des spécialistes à l'AZ VUB; ces patients habitent dans le nord de Bruxelles et il est donc plus facile pour eux de se rendre dans cet hôpital. Ils me rapportent qu'a généralement lieu une conversation en français avec le médecin – ce qui est dans l'intérêt du patient – mais que les protocoles sont rédigés en néerlandais.

Une demande émane donc, de la part des médecins francophones, pour obtenir, lorsqu'ils envoient un patient chez un spécialiste à l'AZ VUB, une équivalence en français du protocole, afin que leurs patients soient au fait et reçoivent toute l'information nécessaire. Je rappelle que les hôpitaux francophones exercent cette réciprocité quand il s'agit de patients néerlandophones. Ici, nous n'y sommes malheureusement pas encore.

Je sais que lorsque l'on parle de l'emploi des langues en milieu hospitalier, l'AZ VUB, Erasme ULB et les Cliniques universitaires Saint-Luc ne sont pas tenus à cette réciprocité au niveau linguistique. Il est logique que chaque clinique universitaire fasse usage de sa langue dans ses rapports avec la patientèle ainsi qu'avec ses confrères d'universités relevant d'un autre régime linguistique. En dépit du fait que les lois linguistiques paraissent claires à cet égard, il semble y avoir ici une sorte de paradoxe.

Madame la ministre, comptez-vous soumettre une demande d'avis auprès de la Commission permanente de contrôle linguistique (CPCL), conformément à la législation en vigueur, à savoir l'article 61 § 2 des lois sur l'emploi des langues en matière administrative, afin de connaître les modalités d'utilisation des langues entre médecins relevant chacun d'un régime linguistique et entre cliniques universitaires?

**01.02** Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Thiéry, je confirme votre analyse. Je veux bien réfléchir à la situation, mais la saisine de la CPCL, sur la base de l'article 61 § 2 des lois sur l'emploi des langues, n'est pas la méthode la plus judicieuse, me semble-t-il.

Votre question porte sur les relations entre médecins et non entre ceux-ci et leurs patients. La Commission est uniquement compétente pour ce deuxième cas. C'est pourquoi sa saisine ne me paraît pas pertinente. C'est, en tout cas, l'avis de nos juristes.

**01.03 Damien Thiéry** (FDF): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Avant que je ne vous pose la question, l'Ordre des médecins a été consulté et s'est estimé incompétent en ce domaine. J'ai entendu que vous étiez en train de réfléchir à ce problème avec vos juristes. De notre côté, nous allons aussi nous y atteler. Néanmoins, il faudrait trouver une solution ou, du moins, avoir une vision claire de ce problème qui est manifestement assez fréquent.

Je vous rappelle que la réciprocité existe du côté francophone. Autrement dit, quand un patient néerlandophone se rend dans une clinique francophone, il a droit à cette analyse bilingue ou, en tout cas, en néerlandais. Il serait logique que ce droit soit réciproque. Nous reviendrons donc sur ce problème.

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

**02 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'accréditation des médecins à Singapour" (n° 12797)**

**02 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het accrediteren van geneesheren te Singapore" (nr. 12797)**

**02.01 Damien Thiéry** (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, ma question est relativement brève. Par l'intermédiaire d'un médecin actuellement à Singapour, il m'est revenu que seuls les médecins issus de la KUL peuvent être accrédités et être acceptés comme médecins résidents à Singapour. Cela me surprend un peu car la KUL a comme équivalence l'UCL. Il n'y a dès lors pas de raison que les médecins de l'UCL ne puissent pas bénéficier également de cette accréditation.

Madame la ministre, êtes-vous au courant de ce qui se passe là-bas? Quelles mesures concrètes sont-elles envisageables pour rectifier le tir pour les médecins francophones?

**02.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, monsieur Thiéry, effectivement, un médecin étranger doit, pour travailler à Singapour, être accrédité par les autorités singapouriennes. Il n'y a pas d'interdiction d'exercice pour les médecins qui n'ont pas un diplôme repris au Medical Register, le registre des universités de médecine reconnues par Singapour, mais bien une étape supplémentaire.

Il existe en réalité plusieurs types d'accréditations pour travailler à Singapour. L'accréditation temporaire autorise à exercer pour une courte période auprès d'un établissement public et est renouvelable. L'accréditation conditionnelle permet à un médecin étranger de travailler sous la supervision d'un médecin enregistré à Singapour. C'est cette accréditation qui donne accès à une accréditation définitive. Pour avoir directement une accréditation conditionnelle, sans passer par l'accréditation temporaire, il faut être issu d'une université de médecine qui figure dans ce registre médical de Singapour ou être titulaire de qualifications reconnues par le Conseil des spécialistes.

Après six mois d'accréditation conditionnelle, le médecin peut demander une accréditation définitive. L'accréditation définitive autorise, elle, les médecins à pratiquer à leur compte. Comme je viens de le dire, le médecin étranger doit notamment avoir exercé au moins six mois à Singapour sous une accréditation conditionnelle.

Les médecins issus des universités qui figurent dans ce fameux registre médical peuvent directement travailler dans une accréditation conditionnelle. Les médecins qui ne sont pas titulaires d'un diplôme délivré par l'une de ces universités doivent, eux, commencer par s'enregistrer dans une accréditation temporaire. Il n'y a donc pas d'interdiction d'exercice mais il y a une étape supplémentaire.

Après vérification, il apparaît effectivement que, pour ce qui concerne la Belgique, seule la KUL est reprise au registre médical. D'après les informations dont je dispose, il semble que les démarches pour être repris dans ce registre doivent être entreprises par les universités intéressées elles-mêmes. Je relaierai et appuierai évidemment toute demande en ce sens d'une université belge auprès des autorités compétentes de Singapour.

**02.03 Damien Thiéry** (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre

réponse claire. Nous n'avions pas été aussi loin dans le détail de cette procédure.

Toujours est-il qu'il y aura lieu de faire les demandes nécessaires auprès des universités francophones.

Cela dit, on sait que l'UCL et la KUL sont en contact permanent mais je regrette cependant que, lorsqu'il est question de l'intérêt de l'une ou l'autre université, les décisions ne soient pas identiques ou que les procédures ne soient pas suivies au même moment. Mais il est vrai que les mesures nécessaires en vue de remédier à cette situation vont être prises.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**03** **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de uitzonderingen op het verbod op onverdoofd slachten" (nr. 13222)**

**03** **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les exceptions à l'interdiction d'abattre des animaux sans anesthésie" (n° 13222)**

**03.01** **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, in 2011 werden de door een grote parlementaire meerderheid gedragen wetsvoorstellen en voorstellen van resolutie betreffende het opheffen van de uitzonderingen op het verbod op onverdoofd slachten in de commissie voor de Volksgezondheid niet behandeld.

De regering vroeg nog een beetje tijd, om over deze delicate materie te overleggen met de godsdienstige gemeenschappen, die op uitzonderingsbepalingen aandringen.

Nu er een jaar voorbij is, is mijn vraag of dit overleg inmiddels heeft plaatsgevonden. Zo ja, wat is het resultaat van deze besprekingen?

Zo neen, is het federale niveau nog zinnens de wet van 14 augustus 1986 betreffende de bescherming van het welzijn der dieren in voornoemde zin aan te passen, om zelf de uitzonderingen op te heffen? Of wil zij daarentegen haar verantwoordelijkheid ter zake naar de Gemeenschappen of Gewesten doorschuiven? Wanneer plant zij in voorkomend geval deze bevoegdheid over te dragen, teneinde enige haast met het dossier te maken?

**03.02** **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik zal geen nieuw initiatief rond de geschetste problematiek nemen.

**03.03** **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, kunt u meegeven wanneer de bevoegdheid ter zake zal worden overgedragen?

**03.04** **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik sta ter beschikking van de commissie. Ik heb echter al uitgelegd dat de bewuste bevoegdheid zal worden gedefederaliseerd. Ik zal dus geen nieuw initiatief nemen. Ik sta echter wel ter beschikking van de commissie.

**03.05** **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, het betreft het zogezegde democratische spelletje, waarbij de commissie haar wetsvoorstellen dienaangaande opnieuw ter bespreking kan indienen. Daarna zullen die wetsvoorstellen toch opnieuw door de meerderheid worden afgeblokt.

Ondertussen staan wij alweer voor het Offerfeest. Er zullen alweer talrijke dieren op een onmenselijke manier worden behandeld, wat anders zou kunnen, zelfs met respect voor de godsdiensten die in eerste instantie problemen met een verbod op onverdoofd slachten hebben. Zij zouden door een goed gesprek echter eventueel kunnen worden overtuigd van het feit dat andere zaken mogelijk zijn, met respect voor hun godsdienst.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

La **présidente**: La question n° 13242 de Mme Jadin est reportée.

**04** Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de hervorming van de financiering en terugbetaling van medische zorg" (nr. 13263)

**04** Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la réforme du financement et du remboursement des soins médicaux" (n° 13263)

**04.01** Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, tijdens het zomerreces was er heel wat te doen over de budgetten en het indienen van de begroting. In een moeilijke economische context die zijn weerslag heeft op de openbare financiën, komt ook de begroting met betrekking tot geneeskundige verzorging meer en meer onder druk te staan.

Een langtermijnbeleid voor gezondheidszorg is zeker aan de orde, maar men kan betwijfelen of daarvan echt werk wordt gemaakt.

Een van de prioriteiten die hierbij onder de loep zou moeten worden genomen is de hervorming van de financiering en de terugbetaling van de zorg. De nomenclatuur wordt al sinds het midden van de jaren 90 met kritiek bestookt. Bepaalde handelingen zijn overgewaardeerd en andere zijn ondergewaardeerd, met alle gevolgen daarvan op de beroepskeuze van de medische sector, wat dan weer gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van sommige beroepen. Voor andere specialiteiten kan dat aanleiding tot overconsumptie geven.

Er is dus sprake van een kettingreactie die dringend moet worden doorbroken. Er wordt daarvan evenwel niet veel werk van gemaakt.

De nomenclatuur is dus absoluut aan een herziening toe, op basis van een objectief model dat een waarde moet toekennen aan de verschillende dimensies van een medische handeling. Dit was trouwens al in de programmawet van 2005 opgenomen.

Mevrouw de minister, werd al werk gemaakt van een zekere herziening van de nomenclatuur? Hoe ver is men gevorderd en wanneer kunnen nieuwe voorstellen bekend worden gemaakt? Gaat men bij een eventuele hervorming van de terugbetaling nog altijd uitsluitend uit van een terugbetaling per handeling of denkt men voor de financiering van de eerstelijnszorg aan een combinatie met terugbetaling per capita? Denkt men hierbij dan ook aan een alternatieve financiering voor de infrastructuur en de medische apparatuur? Wordt hierbij rekening gehouden met de verhouding tussen kostprijs en efficiëntie? Is men klaar voor een grondige herziening van de nomenclatuur en de financiering van Volksgezondheid?

**04.02** Minister **Laurette Onkelinx**: De herziening van de nomenclatuur is het resultaat van permanente werkzaamheden van de Technische Geneeskundige Raad en zijn werkgroepen. Die herziening van de nomenclatuur geeft aanleiding tot zowel specifieke aanpassingen als tot grotere herzieningen. De nomenclatuur is een instrument voor de terugbetaling per handeling, maar het is niet het enige mechanisme om de gezondheidszorg te financieren. In de ziekenhuizen zijn er bijvoorbeeld de correcties via de referentiebedragen op basis van de APRDRG-groepen (All Patients Refined Diagnosis Related Group). Ook de gedeeltelijke forfaitarisering van de klinische biologie, de radiologie en de geneesmiddelen in de ziekenhuizen zijn voorbeelden van financiering die niet op individuele prestaties zijn gebaseerd.

In het raam van de alternatieve financiering voor de infrastructuur en de medische apparatuur, is er onder andere het Impulsfonds voor huisartsgeneeskunde. Dit fonds beoogt de vestiging en werking van huisartsenpraktijken te ondersteunen. Een ander voorbeeld zijn de zorgtrajecten. Hierbij wordt een samenwerking tussen verschillende zorgverleners en patiënten met chronische nierinsufficiëntie of diabetes type 2 beoogd. Een zorgtraject biedt voordelen aan zowel de patiënt als de zorgverlener. Voor elke patiënt die zich bij een zorgtraject aansluit, krijgt de arts die het contract tekent, jaarlijks een forfaitair honorarium. Verdere uitleg kunt u op de website van het RIZIV terugvinden. Verder zijn er de beschikbaarheidshonoraria, de wachtdienstshonoraria en de financiële tegemoetkoming voor de informatica.

Alles bij elkaar bestaat er dus al een deel alternatieve financiering als aanvulling op de betaling per prestatie. Een tabula rasa met een volledig andere financiering van onze gezondheidszorg is momenteel echter niet aan de orde.

**04.03 Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik ben inderdaad op de hoogte van de kleine aanpassingen die er in de loop der jaren werden gedaan. Ik ben ervan overtuigd dat dit niet voldoende is en er absoluut wat u noemt een tabula rasa zou moeten komen. Dat is uitgesteld omdat andere problemen in dit land altijd voorrang kregen, wellicht als gevolg van tegenstellingen in de meerderheid tussen het noorden en het zuiden van het land. Misschien moet men in de commissie voor de Volksgezondheid nog wat meer aandringen op of een bespreking organiseren over een grondige hervorming van de nomenclatuur. Wij staan immers voor grote uitdagingen inzake vergrijzing, maar ook inzake de technische mogelijkheden, of nog de overconsumptie en haar oorzaken. Mij lijkt een grondigere hervorming noodzakelijk.

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

**04.04 Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, afin d'alléger quelque peu l'ordre du jour, je vous propose de transformer en questions écrites mes questions n<sup>os</sup> 13432, 13433 et 13498; en effet, celles-ci sont d'ordre essentiellement factuel.

La **présidente**: Il en sera ainsi.

**05 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les postes de garde en médecine générale" (n° 13307)**

**05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de wachtdiensten voor huisartsen" (nr. 13307)**

**05.01 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je voudrais revenir sur un dossier particulièrement crucial pour les médecins généralistes et qui concerne les postes de garde. Ainsi, il me revient de plusieurs sources que l'INAMI envisagerait de ne plus permettre la rétrocession des honoraires de disponibilité pour la garde de médecine générale. Or, comme vous le savez, cette rétrocession permet d'assurer la viabilité des postes de garde en assurant aux médecins généralistes de première ligne un honoraire de disponibilité correct. Pour vous donner un exemple que je connais bien puisque c'est celui de ma région, dans le Borinage, il y avait, auparavant, dix gardes, et chaque médecin de garde percevait un honoraire de disponibilité par période de garde. Huit des dix gardes du Borinage ont été fusionnées en 2008. Ce faisant, il y a un médecin de garde de première ligne et huit médecins de garde de deuxième ligne qui peuvent être appelés en fonction de la réalité et de la charge de la garde.

Jusqu'à aujourd'hui, les médecins de garde de seconde ligne continuaient à percevoir leur honoraire de disponibilité qu'ils rétrocédaient au médecin de garde de première ligne qui disposait ainsi d'environ 800 euros d'honoraire de disponibilité par nuit, ce qui correspond à 54 euros de l'heure alors qu'auparavant, chaque médecin recevait 65 euros pour douze heures de disponibilité.

Lors de la constitution des postes de garde, l'INAMI avait validé les accords de cercles qui précisaient le mécanisme de rétrocession des médecins de garde généralistes de deuxième ligne vers les généralistes de première ligne. J'attire ici l'attention sur le fait que ce mécanisme n'a pas coûté un cent de plus à l'INAMI par rapport aux dépenses de cette dernière avant la réforme. En effet, le budget est exactement le même.

Si l'INAMI envisage de ne plus permettre cette rétrocession d'honoraires, elle met directement à mal la viabilité des postes de garde, l'attractivité de la médecine générale et donc les soins dispensés aux patients dans les villes ou les régions où sont organisés ces postes de garde.

La réalité des postes de garde dans les régions qui sont géographiquement étendues, à faible densité de population et à faible densité de médecins – je pense ici à la Botte du Hainaut ou à la province du Luxembourg – doit évidemment aussi être prise en compte et il y a lieu d'y appliquer des mécanismes propres.

Madame la ministre, qu'en est-il à cet égard? Quelles seraient les conséquences de ce projet si l'INAMI décidait de le mettre à exécution?

**05.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, je vais tenter de vous rassurer.

Je rappelle que les honoraires de disponibilité, comme vous l'avez dit, sont dus, depuis leur mise en œuvre, aux médecins qui sont en astreinte de garde et qui sont présents pour répondre aux demandes des patients de la zone de garde. Seules leurs prestations sont donc facturables.

L'ouverture des postes médicaux de garde n'y change rien. Les médecins de garde aux postes médicaux de garde peuvent en effet facturer un honoraire de disponibilité pour les périodes qu'ils couvrent. Dans le même temps, les médecins de garde, dans le cadre des visites à domicile, peuvent aussi facturer un tel honoraire. Depuis décembre 2010, le cercle des médecins généralistes peut demander que les honoraires de disponibilité pour sa propre zone lui soient versés. Ensuite, c'est lui qui les répartit. Cette demande doit toutefois recevoir l'approbation du Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes qui a déterminé une série de conditions permettant de recourir à ce mécanisme.

Dans le contrat de financement avec les postes de garde, la possibilité de cette perception centrale est également intégrée. Le contrat stipule que, dans ce cas, les honoraires de disponibilité reçus et payés sont mentionnés dans le rapport financier que le poste de garde transmet à l'INAMI.

Le Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes m'a exprimé une demande, basée essentiellement sur la dernière étude du KCE, telle que le nombre minimal de médecins de garde – qui s'élève actuellement à un pour trente mille habitants – soit porté à un minimum de un pour cent mille habitants et, entre vingt-trois heures et huit heures du matin, un pour trois cent mille habitants en raison du peu d'appels durant cette période. Cette demande a donc été introduite pour réduire la récurrence et le poids des gardes pour les médecins généralistes, en particulier dans les zones peu densément peuplées. Mais je vous signale qu'il s'agit d'un minimum. L'arrêté royal du 8 juillet 2002 ne fixe aucun maximum.

Les cercles qui estiment qu'il faut plus de médecins de garde dans leur zone organisent la garde comme ils le jugent utile.

Rien n'a donc changé. Nous répondons simplement à une demande du Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes basée essentiellement sur une étude du KCE. Je répète qu'il s'agit d'un minimum et les dispositions actuelles ne changent pas quant au maximum.

**05.03 Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je comprends bien que l'on tient compte de zones géographiques dans lesquelles il y a parfois moins de médecins généralistes.

Il ne faudrait pas que la modification de cette règle entraîne une modification du financement avec un honoraire de disponibilité qui correspondrait seulement à un pour trois cent mille. Je retiens de ce que vous avez dit qu'il n'y aura pas de modification concernant le maximum. Les honoraires de disponibilité seraient équivalents, ce qui signifie que cela ne changerait rien quant à la manière dont les cercles s'organisent avec une première et une deuxième ligne de médecine générale.

Je pense qu'il faut conserver cette position car cet argent ne sert que pour les gardes et permet d'assurer leur viabilité. Généralement, les cercles ont travaillé en tentant d'offrir une meilleure qualité de soins aux patients; il est donc capital de ne pas toucher à ces honoraires de disponibilité.

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

**06 Question de Mme Marie-Claire Lambert à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la valeur ajoutée thérapeutique" (n° 13346)**

**06 Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de toegevoegde therapeutische waarde" (nr. 13346)**

**06.01 Marie-Claire Lambert** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, en France, un écrit choc bouscule le monde des médicaments. Deux professeurs de médecine viennent de publier ce qu'ils appellent le *Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*. Dans cet ouvrage de 900 pages, les auteurs classent les spécialités pharmaceutiques relevant de 24 classes de médicaments en 3 catégories: les médicaments qu'ils estiment utiles, ceux qu'ils considèrent comme inutiles et enfin ceux qui représenteraient un réel danger.

Et leur constat est sans appel. Selon ces auteurs, les dépenses de médicaments représentent en France 36 milliards d'euros par an dont "au moins le tiers" serait "injustifié". 50 % de la pharmacopée française serait composée de médicaments inutiles, 20 % des médicaments seraient mal tolérés et 5 % seraient "potentiellement très dangereux" alors même que 75 % des spécialités sont remboursées.

Les auteurs tiennent comme responsables de ce gâchis financier mais aussi humain les agences sanitaires chargées de la pharmacovigilance et de la fixation des prix des médicaments, gangrénées par les conflits d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique, les patients qui "quémandent" des traitements médicamenteux sans raison et refusent les génériques et enfin les médecins qui prescrivent à tour de bras.

Cet ouvrage fait évidemment polémique et beaucoup n'hésitent pas à la qualifier de pamphlet aux propos excessifs, approximatifs, simplificateurs.

Les questions ayant motivé la rédaction de cet ouvrage me semblent toutefois légitimes et pertinentes. Y a-t-il trop de médicaments sur le marché? Les patients consomment-ils trop de médicaments? Les médecins en prescrivent-ils trop? Face à cette masse de nouveaux médicaments, notre système de pharmacovigilance est-il et peut-il être efficace?

À défaut de réponses satisfaisantes, les doutes demeureront, les accusations de laxisme, de corruption, voire de complot seront récurrentes. Aussi, madame la ministre, mes questions sont-elles les suivantes.

À ce jour, combien de médicaments sont-ils autorisés à la vente sur le marché belge? Combien sont admis au remboursement? Certains estiment que le nombre exagérément important de références pharmaceutiques disponibles sur les marchés contribue à la surprescription, à la surconsommation et serait responsable du coût croissant des dépenses de médicaments. Qu'en pensez-vous?

Si dans le domaine de la pharmacovigilance de nouvelles règles édictées notamment par l'Union européenne sont désormais d'application, n'estimeriez-vous pas pertinent de subordonner l'admission d'un nouveau médicament au niveau de l'EMA ou tout au moins, dans un premier temps, au niveau de l'AFMPS, à la preuve de sa valeur ajoutée thérapeutique?

À défaut de pouvoir exiger cette condition dans le cadre de l'AMM, exigence qui pourrait selon certains donner un coup de frein à la recherche pharmaceutique et donc, in fine, pénaliser les patients, ne pourrait-on pas imaginer de rendre publiques les informations relatives à la valeur ajoutée thérapeutique du médicament au moment de sa première autorisation de mise sur le marché et lors de sa réévaluation? Cela pourrait permettre aux professionnels de la santé et aux patients d'utiliser en toute connaissance de cause les médicaments, notamment les nouveaux.

**06.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, tout d'abord concernant le livre que vous évoquez, je voudrais préciser que le développement de l'arsenal thérapeutique est – et reste, malgré les critiques qui lui sont régulièrement adressées – un des grands progrès de la science. Les nouveaux médicaments améliorent la qualité de vie et contribuent à rallonger la durée de vie.

Qu'une deuxième ou troisième génération ne représente pas le même progrès que le premier médicament découvert pour une pathologie tombe sous le sens, mais ces traitements de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération se révèlent parfois tout à fait nécessaires pour certains patients qui ne répondent pas bien au premier traitement mis sur le marché.

Le problème se pose en termes de mise sur le marché de ces médicaments de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> génération et donc d'une utilisation généralisée trop rapide de ces médicaments.

En Belgique, on compte à ce jour 19 000 médicaments à usage humain autorisés à la vente, mais seulement 10 000 sont réellement disponibles en Belgique. Au total, un peu plus de 7 000 de ces références sont remboursées par l'INAMI, soit 1 005 molécules ou traitements différents.

Pour ce qui est de l'admission d'un nouveau médicament, je vous rappelle que la mise sur le marché des médicaments est très sévèrement réglementée et contrôlée afin de garantir leur qualité, leur sécurité et leur efficacité dans un souci de santé publique.

Les études cliniques réalisées dans le cadre d'une demande d'autorisation de mise sur le marché pour des nouveaux médicaments sont faites soit versus un médicament de référence existant, soit versus un placebo. Les firmes n'ont pas d'obligation de se comparer à un traitement existant mais elles sont conscientes de l'atout que cette comparaison représente en termes de remboursement.

C'est la Commission de Remboursement des médicaments de l'INAMI qui a pour rôle d'évaluer la plus-value thérapeutique par rapport aux traitements existants.

En ce qui concerne les informations relatives à un médicament au moment de sa première autorisation, les résultats des études cliniques et leur analyse par les autorités de santé sont disponibles via les *Public Assessment Reports* publiés sur le site de l'Agence européenne de médicaments. Le rapport d'évaluation publique de l'Agence des médicaments belge est quant à lui disponible sur demande.

Ces informations sont publiques. Il est cependant impossible pour un professionnel de la santé ou un patient de consulter l'intégralité des informations relatives à tous les médicaments. C'est pourquoi des initiatives comme le CBIP, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique, notamment via les *Folia Pharmacotherapeutica*, existent.

Je vous rappelle également que toutes les notices scientifiques et les notices pour les patients sont accessibles très facilement sur le site de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé.

Cela étant, je dis et je répète qu'au niveau européen, je suis favorable à une réforme visant, pour les médicaments autorisés sur le marché, à prêter une plus grande attention non seulement à leur qualité mais également à leur plus-value thérapeutique. C'est un travail de longue haleine à mener avec les autorités européennes.

**06.03 Marie-Claire Lambert (PS):** Je remercie Mme la ministre pour sa réponse et ces précisions. On va continuer à travailler au niveau européen. Nous sommes peut-être, effectivement, un bon exemple pour l'Europe. Merci.

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

**07 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMs)" (n° 13360)**

**07 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de financiering van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's)" (nr. 13360)**

**07.01 Catherine Fonck (cdH):** Madame la présidente, madame la ministre, je reviens sur une question que je vous ai posée au mois de juillet, compte tenu du fait que j'ai réexaminé le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM). Vous vous souviendrez que cela avait trait au projet d'arrêté royal relatif à ce financement et au soutien financier public.

Je ne redonnerai pas ici l'entièreté de la réponse que vous m'avez communiquée en juillet. J'en ai clairement retenu – et je vous l'avais d'ailleurs clairement fait repréciser à ce moment-là – que, pour pouvoir bénéficier du financement public, le GLEM ne peut en aucune manière être financé par l'industrie pharmaceutique ou par un quelconque autre sponsor, ce qui pourrait occasionner un conflit d'intérêts. Vous aviez bien précisé qu'il y avait un choix à faire pour le GLEM: soit opter pour un financement public non concomitant à un financement privé, soit opter pour un financement privé sans bénéficier du financement public.

J'ai ici la lettre que l'INAMI a envoyée aux responsables des GLEMs. Dans celle-ci, l'INAMI explicite les conditions des financements. Elle dit aussi: "Étant donné le financement public prévu, il n'y a plus de raison objective de recourir à l'industrie pharmaceutique ou à un autre sponsor qui pourrait provoquer un conflit d'intérêts. Par conséquent, les GLEMs sponsorisés ne remplissent plus les conditions de l'accréditation."

Madame la ministre, il me semble qu'il y a une discordance entre la réponse que vous m'avez donnée en juillet et ce qui figure dans la lettre de l'INAMI aux responsables des GLEMs. En effet, de votre côté, vous aviez dit que le GLEM avait un choix à faire et qu'à partir du moment où il était sponsorisé, il ne pouvait plus

bénéficier d'un financement public. Cela ne me pose pas de problème mais vous n'aviez pas dit que le GLEM ne serait plus accrédité. Bien au contraire, vous aviez implicitement dit le contraire.

Madame la ministre, quelle est votre position en la matière? Aujourd'hui, de nombreux responsables de GLEMs ne savent pas très bien sur quel pied danser. Votre réponse apportera la clarté indispensable.

**07.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, peut-être avez-vous vu, dans ma réponse précédente à votre question sur le financement des GLEMs, un lien implicite avec l'accréditation qui n'y figurait pas. Le projet d'arrêté royal approuvé le 15 juin par le Conseil des ministres ne fait aucun lien entre le financement, public ou sponsorisé que le GLEM aura choisi, et l'accréditation.

Le projet d'arrêté royal indique que, pour bénéficier de l'intervention publique, le GLEM doit répondre à quelques conditions. Tout d'abord, il ne peut, en aucune manière, être financé par l'industrie pharmaceutique ou par un quelconque autre sponsor qui pourrait générer un conflit d'intérêts – cela semble normal. Ensuite, le GLEM doit être réuni au moins quatre fois, avec un minimum de trois participants et avec notification à l'INAMI, via l'application en ligne existante, de la date et du sujet de chaque réunion.

Par ailleurs, j'ai pris connaissance, comme vous, de la lettre de l'INAMI aux responsables des GLEMs, qui leur notifie que les GLEMs sponsorisés ne remplissent plus les conditions de l'accréditation. Cette lettre retranscrit la vision, partagée par les représentants de la convention nationale médico-mutualiste et par les instances de l'accréditation, qu'il n'est pas admissible que l'organisation de ces réunions de pairs soit financièrement tributaire de groupes pharmaceutiques ou d'autres sponsors, ce qui me semble sain.

En prévoyant la possibilité d'un financement public, il n'y a plus aucune raison pour que les médecins fassent appel à un sponsoring pour se réunir en GLEM. J'espère avoir été claire.

**07.03 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, très concrètement, un GLEM qui, demain, ne bénéficie pas d'un financement public mais qui est sponsorisé par l'industrie pharmaceutique ne sera plus accrédité. C'est ce que vous voulez dire?

**07.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Très clairement, ce que l'on dit ici c'est que, quand on bénéficie d'un financement public, on ne peut plus obtenir de financement privé. Pour le reste, on est dans le cadre du projet d'arrêté royal et des conditions d'accréditation.

**07.05 Catherine Fonck** (cdH): D'accord. Mais lorsque l'on met cela en parallèle avec la lettre de l'INAMI qui concerne le même sujet, l'INAMI dit que les GLEMs n'auront plus leur accréditation s'ils sont financés par le privé. Confirmez-vous cela ou l'infirmez-vous? Il est là, le nœud du problème.

**07.06 Laurette Onkelinx**, ministre: Si on respecte les conclusions, l'accréditation amène l'intervention publique. On dit: "S'il y a intervention publique, il ne peut plus y avoir d'intervention privée."

**07.07 Catherine Fonck** (cdH): Sur ce point, je suis tout à fait d'accord avec vous. S'il y a un financement public, il n'y aura pas de financement privé en plus. Par contre, je retiens de ce que vous dites qu'un GLEM qui continue avec un financement privé sans demander de financement public sera toujours accrédité demain.

**07.08 Laurette Onkelinx**, ministre: L'INAMI ne dit pas le contraire dans son courrier.

L'accréditation doit correspondre aux critères de l'arrêté royal: pour être accrédité, il ne peut y avoir de sponsor privé. Si le GLEM est sponsorisé, il n'aura pas d'accréditation. Par contre, s'il a une accréditation, il pourra bénéficier de l'intervention publique.

L'idéal est que vous me soumettiez un cas précis et que je le fasse analyser par l'INAMI.

**07.09 Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, vous venez de dire les choses plus clairement. En pratique, le GLEM qui est sponsorisé par l'industrie pharmaceutique ne sera donc plus accrédité demain. Je trouve cela assez dommage.

J'ai l'impression que l'on considère que les médecins sont de grands fraudeurs, incapables d'assumer un

minimum d'autonomie. Je vais être franche avec vous: je trouve que le contenu de cette lettre de l'INAMI est particulièrement dénigrant pour les médecins. Tout ceci creuse un fossé au lieu de fédérer les gens et d'en faire des alliés en ce qui concerne les politiques de santé publique. Il y a vraiment une réflexion à avoir en la matière pour pouvoir reconstituer des liens plus forts avec les médecins.

**07.10 Laurette Onkelinx**, ministre: Dans cette commission, on a souvent dit qu'il fallait garantir autant que possible l'indépendance vis-à-vis des firmes pharmaceutiques – et je trouve cela normal. Afin de soutenir ces médecins, on développe donc des interventions et des financements publics.

La **présidente**: Pouvons-nous clore l'incident? Je sais que vous avez droit à la dernière réplique...

**07.11 Catherine Fonck** (cdH): Je persiste dans mon idée, d'autant plus qu'avec le financement public qui est accordé, toute une série de GLEMs vont affronter des difficultés. Je serais curieuse de connaître le nombre de GLEMs qui seront encore organisés dans ces conditions dans six mois ou un an.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

#### **08 Questions jointes de**

- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la toxicité des OGM" (n° 13362)

- Mme Catherine Fonck au vice-premier ministre et ministre de l'Économie, des Consommateurs et de la Mer du Nord sur "la toxicité des OGM" (n° 13363)

- Mme Rita De Bont à la ministre des Classes moyennes, des PME, des Indépendants et de l'Agriculture sur "l'étude inquiétante sur le maïs transgénique" (n° 13366)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la toxicité des OGM" (n° 13387)

#### **08 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de toxiciteit van ggo-mais" (nr. 13362)

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Economie, Consumenten en Noordzee over "de toxiciteit van ggo-mais" (nr. 13363)

- mevrouw Rita De Bont aan de minister van Middenstand, Kmo's, Zelfstandigen en Landbouw over "de alarmerende studie in verband met ggo-mais" (nr. 13366)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de toxiciteit van ggo-mais" (nr. 13387)

**08.01 Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, tout le monde a entendu parler d'une étude qui a récemment fait grand bruit. Le professeur français Gilles-Éric Séralini et son équipe ont publié une étude scientifique relative à la toxicité de l'OGM NK603. L'expérience consistait à suivre pendant deux ans un groupe de rats témoins ainsi que 200 rats répartis en trois grands groupes: le premier a été nourri avec un OGM NK603 seul, le second avec un maïs OGM traité au Roundup, l'herbicide le plus utilisé au monde, et le troisième avec du maïs non OGM traité avec cet herbicide.

Si les chercheurs ont travaillé en même temps sur le maïs OGM NK603 et le Roundup, deux produits commercialisés par Monsanto, c'est parce que les OGM agricoles sont modifiés pour tolérer ou produire des pesticides. Ainsi, selon l'étude, 100 % des OGM cultivés à grande échelle en 2011 sont des plantes à pesticides.

Dans les trois groupes de l'échantillon, les universitaires ont observé une mortalité deux à trois fois plus élevée chez les femelles et deux à trois fois plus de tumeurs chez les rats des deux sexes. Comme le souligne le professeur Séralini, "le crime, c'est que ça n'ait pas été testé avant et que les autorités sanitaires n'aient pas exigé des tests plus longs alors qu'on est à quinze ans de commercialisation des OGM dans le monde". Selon lui, le NK603 n'avait jusqu'alors été testé que sur une période de trois mois – ce qui est extrêmement court - et c'est la première fois que le Roundup est testé sur le long terme avec ses adjuvants.

Cette étude pose donc encore une fois la question de la fiabilité des mécanismes européens d'évaluation scientifique des risques pour la santé humaine et animale. Le débat sur les OGM reste un enjeu essentiel en matière de santé publique. Il convient dès lors que le principe de précaution soit appliqué strictement. On ne peut en aucun cas brader la santé des consommateurs. Les évaluations actuelles devraient donc être revues et leur durée prolongée dès que possible.

Madame la ministre, vous avez réagi rapidement à cette annonce et plusieurs questions se posent. Allez-vous exiger la suspension immédiate des autorisations de mise en culture pour l'OGM NK603? Vous engagez-vous à plaider au sein du Conseil européen pour que les mécanismes d'évaluation scientifique des risques pour la santé humaine et animale et pour l'environnement soient revus dans les plus brefs délais et que leur durée soit prolongée afin d'enregistrer des résultats significatifs? Pouvez-vous nous garantir qu'aucun produit alimentaire commercialisé en Belgique ne contient du maïs OGM NK603? N'est-il pas urgent de plaider en faveur de l'instauration d'un étiquetage pour les produits provenant d'animaux nourris avec des OGM? Enfin, allez-vous défendre l'instauration d'un étiquetage plus visible pour les aliments contenant des OGM? En effet, si pour un scientifique cette identification n'est déjà pas évidente, elle l'est *a fortiori* encore moins pour M. et Mme Tout le monde.

**08.02 Rita De Bont (VB):** Mevrouw de voorzitter, ik zal mijn vraag nr. 13404 in een schriftelijke vraag omzetten. Ze heeft immers ook betrekking op de financiering van de gezondheidszorg. Ze is dus uit dezelfde bekommernis ontstaan. Mevrouw de minister, u hebt al deels op voornoemde vraag geantwoord. Ik zal het antwoord op vraag nr. 13404 straks op papier meenemen.

Inzake de huidige vraag over de GGO's heeft mevrouw Fonck de situatie al uiteengezet. Zij heeft er ook al naar verwezen dat de bedoelde stoffen al meer dan tien tot vijftien jaar in Amerika in de voedselketen worden gebruikt. Ik ga dan ook onmiddellijk over naar mijn vragen.

Ten eerste, is het werkelijk misdadig dat een en ander niet op voorhand werd getest en dat de gezondheidsautoriteiten geen test op langere termijn hebben geëist, zoals de onderzoekers waarnaar werd verwezen, beweren?

Is de overheid, meer bepaald Europa, ter zake in gebreke gebleven?

Wordt iets ondernomen om de regelgeving op voormeld vlak bij te stellen?

Ten tweede, zijn het misschien veeleer de onderzoekers of is het veeleer de anti-GGO-lobby die onverantwoord en ongegrond paniek hebben gezaaid door de publicatie van de studie met selectieve informatie, waarnaar in uw repliek op de bekendmaking van de studie werd verwezen? Ze bevat onder andere selectieve informatie in verband met het gebruik van de ratten bij de proeven. Het zou sowieso al om een verzwakte rattensoort gaan. Het betreft ook nattevingswerk bij de statistieken.

Het voorgaande is een repliek die u hebt gegeven of die men heeft kunnen lezen na de publicatie van de bewuste alarmerende studie.

Wanneer kunnen wij de resultaten verwachten van het onderzoek dat Europa naar de studie waarvan sprake heeft aangekondigd? Is de overheid zinnens inmiddels maatregelen te treffen op het vlak van het invoeren en het gebruik van de genetisch gemanipuleerde maïs?

Indien de studie niet objectief is en uit de lucht is gegrepen, is het dan verantwoord dat in de media zoveel paniek wordt gezaaid? Wie wordt ter zake verantwoordelijk gesteld?

**08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen):** J'ai également déposé une question sur ce sujet.

Je ne vais pas reprendre le descriptif de l'étude menée par le professeur Séralini. Depuis que cette question a été posée, le débat scientifique a évolué. L'étude a fait l'objet de vives critiques et différentes autorités européennes ont pris position. L'Agence nationale allemande a été très critique, ainsi que l'EFSA, à propos des résultats du professeur Séralini. Ce dernier continue à se défendre et il ne publiera l'aboutissement de son étude qu'au moment où l'EFSA aura fait preuve de plus de transparence également.

Le débat fait rage et le citoyen/consommateur est un peu perdu. La nécessité d'une re-légitimation des autorités scientifiques se fait de plus en plus sentir.

Madame la ministre, vous avez sollicité le Conseil de Biosécurité au sujet de la validité de ces résultats et des mesures à prendre en conséquence. Pouvez-vous me dire ce qu'il en est car je n'ai pas connaissance d'une prise de position publique dudit Conseil?

Par ailleurs, le ministre français de l'Agriculture a plaidé pour des procédures d'évaluation et d'homologation beaucoup plus strictes des OGM au niveau européen. Nous pouvons tous être d'accord sur la nécessité de renforcer les évaluations à long terme et sur leur caractère indépendant. Quel est votre point de vue à ce sujet?

On a beaucoup parlé de l'EFSA, au sein de laquelle il y a eu des conflits d'intérêts. Y a-t-il des conflits d'intérêts au sein du Conseil de Biosécurité? Dans l'affirmative, comment envisagez-vous le traitement de ces conflits?

**08.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chères collègues, je soulignerai d'abord que l'évaluation des risques relatifs aux organismes génétiquement modifiés (OGM) se fait de manière stricte. Garantir la protection maximale de la santé des êtres humains, des animaux, de l'environnement est fondamental. Ainsi, chaque demande d'autorisation d'un nouvel OGM est évaluée au cas par cas.

L'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a établi des lignes directrices pour la constitution par les entreprises d'un dossier de demande d'autorisation d'OGM. Ces lignes directrices sont basées sur des critères internationaux définis par l'OCDE. Pour les OGM destinés à l'alimentation, un test de toxicité est toujours exigé, qui est le test le plus exigeant qui existe en matière de sécurité alimentaire.

Le maïs dont il est question dans l'étude du Pr Séralini a été évalué en profondeur en 2009 par l'EFSA et par le Conseil consultatif belge de Biosécurité (CCB). Les deux instances d'évaluation ont donné un avis favorable en ce qui concerne la sécurité de ce maïs OGM pour la santé humaine, animale et pour l'environnement.

Je profite de l'occasion pour préciser qu'en Belgique, vous ne trouverez que peu d'aliments contenant des OGM ou des aliments produits à partir d'OGM. Par principe, l'industrie alimentaire et la distribution évitent autant que possible la présence d'OGM dans les denrées alimentaires. L'utilisation d'OGM dans la fabrication doit être clairement indiquée sur l'étiquette.

Cela dit, j'ai également été très interpellée par la publication de l'étude du Pr Séralini. Dès sa publication, j'ai décidé de la soumettre à une analyse approfondie par des experts indépendants. J'ai demandé au CCB de me fournir un avis scientifique sur cette étude pour fin octobre.

De Europese Commissie heeft eveneens aan EFSA gevraagd om de studie van Séralini grondig te bestuderen. Een eerste voorlopig standpunt van EFSA werd reeds op 4 oktober gepubliceerd. Een meer gedetailleerd en finaal advies zal pas tegen eind oktober beschikbaar zijn.

Ook het Erkenningscomité voor pesticiden in België werd om een standpunt gevraagd, aangezien in deze studie ook sprake is van negatieve gezondheidseffecten door het gebruik van het verdelgingsmiddel Roundup.

En fonction des conclusions finales de l'évaluation de cette étude, fin octobre, je vérifierai avec mes collègues du gouvernement fédéral s'il convient d'insister auprès de la Commission européenne pour interdire l'importation et l'utilisation de ce maïs transgénique. Le cas échéant, si l'Europe ne prend pas d'initiative, on peut également prévoir des mesures au niveau national.

Évidemment, Il est pour moi d'une importance capitale que l'évaluation de l'étude du Pr Séralini soit indépendante et objective. J'ai confiance dans l'indépendance des experts nommés par le président du Conseil de Biosécurité pour l'évaluation de cette étude. Le règlement d'ordre intérieur du Conseil de Biosécurité établit des règles claires en ce qui concerne les conflits d'intérêts.

En ce qui concerne les règles actuelles sur l'étiquetage des aliments contenant des OGM, la législation impose un étiquetage positif. Cela signifie que les aliments contenant des OGM doivent le mentionner dans la liste des ingrédients. Le seul cas où cet étiquetage n'est pas obligatoire, c'est si des OGM sont présents en quantité inférieure à 0,9 % et s'il peut être démontré que cette présence est fortuite ou techniquement

inévitable. Cette règle d'étiquetage garantit la liberté de choix du consommateur.

En ce qui concerne une éventuelle extension des règles d'étiquetage pour les produits d'origine animale, comme la viande, le lait ou les œufs obtenus à partir d'animaux nourris avec des OGM, ce n'est pas aussi simple. En effet, il importe de rappeler que ces produits d'origine animale ne contiennent plus d'ADN génétiquement modifié de l'OGM avec lequel ils ont été nourris.

Ce matériel génétique est complètement décomposé au cours de la digestion et n'est donc plus détectable dans les produits d'origine animale. Il est donc presque impossible de vérifier ce genre d'étiquetage des produits animaux.

Cela dit, je suis vraiment disponible pour examiner si nous pouvons pousser plus loin nos investigations. Mais dans l'état actuel, voici ce que me disent les experts, ce qui ne rend évidemment pas une décision aisée à cet égard. Néanmoins, je continue à examiner la possibilité d'étendre la recherche en la matière.

**08.05 Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Les choses avancent, selon moi, de manière plutôt positive. Il est clair que l'on ne peut pas balayer cette étude d'un revers de main. J'ai entendu les réactions au niveau européen, etc. Toujours est-il que le doute est semé et la fiabilité des mécanismes européens d'évaluation scientifique est remise en cause, notamment parce que les études ne sont pas de longue durée, contrairement à ce que cela devrait être. En outre, si les études de stabilité sont effectivement réalisées, elles le sont par les firmes qui commercialisent les OGM. Cet état de fait est un non-sens absolu. Ces deux éléments doivent pouvoir être modifiés sur le plan européen.

Madame la ministre, je m'adresse donc directement à vous pour que vous adoptiez une attitude largement avant-gardiste afin que ces mécanismes européens d'évaluation puissent être revus.

Vous avez dit qu'il n'y avait pas d'OGM dans nos assiettes. En réalité, si ce n'est pas en grande quantité, on en retrouve quand même. Je plaide donc en faveur de mesures nationales beaucoup plus strictes. Et s'il y a le moindre doute quant à l'étude que vous avez évoquée, je vous demande de prévoir une interdiction pure et simple. Le cdH a toujours dit non aux OGM, pour des raisons de santé publique, mais aussi en raison du pouvoir que l'on donne aux multinationales qui ne permettent pas de préserver une agriculture à taille humaine. Par ailleurs, en matière d'étiquetage, nous devrions nous interroger sur la lisibilité pour un consommateur moyen des étiquettes telles qu'elles existent aujourd'hui.

J'en arrive ainsi au point technique que vous avez évoqué concernant l'étiquetage de produits fabriqués à partir d'animaux nourris aux OGM. Je comprends bien la difficulté que vous avez évoquée. Je pense cependant qu'elle pourrait être contournée en mettant en place un mécanisme d'obligation pour le producteur si les produits proviennent d'animaux nourris avec des OGM. Si je comprends que la détection ne soit pas toujours facile, on peut, selon moi, introduire une obligation quant à l'utilisation de ces OGM.

**08.06 Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord en voor de maatregelen die u al hebt genomen en die u nog wilt nemen. Het is goed dat u dat ernstig neemt. Die genetische manipulatie is een wetenschappelijke ontwikkeling die voor vele mensen hoopgevend is, maar die ook met vele gevaren kan gepaard gaan.

Het is niet enkel genetische manipulatie, men probeert ook vaak de publieke opinie en de politici te manipuleren. Daarom is het voor ons niet zo voor de hand liggend om daarin een duidelijke beslissing te kunnen nemen. Ter zake moet inderdaad grondig onderzoek naar worden gevoerd, op verschillende niveaus. Ook het Parlement zal dat met veel aandacht blijven volgen. Ik ben tevreden dat u daar ook de nodige aandacht aan schenkt.

**08.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, vous avez tenté d'avoir un discours rassurant, disant que les évaluations étaient très strictes. Pour ma part, je ne suis pas du tout d'accord sur cet aspect. La fin de votre réponse comportait d'ailleurs une contradiction quant à ce jugement sur les évaluations.

Actuellement, les évaluations ne sont clairement pas suffisantes car elles n'envisagent pas les effets à long

terme. C'est l'intérêt essentiel de l'étude du Pr Séralini qui a fait un essai à plus long terme, à savoir sur l'entièreté de la vie d'un rat. Il faut se poser la question de l'évaluation à long terme.

Quel que soit le jugement final sur l'étude du Pr Séralini, celle-ci a eu le mérite de faire en sorte que l'on s'interroge sur le fonctionnement des divers comités scientifiques. À la rentrée académique de Gembloux, il y a eu une remise en cause très parallèle des procédures d'évaluation en ce qui concerne les pesticides. Il était très intéressant de voir un professeur de l'université de Gembloux souligner l'insuffisance des évaluations. En effet, elles se font à trop court terme, elles n'étudient pas les effets croisés et sont réalisées par les firmes productrices elles-mêmes.

Parallèlement aux OGM, j'attire votre attention sur le cas du Roundup. Il semblerait que la Belgique ait tout de suite pris position à l'EFSA. Nos experts auraient dit que le Roundup ne présentait aucun problème. Je ne sais pas d'où ils sortent cela mais je l'ai lu dans le rapport de la téléconférence tenue le 28 septembre à l'EFSA avec les représentations des États membres dont la Belgique, les Pays-Bas, la France et le Danemark au sujet de l'étude de Séralini. À mon avis, en disant que le Roundup ne présentait aucun problème, la Belgique a pris une position un peu rapide. J'ai en tout cas beaucoup d'inquiétudes en ce qui concerne le Roundup, d'autant plus que ce pesticide est utilisé à grande dose par le professionnel, mais également par le particulier qui prend encore moins de précautions que le professionnel.

Il ressort de tout ceci que des procédures d'évaluation beaucoup plus strictes, plus indépendantes et plus complètes doivent être défendues tant pour ce qui concerne les OGM que les pesticides. Il faut travailler sur l'indépendance de l'expertise, ce que je répète inlassablement.

En outre, pour répondre aux interpellations de Mme Fonck, je signale que j'ai déposé une proposition de loi sur l'étiquetage positif des produits issus d'animaux. Un étiquetage positif marquerait les produits issus d'animaux qui ont été nourris sans OGM. Cela a déjà lieu dans d'autres États membres. C'est donc tout à fait réalisable et cela aurait un effet positif. Car même si les modifications génétiques disparaissent à travers la digestion, le consommateur aurait ainsi le choix du mode de production. C'est ce qui nous importe!

Par ailleurs, je rappelle que notre groupe a également déposé une proposition de loi sur l'évaluation socioéconomique des OGM, ce qui figure d'ailleurs dans le pipeline européen mais qui n'avance pas.

J'espère que la Belgique sera pionnière dans l'application du principe de précaution et dans la recherche de procédures qui éviteraient des risques pour la santé humaine et pourraient rassurer définitivement l'opinion publique.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**09 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le dépistage du cancer du sein" (n° 13408)**

**09 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "borstkankerscreening" (nr. 13408)**

**09.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen):** Madame la ministre, l'INAMI a publié récemment un rapport sur la qualité des soins prodigués par le médecin de famille en Belgique. Il relève que de trop nombreuses femmes quadragénaires ont recours à la radiographie des seins. Les risques seraient supérieurs aux avantages. Les radiations ionisantes sont nocives, et les quadragénaires s'y exposent inutilement. Les experts pointent ici le rôle du médecin généraliste. Celui-ci ne suivrait pas suffisamment le programme officiel de dépistage, qui concerne les quinquagénaires et les sexagénaires et étendrait ce dépistage aux femmes de quarante ans, alors que ce serait inopportun dans la plupart des cas.

Un récent rapport du KCE abonde dans ce sens. Il a mesuré les dégâts d'une extension du dépistage du cancer du sein aux femmes de quarante ans de notre pays: l'irradiation liée à ces mammographies pourrait causer quarante cancers supplémentaires et seize décès! Ajoutons à cela les traitements excédentaires que ces dépistages engendrent (biopsies, ablations partielles ou totales, etc.), et le KCE de préconiser une mise en garde contre des effets négatifs qu'il estime considérables.

Madame la ministre, avez-vous pu prendre connaissance de ces deux études? Quel est votre avis sur les recommandations de ces deux instances? Faut-il remettre en cause les dépistages réalisés pour les femmes quadragénaires, alors que le risque de cancer du sein est également réel pour cette tranche d'âge? En effet, le cancer frappe aujourd'hui des femmes plus jeunes. Existe-t-il des alternatives aux examens radiologiques afin d'éviter les dégâts causés par les radiations?

**09.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame Snoy, le rapport du Centre fédéral d'expertise, le KCE, souligne les inconvénients du dépistage systématique chez les femmes de quarante à quarante-neuf ans sans risque accru. Le KCE conclut qu'ils pourraient être supérieurs aux avantages et recommande plutôt de fournir une information complète à toutes les femmes qui souhaitent une mammographie préventive.

Le rapport de l'INAMI sur la qualité des soins prodigués par le médecin de famille en Belgique relève que de trop nombreuses femmes âgées de quarante à quarante-neuf ans ont recours au dépistage, lequel provoque une exposition inutile aux radiations ionisantes. Cette analyse s'aligne sur les recommandations émises par le KCE. Plus précisément, l'étude indique que les patientes vues par le généraliste ont un pourcentage de prescriptions de mammographies qui est trop important que pour s'expliquer par une mise au point relative aux symptômes.

À cet égard, il est essentiel de souligner le rôle central en termes d'information que doivent jouer les généralistes dans leurs missions de prévention et ce, en coordination avec les gynécologues.

Complémentairement aux études que vous avez mentionnées et sur base de l'évidence scientifique actuelle, il est très important d'identifier les femmes présentant un risque accru de cancer du sein, quel que soit leur âge, et de leur offrir des tests adéquats à une fréquence adéquate. Le rapport du KCE, publié en janvier dernier, relatif au dépistage du cancer du sein sur mesure en fonction du risque, indique que la présence d'un cancer du sein dans la famille est le facteur de risque le plus important. Un bilan sénologique à visée diagnostique est donc recommandé pour les femmes à risque accru.

Dans le cadre du Plan Cancer, un budget de deux millions d'euros par an a déjà été prévu afin de permettre, pour ces femmes, une prise en charge des examens de bilan sénologique complet. Pour l'exécution de ces mesures, il s'agira de créer des nouveaux codes de nomenclature.

Au vu de la complexité de cette matière, j'ai réuni les différentes parties prenantes – dont des experts – autour d'une première table ronde qui a eu lieu le 6 septembre 2011, suivie d'une seconde qui a eu lieu le 13 mars dernier. Le but de ces réunions était de réfléchir ensemble à la meilleure politique à mettre en œuvre pour l'amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein. Les recommandations du KCE tout comme les points que j'ai cités, à savoir l'information des femmes concernées sur les facteurs de risque et les bénéfices et les désavantages du dépistage par mammographie, y ont été abordés.

Je peux vous préciser qu'actuellement, une proposition de consensus de l'INAMI quant à l'adaptation de la nomenclature relative aux mammographies a été présentée et est actuellement à l'étude au sein de mon cabinet. Je prendrai donc une décision globale à cet égard prochainement.

Enfin, pour répondre à votre dernière question, de l'avis des spécialistes, la mammographie est l'examen de dépistage approprié pour la détection du cancer du sein.

**09.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Si j'entends bien, on va essayer de détecter les patientes à risque et maintenir un remboursement pour celles-là. Mais il se pourrait que des remboursements soient refusés aux patientes qui feraient un dépistage systématique mais qui ne seraient pas à risque.

**09.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Je suis en train d'examiner la situation, mais on essaie vraiment de protéger des femmes qui font une mammographie alors qu'elles ne sont pas à risque. Or, une mammographie, ce sont des rayonnements ionisants. Il faut donc protéger la santé de ces femmes.

**09.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Je suis d'accord aussi. Je vous remercie pour ces informations.

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

**10 Questions jointes de**

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'exposition aux perturbateurs endocriniens" (n° 13479)

- Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le bisphénol A" (n° 13485)

**10 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de blootstelling aan hormoonontregelaars" (nr. 13479)

- mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "bisfenol A" (nr. 13485)

**10.01 Colette Burgeon (PS):** Madame la présidente, madame la ministre, la Belgique a décidé d'interdire le bisphénol A dans les contenants alimentaires destinés aux enfants âgés de 0 à 3 ans à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Lors des débats parlementaires qui se sont tenus autour de cette problématique, la question de l'interdiction générale du bisphénol A dans tous les contenants alimentaires a évidemment été posée. Il a toutefois été décidé d'attendre les résultats d'études alors en cours avant de statuer sur une telle interdiction. Le Conseil supérieur de la Santé devait effectivement remettre un avis portant sur les différentes voies d'exposition. Par ailleurs, un avis portant sur les alternatives au bisphénol A était également attendu. Enfin, une étude européenne sur les perturbateurs endocriniens, à laquelle participait la Belgique, était alors menée.

La Belgique n'est évidemment pas le seul pays à s'interroger sur la nocivité et la toxicité de cette substance. En France, l'interdiction visant les contenants alimentaires destinés aux enfants entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013 également. Le Sénat français a toutefois récemment décidé d'aller plus loin. Ainsi, le 1<sup>er</sup> juillet 2015, plus aucun conditionnement, contenant ou ustensile à usage alimentaire ne pourra comporter du bisphénol A. Jusqu'à cette date, les conditionnements comportant du bisphénol A et destinés à recevoir des produits alimentaires devront afficher un avertissement sanitaire déconseillant son usage aux femmes enceintes, aux femmes allaitant et aux enfants de moins de trois ans. Enfin, les dispositifs médicaux destinés aux femmes enceintes, aux femmes allaitant, aux nourrissons ou aux enfants jusqu'à trois ans comportant du bisphénol A seront également bannis à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Madame la ministre, les avis attendus auxquels il a été fait référence lors des débats parlementaires portant sur l'interdiction de cette substance en Belgique sont-ils aujourd'hui disponibles? Si oui, quelles sont les conclusions? Le débat qui devrait idéalement être mené au niveau européen se poursuit-il avec l'ensemble des États membres?

**10.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen):** Madame la ministre, mes questions sont quasiment identiques. J'ai simplement fait référence en plus à la ministre danoise de l'Environnement qui a annoncé que son gouvernement avait l'intention d'interdire, dès cet automne, quatre types de phtalates dans les produits de consommation susceptibles d'entrer en contact avec la peau ou les muqueuses. J'ai pris cet exemple car il s'agit d'une initiative nationale, dont on nous dit souvent qu'elle est impossible à cause de l'Europe. Malgré cela, on constate qu'il y a de plus en plus d'initiatives nationales, Mme Burgeon a encore cité celle du Sénat français.

Madame la ministre, où en est l'avis du Conseil supérieur de la Santé? Ne pensez-vous pas qu'à l'instar du Danemark, il soit nécessaire que nous appliquions un principe de précaution sur l'ensemble des perturbateurs endocriniens, en bravant la lenteur des processus européens?

**10.03 Laurette Onkelinx, ministre:** Madame, je voudrais, tout d'abord, préciser que l'interdiction française relative au bisphénol A n'est pas encore d'application. Le projet de texte est actuellement en discussion au Sénat français et doit encore faire l'objet d'un vote. Ledit Sénat vient de proposer de postposer l'entrée en vigueur de cette loi au 1<sup>er</sup> janvier 2015 au lieu du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Dans toute l'Union européenne, toute interdiction d'une substance doit se baser sur une évaluation des données scientifiques existantes qui démontreraient un risque pour la santé des consommateurs.

Pour ce qui est du bisphénol A, malgré de nombreuses études, ce risque pour la population en général n'est, actuellement, pas démontré. C'est d'ailleurs ce que confirme l'avis du Conseil supérieur de la Santé du 3 novembre 2010.

Des incertitudes existaient encore, mais uniquement pour les enfants de 0 à 3 ans. C'est pour cette raison (principe de précaution) que des mesures ont déjà été prises et entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier prochain pour cette catégorie d'âge.

Les trois études mentionnées durant les travaux parlementaires ne sont pas encore disponibles. La première étude concerne les substituts au bisphénol A et aux polycarbonates dans la fabrication des biberons. Cette étude menée par l'Institut de Santé publique doit durer trois ans. Les premiers résultats ne seront disponibles qu'en 2014. La deuxième étude consiste en un biomonitoring de la population européenne auquel la Belgique a participé. Cette étude porte sur la présence dans l'organisme de différentes substances chimiques. Il s'agit du projet DEMOCOPHES. Pour rappel, il s'agit d'évaluer l'exposition de la population à ces substances via des analyses d'urine et de sang, et ce sans tenir compte de la source d'exposition. Les substances concernées sont, par exemple, certains phtalates, le bisphénol A, etc. Toutes les analyses ont été réalisées. Le rapport final sera présenté au niveau européen à Chypre, fin de ce mois d'octobre. Un *workshop* au niveau belge sera organisé, le 28 novembre prochain, afin de présenter les résultats de cette étude en Belgique.

Enfin, le Conseil supérieur de la Santé finalise son évaluation de l'exposition du consommateur via un avis en cours intitulé "Bisphénol A: voie d'exposition alimentaire et non alimentaire". Cet avis sera disponible, fin de cette année.

En ce qui concerne le débat au niveau européen, celui-ci est, bien sûr, toujours en cours. L'EFSA, à la demande de la Commission européenne, procède actuellement à une nouvelle évaluation du bisphénol A dans le cadre des matériaux destinés aux contacts alimentaires. Les résultats devraient être disponibles pour le mois de mai 2013. Mes collaborateurs et mon administration suivent évidemment très attentivement ce dossier.

En ce qui concerne les phtalates, trois d'entre eux (le DEHP, le DBPet le BBP) sont déjà interdits dans les jouets et les articles de puériculture.

Ils font également l'objet de limitations dans d'autres législations comme dans celle réglementant les cosmétiques. Ces trois phtalates et le DIBP ont également été identifiés comme substances extrêmement préoccupantes sous REACH, du fait de leurs propriétés toxiques pour la reproduction et sont listés dans l'annexe 14 des substances soumises à autorisation sous le règlement REACH.

Jusqu'à présent, ces phtalates ont été analysés pour leur toxicité sur la reproduction, mais la problématique de la perturbation du système endocrinien en elle-même n'a pas été directement investiguée. Cependant, la Belgique suit activement cette problématique émergente au sein des différents forums européens, l'objet de ces forums étant de récolter des informations nécessaires pour prendre ensuite des décisions étayées et objectives.

En ce qui concerne les produits cosmétiques, les quatre phtalates mentionnés font déjà l'objet d'une interdiction. Vous constaterez que nous suivons cette problématique de très, très près et qu'à côté de ce qui se passe au niveau européen, la Belgique n'est pas en reste en matière de précaution par rapport à l'utilisation de ces produits.

**10.04 Colette Burgeon (PS):** Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse très complète. Il importerait d'en reparler eu égard aux échéances que vous avez mentionnées: fin 2012, mai 2013, voire 2014.

Nous aurons certainement encore des questions à poser à moins que, spontanément, vous nous donniez des informations lorsque vous en saurez plus.

**10.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen):** Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. En ce qui me concerne, je voulais vous rappeler effectivement que la contestation de la loi sur l'interdiction du bisphénol que nous avons votée récemment provenait du fait que les enfants de 0 à 3 ans n'étaient pas protégés par cette loi, dans la mesure où les voies d'exposition n'étaient pas uniquement les

emballages alimentaires pour bébés de 0 à 3 ans, mais aussi le lait maternel et éventuellement la barrière placentaire.

La question sur les voies d'exposition est donc essentielle. Vous aviez promis un avis du Conseil supérieur de la Santé pour le mois de juin. Nous entendons qu'il sera rendu à la fin de l'année. J'espère qu'il ne sera pas encore reporté, car il importe à mes yeux de savoir si nous devons renforcer cette loi que nous avons votée.

Pour le reste, voilà longtemps que nombre de scientifiques mettent le doigt sur le danger des perturbateurs endocriniens et leurs effets! En général, les alarmes que certains scientifiques lancent sont tout à fait négligées et insuffisamment prises en considération vu la gravité des effets observés. C'est pendant toute sa vie que la perturbation du système hormonal affectera une personne.

Eu égard à la gravité des effets, j'estime qu'insuffisamment de précautions sont prises!

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: Il me reste encore une question à poser si vous êtes d'accord, madame la ministre! Il n'est pas midi et nous avons bien travaillé!

**10.06** **Laurette Onkelinx**, ministre: Vous posez beaucoup de questions, madame la présidente!

La **présidente**: Certes! C'est mon job!

**10.07** **Laurette Onkelinx**, ministre: De temps en temps, vous faites remarquer que la commission pose trop de questions ...

La **présidente**: Moi, je fais remarquer que l'on pose trop de questions?

**10.08** **Laurette Onkelinx**, ministre: Bien entendu! Parfois, cela laisse trop peu de temps pour les propositions!

La **présidente**: Ce que je dis, c'est que la commission devrait travailler davantage, soit deux jours et pas un seul pour pouvoir et poser des questions et élaborer des propositions.

**11** **Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le lancement de la plate-forme 'the Belgian Pledge'" (n° 13480)**

**11** **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de lancering van het platform 'the Belgian Pledge'" (nr. 13480)**

**11.01** **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, dans la lignée de l'EU Pledge lancé en 2007, la plate-forme Belgian Pledge a été inaugurée à Bruxelles. Il s'agit d'une plate-forme dont l'objectif est de généraliser des pratiques publicitaires responsables pour les denrées alimentaires. Trois associations se sont regroupées pour cette initiative: l'industrie alimentaire, la distribution et les annonceurs. Les entreprises qui souscrivent à la plate-forme s'engagent volontairement à adopter des pratiques publicitaires redéfinies. Les publicités à l'attention des moins de 12 ans ne seront dorénavant autorisées que pour des produits qui répondent à des critères nutritionnels spécifiques définis par le ministère de la Santé publique.

Trente-trois entreprises ont adhéré au Belgian Pledge. Les médias sont ceux dont l'audience est composée de 35 % ou plus d'enfants de moins de 12 ans, et non plus 50 % comme précédemment. Le secteur alimentaire s'engage également à ne pas communiquer sur des produits tels que les chips, biscuits, bonbons, sodas, dans les écoles, excepté à la demande explicite de la direction et dans le cadre d'activités à but éducatif.

Madame la ministre, cette plate-forme a-t-elle été en contact avec vos services, en particulier avec l'équipe du Plan National Nutrition Santé (PNNS)? Êtes-vous satisfaite des engagements pris par cette plate-forme?

Ne pensez-vous pas qu'une évaluation externe soit nécessaire pour mesurer le degré d'efficacité de cette campagne et de disposer d'indicateurs de suivi?

Vous avez également annoncé vouloir lancer prochainement une consultation des interlocuteurs du secteur alimentaire, afin de mettre en place une plate-forme qui se penchera sur les problématiques d'une alimentation plus saine et de lutte contre le surpoids. Avez-vous une échéance pour cette consultation? Quels acteurs avez-vous consultés jusqu'à présent?

**11.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: Le Belgian Pledge, qui a été lancé à l'initiative de la FEVIA, de COMEOS et de l'Union belge des annonceurs vient compléter le code de 2006 relatif à l'autorégulation sur la publicité faite à l'égard des denrées alimentaires. Toutes ces mesures sont des initiatives du secteur privé, destinées à améliorer la qualité des messages de marketing alimentaire. Je partage votre avis quant à l'importance de disposer d'un contrôle rigoureux des résultats de ces initiatives. Un monitoring efficace et indépendant est fondamental pour valider des initiatives de ce type.

Étant donné que plus de 19 entreprises ont déjà signé le Belgian Pledge, il faut espérer que la bonne application de ce dernier sera assurée correctement par les signataires. Dans le cadre des travaux du PNNS, les différentes parties prenantes du secteur privé sont invitées à remettre un rapport annuel sur leurs activités. Le marketing alimentaire doit en faire partie, au même titre que les efforts de reformulation des produits. Il va de soi que mon administration suivra attentivement, dans ce cadre, les travaux du Belgian Pledge.

Parallèlement, j'ai demandé à l'équipe du PNNS de lancer, pour le mois de novembre, une plate-forme sur le marketing alimentaire avec les acteurs impliqués, à savoir l'industrie alimentaire, la grande distribution, les annonceurs, les chaînes de télévision et de radio, la presse écrite et des représentants d'associations de consommateurs.

Le but est de définir une charte visant à travailler positivement sur les habitudes alimentaires de la population.

J'ose espérer que cet ambitieux travail, que nous mènerons avec l'ensemble des interlocuteurs, permettra de changer l'environnement marketing de notre pays de manière durable, avec un impact positif sur les habitudes alimentaires et la santé de nos concitoyens.

**11.03** **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie.

Je suis contente de savoir qu'il y a également une initiative publique qui va sans doute cumuler ses effets avec ceux de l'initiative privée.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 11.42 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.42 uur.*