

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 20 APRIL 2010

Voormiddag

---

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

du

MARDI 20 AVRIL 2010

Matin

---

De vergadering wordt geopend om 10.20 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

De **voorzitter**: Vraag nr. 20570 van mevrouw Detiège wordt ingetrokken.

**01** Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de epidemiologische studie in de omgeving van de kerncentrales" (nr. 21042)

**01.01** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Eind 2008 heeft de minister van Volksgezondheid het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid belast met een studie over de gezondheid van mensen die in de omgeving van een nucleaire site wonen.

Deze studie is nog niet klaar, maar de Stichting Kankerregister realiseerde al een eerste telling van de gevallen van schildklierkanker, op grond van de gegevens voor de periode 2004-2006. Daaruit blijkt dat dit type kanker bijna driemaal vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Ook zou schildklierkanker tweemaal vaker voorkomen in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen. Deze kanker schijnt ook vaker te worden aangetroffen in industriële en nucleaire zones. De Gewesten hanteren echter sterk uiteenlopende diagnostische methoden. Men kan zich dan ook afvragen hoe een en ander tot samenhangende resultaten kan leiden. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) kreeg de opdracht dit probleem te bestuderen. Welke vragen werden er precies gesteld aan het KCE?

De periode waarop de ingezamelde gegevens betrekking hebben, is echter te kort om die studie een wetenschappelijke grondslag te geven. Hoe evolueerden de cijfers na 2006?

Zullen er, ten slotte, ook nog andere kankers onder de loep worden genomen?

**01.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Frans*): Na het incident van september 2008 en teneinde de bevolking gerust te stellen, heeft de FOD Volksgezondheid voorgesteld de eventuele aanwezigheid van radioactief jodium in de schildklier van de bewoners na te gaan. Wie dat wou, kon zich laten testen. In totaal zijn ongeveer 1.400 mensen op dat voorstel ingegaan. De resultaten zijn voor iedereen bevredigend. De specialisten hebben immers geconcludeerd dat de blootstelling niet gevaarlijk is geweest. De bewoners zijn dus gerustgesteld.

Ondertussen werd het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid verzocht een nationale epidemiologische studie te wijden aan de gezondheid van mensen die in de omgeving van een nucleaire site wonen. Na overleg met de diverse partners werd er een werkmethode voorgesteld. Die omvat een descriptief, prospectief en systematisch onderzoek rond de nucleaire sites van klasse 1: de kerncentrales van Doel en Tihange, het Studiecentrum voor Kernenergie in Mol en zijn sites in Dessel en Geel, het Instituut voor Radio-

elementen in Fleurus en het Belgische grondgebied rond de kerncentrales van Chooz in Frankrijk en van Borssele in Nederland.

Vanuit methodologisch oogpunt wordt het ontstaan van nieuwe kankers het grondigst onderzocht. Daarbij wordt bijzondere aandacht besteed aan kinderen, die gevoeliger zijn voor ioniserende stralingen.

Dergelijke analyses worden gemaakt op grond van in de tijd gespreide gegevens, omdat die gevallen zeldzaam zijn en om de kans op toevallige fluctuaties te beperken. De kwaliteit van de databank is van doorslaggevend belang voor de kwaliteit van de studie. Daarom legt de Stichting Kankerregister zich erop toe de validiteit van de gegevens te verbeteren. Het is een enorme, maar waardevolle investering opdat men over betrouwbare gegevens zou kunnen beschikken. Er zijn correcte gegevens beschikbaar voor de jaren 2004 tot en met 2006.

Uit een eerste telling blijkt dat schildklierkanker twee keer vaker in Wallonië en Brussel voorkomt dan in Vlaanderen. Dat verschil zou verklaard kunnen worden door uiteenlopende diagnostische methoden en klinische praktijken. Zo worden er bijvoorbeeld in Brussel twee keer en in Wallonië drie keer meer thyreoïdectomieën uitgevoerd dan in Vlaanderen. Het KCE werd gevraagd te onderzoeken in hoeverre de incidentie, de diagnose en de behandeling van schildklierkanker in de drie Gewesten werkelijk van elkaar verschillen. De resultaten worden in 2011 verwacht.

De eerste ruwe resultaten bevestigen dat er effectief een verschil is tussen het noorden en het zuiden van het land, maar binnen eenzelfde zone worden er grote verschillen vastgesteld. Zo ligt de gemiddelde incidentie binnen een straal van twintig kilometer rond Fleurus of Chooz hoger dan het Waalse gemiddelde, maar is de verdeling binnen die zones bijzonder gecontrasteerd. Die discrepantie werd ook vastgesteld op andere plaatsen die ver van een kerncentrale liggen. Die variaties zouden toegeschreven kunnen worden aan het feit dat de onderzoeksperiode, volgens de deskundigen, te kort is.

De Stichting Kankerregister wint momenteel de gegevens voor 2007-2008 in. Het WIV zal daardoor over een grotere databank, en dus een bredere basis, beschikken voor zijn onderzoek.

Op het einde van het jaar zal men kunnen starten met de analyses over een periode van vijf jaar. De definitieve resultaten worden in de loop van 2011 verwacht.

**01.03 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen!): Gebeurt die analyse in samenwerking met andere Europese landen teneinde de databank uit te breiden? Als dat niet het geval is, zou het interessant kunnen zijn om dat wel te doen. Het is belangrijk dat het KCE de gegevens harmoniseert. In ons land gebeurt het vaak dat gegevens met betrekking tot de gezondheid niet op dezelfde manier worden geïnventariseerd. Het is dan ook zeer moeilijk om er conclusies uit te kunnen trekken met betrekking tot het preventiebeleid.

**01.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Frans): Ik zal uw suggestie betreffende de uitwisseling van gegevens met de buurlanden en het vergelijken van de resultaten aan mevrouw Onkelinx doorspelen.

*Het incident is gesloten.*

*Voorzitter: Muriel Gerken.*

## **02 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Thérèse Snoy et d'Oppuers** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de sigarettensprijs" (nr. 21046)  
- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verkoop van tabaksproducten onder de prijs van de fiscale zegel" (nr. 21063)

**02.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Sinds 1994 gold de verplichting om tabaksproducten te verkopen tegen de prijs die op de fiscale zegel wordt vermeld. Sinds 1 november 2009 geldt die verplichting niet meer ten gevolge van een ministerieel besluit dat door de heer Reynders werd uitgevaardigd. Volgens de pers worden er pakjes sigaretten verkocht tegen een prijs die lager ligt dan die welke op de fiscale zegel

wordt aangegeven.

Mevrouw Onkelinx heeft haar ongenoegen te kennen gegeven over deze verkoop tegen verminderde prijzen, die de inspanningen ter zake van de regering op de helling zet, aangezien de prijs een doorslaggevende factor is in de strijd tegen het tabaksgebruik. Kennelijk verschillen de regeringspartijen daarover van mening. Hoe zal u die tegenstrijdigheid wegwerken en ervoor zorgen dat er een samenhangend beleid wordt gevoerd?

**02.02 Koen Bultinck (VB):** Volgens het ministerieel besluit van 23 oktober 2009 mogen tabaksfabrikanten niet langer verkopen tegen een hogere prijs dan de fiscale zegel op het product. De Europese Commissie verbiedt echter minimumprijzen voor tabaksproducten. Minister Reynders werd hierover al ondervraagd, maar uit zijn antwoord werd niet duidelijk wat nu het standpunt van de regering is. Minister Onkelinx van haar kant antwoordde dat het verbod van de Commissie haaks staat op het tabaksbeleid dat de regering wil voeren.

Wat is de stand van zaken? Werd het ministerieel besluit aangepast?

**02.03 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands):** Dit debat werd al eens gevoerd.

(Frans) Minister Onkelinx heeft kennisgenomen van de gevolgen van de wijziging, bij het ministerieel besluit van 23 oktober 2009 (*Belgisch Staatsblad* van 29 oktober 2009, 2<sup>e</sup> uitgave, blz. 70352-70396), van artikel 26 van het ministerieel besluit van 1 augustus 2004 betreffende het fiscaal stelsel van gefabriceerde tabak. Als minister van Volksgezondheid kan ze zo een maatregel, die haaks staat op de inspanningen in de strijd tegen kanker, niet aanvaarden. Minister Reynders heeft op 26 maart 2010 echter een nieuw ministerieel besluit uitgevaardigd (*Belgisch Staatsblad* van 29 maart 2010, 2<sup>e</sup> uitgave, blz. 19426), waarbij de omstreden bepaling wordt opgeheven en de vorige toestand wordt hersteld.

**02.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!):** Wij appreciëren de reactie van de heer Reynders, maar niettemin verbaast het ons dat er in november 2009, toen mevrouw Onkelinx haar kankerplan reeds had ontwikkeld, nog zo'n beslissing werd genomen. Een en ander getuigt van een manifest gebrek aan samenhang in de regering. Welke luizenstreek mogen we zo nog verwachten?

Die situatie is ook verwarrend voor de handelaars en de consumenten. Er moet worden gecontroleerd of die regeling wel degelijk wordt toegepast en de regering moet een meer samenhangend beleid op dit vlak voeren.

**02.05 Koen Bultinck (VB):** Het probleem is voorlopig opgelost. Het is merkwaardig dat deze praktijken in 2009 – toen het Kankerplan al lang was ingediend – nog mogelijk waren. Is de publicatie van een nieuw ministerieel besluit een definitieve oplossing of zal de Europese Commissie opnieuw dwarsliggen?

**02.06 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Nederlands):** Ik denk dat we hiermee een definitieve oplossing hebben uitgewerkt.

*Het incident is gesloten.*

**03 Vraag van mevrouw Françoise Colinia aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "seksomnie" (nr. 21192)**

**03.01 Françoise Colinia (MR):** De rechtbank te Bergen heeft zich moeten uitspreken over een bijzonder geval van incestueuze verkrachting. De beklaagde gaf de feiten toe, maar beweerde dat hij leed aan seksomnie of slaapseks, een slaapstoornis waarbij een persoon zonder zich daar bewust van te zijn seksuele handelingen verricht, die zelfs kunnen leiden tot geslachtsgemeenschap. Hij werd vrijgesproken op grond van het voordeel van de twijfel.

Deze aandoening is uiterst zeldzaam. Wereldwijd zijn er slechts elf gevallen erkend.

Beschikken we over exacte cijfers? Zijn er specifieke criteria om de diagnose van deze stoornis te stellen?

Zo niet, hebt u of minister Onkelinx de bevoegde artsen reeds gevraagd zo'n diagnostische methode uit te werken? Werd de oorzaak van deze ziekte reeds vastgesteld? Zo niet, heeft u al overwogen dit te laten onderzoeken?

Er zouden doeltreffende behandelingen bestaan. In hoeverre zijn ze echt doeltreffend? Zou iemand die zich bewust is van zijn ziekte, zoals de betrokken vader, die incestueuze verkrachting hebben kunnen voorkomen, indien hij adequaat was behandeld?

Die uitspraak kan een precedent scheppen. Als men over duidelijke en precieze criteria zou beschikken, zou men kunnen voorkomen dat er opnieuw een rechter in die zin uitspraak doet.

**03.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Frans*): Minister Onkelinx was erg verbaasd over dat vonnis, en benadrukt dat het niet in kracht van gewijsde is gegaan.

Slaapseks is een variant van het klassieke slaapwandelen.

Deze omschrijving vinden we terug in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM4), maar de ondervraagde Belgische slaapspecialisten en seksuologen hadden nog nooit gehoord van deze vorm van somnambulisme.

Volgens de literatuur wordt deze stoornis – die bij beide seksen kan optreden – gekenmerkt door het feit dat de persoon zich achteraf niets meer herinnert. Soms verklaren getuigen dat de persoon wel 'bezeten' leek en veel rauwere taal gebruikte en zich agressiever gedroeg dan in zijn gewone doen.

De meest klassieke diagnostische methode bestaat in een studie van verschillende video-opnames van de slaap.

Dit probleem kan veroorzaakt worden door epilepsie. Alcoholgebruik en de inname van bepaalde geneesmiddelen en drugs kunnen het optreden van episodes van sekssomnia in de hand werken. Bepaalde gedragsstoornissen als gevolg van een intolerantie voor dopamineagonisten, die vaak worden gebruikt voor de behandeling van restless legs of parkinson, kunnen hiermee in verband worden gebracht. Bepaalde slaapmiddelen van de nieuwe generatie werden eveneens al verantwoordelijk geacht voor complexe vormen van parasomnia.

De goedaardige vormen van deze slaapstoornis hoeven niet te worden behandeld, maar een behandeling is wel noodzakelijk wanneer de stoornis de betrokkene en zijn omgeving in gevaar brengt.

In dat geval moet de patiënt diazepinen of antidepressiva innemen.

Aangezien het een uitzonderlijke of zelfs onbekende aandoening betreft, beschikken we niet over cijfermateriaal.

**03.03** **Françoise Colinia** (MR): Die ziekte bestaat in vele vormen. Kunnen hier specifieke studies aan gewijd worden? Professor Robert Poirrier, die in Luik het *Centre d'étude des troubles du sommeil* leidt en zelf een internationale classificatie heeft opgesteld, hanteert juist niet die indeling in allerlei vormen. Zal er specifieke aandacht worden besteed aan die problematiek?

**03.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Frans*): Dit is een nieuw en uitzonderlijk gegeven. Minister Onkelinx zal er haar volle aandacht aan wijden wat de psychiatrische kennis, de geneeskundige aanpak, de juridische gevolgen, en het verband met de in ons land vigerende wetgeving betreft.

*Het incident is gesloten.*

#### **04** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Magda Raemaekers** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van pepmiddelen door jongeren" (nr. 21139)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het stijgend gebruik van pepmiddelen door jongeren" (nr. 21208)
- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het gebruik van pepillen door jongeren" (nr. 21313)

**04.01 Maggie De Block** (Open Vld): Het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties meldt dat niet minder dan 15 procent van de jongeren in het algemeen secundair onderwijs stimulerende middelen gebruikt om de fysieke en intellectuele prestaties te verbeteren. Een vijfde van de ondervraagde jongeren neemt regelmatig middelen tegen fysieke vermoeidheid. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die als drug worden gebruikt, waaronder kalmerende middelen, oppeppers en amfetamines. Daarnaast worden ook solventen als lijm, vernis en aceton geïnhaleerd. Moet er bij de artsen geen campagne opgezet worden om bij het voorschrijfgedrag meer voorzichtigheid aan de dag te leggen? Is het niet wenselijk om inzake preventie overleg te plegen met de Gemeenschappen en Gewesten?

**04.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Dit is geen onbekend probleem en uiteraard is de situatie zeer verontrustend. De problematiek van het gebruik van psychotrope stoffen in het algemeen en bij jongeren in het bijzonder moet multidisciplinair en door de diverse federale, gemeenschaps- en gewestelijke autoriteiten worden aangepakt.

De cel Gezondheidsbeleid Drugs en de Hoge Gezondheidsraad zijn reeds bij deze problematiek betrokken. De geneesmiddelen zijn alleen op medisch voorschrift verkrijgbaar. Het voorschrijven van methylfenidaat, rilatine en fenitilincaptagon is bovendien speciaal gereguleerd bij toepassing van het KB van 22 januari 1998.

De artsen die psychotrope stoffen voorschrijven, moeten hun voorschrijfgedrag kunnen rechtvaardigen voor de Provinciale Geneeskundige Commissie. Ik denk niet dat het nodig is om het gebruik van stimulerende of andere middelen door studenten te stigmatiseren. Campagnes moeten de studenten vooral stimuleren om goede leefgewoonten aan te nemen tijdens de examenperiode.

**04.03 Maggie De Block** (Open Vld): Ik zal bij de Provinciale Geneeskundige Commissie navragen in hoeverre artsen reeds verantwoording moeten afleggen betreffende hun voorschrijfgedrag.

*Het incident is gesloten.*

**05 Vraag van mevrouw Alexandra Colen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "een Belgische hulpverlenster die onwettige abortussen organiseerde in het buitenland" (nr. 21209)**

**05.01 Alexandra Colen** (VB): Naar aanleiding van een recente rechtszaak over babymoord verklaarde mevrouw Lucie Van Crombrugge, een voormalig personeelslid van een abortuscentrum in Gent, op de radio dat ze geregeld vrouwen op consultatie kreeg die pas laat in de zwangerschap wisten dat ze zwanger waren en dat ze af en toe vrouwen vergezelde naar Spanje om daar een late abortus te laten uitvoeren. Volgens de Belgische wetgeving is abortus na de twaalfde week verboden. Mevrouw Van Crombrugge, tewerkgesteld volgens de regels van de Belgische abortuswetgeving in een erkende en gesubsidieerde instelling, heeft dus geassisteerd bij het plegen van strafbare feiten.

Heeft de minister weet hiervan? Werden deze feiten opgenomen in de verslagen van de evaluatiecommissie en van daaruit gesignaleerd aan Justitie? Heeft mevrouw Van Crombrugge ook de terugbetaling van deze illegale abortussen geregeld? Moet de oplossing voor vrouwen die een zwangerschap laat ontdekken of zelfs verdringen, niet eerder worden gezocht in het anoniem bevallen en vervolgens afstaan van de baby dan in een abortus?

**05.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Nederlands): De jaarverslagen van de instelling waaraan mevrouw Van Crombrugge tot vorig jaar verbonden was, maken enkel melding van doorverwijzingen naar Nederland of het Verenigd Koninkrijk van vrouwen die langer dan veertien weken zwanger waren. Vrouwen

die niet meer in aanmerking kwamen voor een abortus, werd geadviseerd hun kind af te staan voor adoptie. Verplichten kan niet, het blijft een zuiver persoonlijke keuze.

De uitspraken van mevrouw Van Crombrugge vallen onder haar persoonlijke verantwoordelijkheid en volgens de verslagen leeft het Collectief Anticonceptie de abortuswetgeving na. Het kreeg van de evaluatiecommissie dan ook geen opmerkingen. De commissie mag volgens de wet de verkregen informatie niet doorspelen aan derden, dus ook niet aan de rechterlijke macht.

Alleen in België uitgevoerde abortussen worden terugbetaald en de kosten van abortussen in het buitenland kunnen we dan ook niet becijferen.

**05.03 Alexandra Colen (VB):** Wat mevrouw Van Crombrugge verklaart, is dus niet te lezen in de verslagen van de instelling waar ze werkzaam was. Dit wijst op fraude en moet bijgevolg onderzocht worden. Met de gegevens die aan de evaluatiecommissie moeten worden bezorgd, staat of valt de hele controle op de abortuswetgeving. Ik raad de minister aan na te gaan of de abortuscentra de wet wel respecteren.

*Het incident is gesloten.*

**06 Vraag van mevrouw Muriel Gerken aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 21233)**

*Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.*

**06.01 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!):** Het verheugt me ten eerste dat er werk wordt gemaakt van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en dat we de logica van het Charter van Helsinki volgen, dat ertoe strekt waar mogelijk in de leefomgeving van de mensen te werken, teneinde geestesstoornissen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen, waarbij de ziekenhuizen de intensievere verzorging of de ernstigere gevallen op zich nemen.

Ik ben niettemin bezorgd over de manier waarop dat proces verloopt. De vertegenwoordigers van diverse platforms voor geestelijke gezondheidszorg laten mij weten dat ze niet langer bij dat proces worden betrokken en dat de federale coördinator met een zeer kleine, door de interministeriële conferentie aangestelde taskforce zou werken.

Die platforms ontvangen echter subsidies en moeten het overleg tussen de diensten en de instellingen organiseren, wat des te belangrijker is daar die hervorming slechts zal kunnen worden gerealiseerd als alle actoren bereid zijn samen te werken.

Wat is de stand van zaken, en hoe verloopt dat proces momenteel? Met welke veldwerkers, welke federale ministeries en administraties op het stuk van volksgezondheid, en met welke deelgebieden wordt er samengewerkt? Welk tijdpad werd er uitgestippeld? Hoe zal de verscheidenheid van de actoren en de inrichtende machten uit de overheidssector en de verenigingswereld gegarandeerd worden? Is men bereid kwaliteitscriteria vast te stellen? Hoe worden die uitgewerkt?

Het is de bedoeling om van de proefprojecten af te stappen en te evolueren naar onderzoeksprojecten. Wat verstaat men daar precies onder? Op grond van welke criteria zullen die projecten worden geselecteerd? Zal de evaluatie gebeuren op basis van leef- en zorgregio's of op basis van de bestaande voorzieningen, die zullen worden ontwikkeld of omgeschakeld?

**06.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée (Frans):** De toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in zorgnetwerken en -circuits werd door alle leden van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid goedgekeurd. Er is wel nog heel wat werk aan de winkel, dat is duidelijk.

Zowel de federale overheid als de Gemeenschappen en de Gewesten hebben zich ertoe verbonden hun bestaande aanbod inzake geestelijke gezondheidszorg open te stellen voor een (versterkte) samenwerking tussen de intra- en extramurale voorzieningen. De Interministeriële Conferentie heeft ook de taskforce, bestaande uit vertegenwoordigers van de kabinetten, de federale administraties, de Gemeenschappen en de

Gewesten evenals het RIZIV, opdracht gegeven om de twee weken bijeen te komen teneinde een samenhangend beleid op de diverse beleidsniveaus voor te bereiden en ervoor te zorgen dat de sector wordt gehoord.

Dat samenhangende beleid werd vertaald in handleidingen die op 26 april ter goedkeuring aan de Interministeriële Conferentie zullen worden voorgelegd. Met het project wordt beoogd alle middelen en bevoegdheden - zowel op federaal als op gewestelijk en gemeenschapsniveau - samen te brengen.

Het is belangrijk dat de hele sector wordt betrokken bij het opstellen van een globaal model. De overlegplatforms zullen natuurlijk een rol spelen in dit evolutieve proces, dat zal aanvangen met een onderzoeksfase.

Er zal een onderzoeksteam worden belast met het opstellen van kwaliteitscriteria op grond van de beschikbare wetenschappelijke informatie en aanbevelingen.

Het is de bedoeling te komen tot een operationeel netwerkmodel.

**06.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): De onderzoeksfase zal pas van start gaan na een oproep tot indiening van projecten en zal enige tijd in beslag nemen. Een en ander betekent dat de taskforce vooralsnog niet samenwerkt met de platforms en de veldwerkers.

Volgens mij is een dergelijke hervorming slechts zinvol op voorwaarde dat alle actoren erbij worden betrokken. In de geestelijke gezondheidszorg wordt enerzijds gewerkt met de ziekenhuizen, die de grootste hap uit het budget nemen, en anderzijds met de ambulante zorgvoorzieningen. Zelfs wanneer de instellingen worden behouden, zal er verzet rijzen tegen de voorgestelde veranderingen. Alle actoren zullen dan ook moeten worden geactiveerd.

Wat de ambulante voorzieningen en de open instellingen betreft, zou ik de aandacht willen vestigen op de noodzaak om verscheidene actoren en niet enkel de federale coördinator te raadplegen. De heer Jacobs is bijzonder competent, maar hij heeft zijn eigen manier van werken en geeft de voorkeur aan zijn eigen netwerken.

Indien men hier niet alle actoren bij betreft, vrees ik dat een en ander zou kunnen ontsporen, met actoren die uit het proces dreigen te worden uitgesloten.

**06.04 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Frans): Ik kan mevrouw Gerkens op één punt geruststellen. Ik herbevestig dat mevrouw Onkelinx en de ministers die aan de interministeriële conferentie deelnemen de hele sector willen raadplegen en bij een en ander willen betrekken. Wij zullen uw bekommernissen aan mevrouw Onkelinx melden.

**06.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Er zijn echter nog vragen waarop ik geen antwoord gekregen heb. Wat behelst die verkennende fase? Wat is het tijdpad voor het vervolg? Op welke manier zullen de kwaliteitscriteria worden uitgewerkt? Na de volgende interministeriële conferentie zal ik hierop terugkomen.

*Het incident is gesloten.*

**07 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de behandeling van dove kinderen en de opvang van doven in ziekenhuizen" (nr. 21253)**

**07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Een vereniging van doven en slechthorenden uit Waals-Brabant heeft me op de hoogte gebracht van de problemen die haar leden ondervinden bij hun integratie in het onderwijs en het maatschappelijk leven.

In de ziekenhuizen beheersen de zorgverleners zelden de gebarentaal en is er maar sporadisch een tolk beschikbaar. Bovendien worden de apparaten bij zeer jonge dove kinderen soms te vroeg ingeplant, waardoor de gehoorcapaciteit waarover de kinderen nog beschikken, niet meer kan worden gestimuleerd.

Moeten de zorgverleners in de ziekenhuizen gebarentaal begrijpen om de intake van doven en slechthorenden vlot te kunnen laten verlopen?

Bij dove kinderen worden er systematisch apparaten ingeplant. Is dat efficiënt uit het oogpunt van de ontwikkeling van het kind? Werden er daarover al studies uitgevoerd?

**07.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (*Frans*): Er bestaat geen algemene verplichting voor de ziekenhuizen om een beroep te doen op professionele gebarentolken. Bovendien beheersen doven niet noodzakelijk allemaal de gebarentaal.

Ziekenhuizen kunnen op vrijwillige basis een aanvraag indienen voor de financiering van een interculturele bemiddelaar, die het ziekenhuis bijstaat op het vlak van de contacten met de patiënten, meer bepaald met betrekking tot de taalproblemen en de culturele kenmerken van de gehospitaliseerde patiënten. Het bedrag van de financiering is begrensd. Jaarlijks wordt er een budget van 2,35 miljoen euro uitgetrokken voor die maatregel.

Het koninklijk besluit betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (artikel 80 van het koninklijk besluit van 25 april 2002) bepaalt dat de interculturele bemiddelaar, naast één van de nationale talen, tenminste één taal van één van de doelgroepen moet beheersen (de doven en gehoorgestoorden vormen zo een doelgroep).

De ziekenhuizen maken zelf uit voor welke minderheden ze interculturele bemiddelaars in dienst nemen. Weinig instellingen hebben zo een bemiddelaar in dienst genomen voor doven en gehoorgestoorden.

De deelgebieden hebben specifieke initiatieven genomen (tolkuren in Vlaanderen of taalbijstand in het Franse Gemeenschap), maar die maatregelen volstaan soms niet, vooral in geval van ernstige ziekten. Soms zijn de tolken ook niet beschikbaar.

We zijn ons ervan bewust dat de doven en slechthorenden soms communicatieproblemen ondervinden in de gezondheidszorg. De wet van 22 augustus 2002 bepaalt dat de beroepsbeoefenaars de patiënt alle hem betreffende noodzakelijke informatie in een duidelijke taal moeten meedelen.

Er ontstaat een probleem wanneer er geen beroep wordt gedaan op een gebarentolk. Het aantal dove en slechthorende patiënten in een ziekenhuis rechtvaardigt echter zelden de permanente aanwezigheid van zo een tolk of een interculturele bemiddelaar voor die groep. We zullen nagaan of gebarentolken in ziekenhuizen gebruik zouden kunnen maken van videoconferencing. Dat wordt in de Verenigde Staten gedaan.

Sinds 1994 vergoedt het RIZIV cochleaire implantaten op bepaalde voorwaarden. Het terugbetalingsdossier is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en werd opgesteld in overleg met de betrokken actoren.

Studies betreffende cochleaire implantaten hebben aangetoond dat ze doeltreffend zijn. De resultaten van de studies met betrekking tot het plaatsen van een tweede implantaat zijn gunstig, en daarom heeft het RIZIV de vergoeding voor een tweede volledig gehoortoestel sinds 1 februari goedgekeurd.

Een implantaat kan pas vanaf de leeftijd van twaalf maanden worden geplaatst. Voor de plaatsing van een tweede volledig gehoortoestel geldt een maximumleeftijd van twaalf jaar. De patiënt moet worden begeleid door een logopedist in een implantatiecentrum dat over een dienst NKO of over een revalidatiecentrum beschikt.

Het is aan de ouders om te kiezen of er al dan niet een implantaat wordt ingebracht bij hun kind. Zij beslissen ook of hun kind louter met de gesproken taal dan wel met een combinatie van gesproken en gebarentaal wordt opgevoed. In 2008 kregen 649 patiënten onder de 18 jaar een hoorapparaat en 210 een implantaat.

**07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Ik begrijp dat het niet zo eenvoudig is om na te gaan hoeveel dove patiënten er naar het ziekenhuis komen en in welke mate ze voorrang moeten krijgen op anderstalige allochtonen. Het is echter belangrijk dat iemand in het ziekenhuis de nodige opleiding krijgt.

Bovendien worden steeds minder televisiejournals en informatieve of duidingsprogramma's vertaald in gebarentaal. Er gaan dus blijkbaar minder – en niet meer – middelen naar gebarentaal dan voorheen.

Het gebruik van implantaten is geen zuiver medische aangelegenheid. Er moet ook rekening worden gehouden met de psychologische en de culturele aspecten voor men implantaten inbrengt bij erg jonge kinderen.

*Het incident is gesloten.*

**08 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de productie van de drug mephedrone te Antwerpen" (nr. 21256)**

**08.01 Koen Bultinck** (VB): De nieuwe drug mephedrone kan blijkbaar zonder problemen worden geproduceerd in ons land omdat hij niet op de lijst met verboden producten staat. Onlangs verklaarde de minister van Volksgezondheid een KB te zullen opstellen om daarin verandering te brengen. Is dat ondertussen gebeurd? Staat het product al op de lijst van verboden middelen? Wat zijn de risico's van mephedrone voor de gezondheid?

**08.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Op 4 augustus 2009 werd mephedrone voor het eerst signaleerd in ons land. Er bestaan nog geen systematische onderzoeksresultaten over de effecten van de drug. Het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugverslaving heeft wel een lijst opgesteld van bijwerkingen die door de gebruikers werden gerapporteerd, zoals onder meer het verlangen naar een nieuwe dosis, irritatie van de neus door het snuiven, pupilverwijdering, een versnelde hartslag, verhoogde bloeddruk, problemen met het kortetermijngeheugen en slapeloosheid. Een intoxicatierapport spreekt ook over ernstige agitatie, hartkloppingen, een verstoord gezichtvermogen en een verlaagde lichaamstemperatuur. In Zweden werd een overlijden ten gevolge van het gebruik van mephedrone vastgesteld.

Gezien het risico op verslaving werd op 17 augustus 2010 de procedure opgestart om methylnethcathinone of mephedrone op te nemen in het KB van 22 januari 1998 dat het gebruik van psychotrope stoffen regelt. Het ontwerp van KB hiertoe wordt op vrijdag 23 april 2010 aan de ministerraad voorgelegd.

*Het incident is gesloten.*

**09 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het rapport van het Kenniscentrum over de impact van de onafhankelijke huisartsenbezoekers" (nr. 21261)**

**09.01 Koen Bultinck** (VB): Een recent rapport van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg met betrekking tot de impact van de onafhankelijke huisartsenbezoekers doet een aantal suggesties, zoals een betere integratie van de onafhankelijke huisartsenbezoekers in andere initiatieven, een goede afstemming van de gekozen onderwerpen op de grote kwaliteitsdoelstellingen inzake volksgezondheid en een doelgericht gebruik van de financiële middelen. Voorts moet men bij de onafhankelijke huisartsenbezoekers ook gebruik maken van andere communicatiemiddelen dan nu.

Wat is de reactie van de minister op dit rapport? Wordt in weerwil van de kritiek in dit rapport het project van de onafhankelijke huisartsenbezoekers voortgezet?

**09.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Nederlands): Het onderzoek van het Kenniscentrum is zeker nuttig om de toekomstige acties van de onafhankelijke artsenbezoekers te bepalen. De studie betreft echter een niet-representatieve groep artsen. Ook werd het project progressief uitgebreid en het budget van

1.200.000 euro werd pas sinds 2009 volledig aangewend. Het is dan ook voorbarig om definitieve conclusies te trekken over de impact van het voorschrijfgedrag, al zijn enkele interessante hypothesen al wel mogelijk. Men zal moeten onderzoeken hoe men met dit informatiemiddel de kwaliteit van het voorschrijfgedrag kan optimaliseren in het belang van alle betrokken partijen. Het is goed om het project met betrekking tot de onafhankelijke artsenbezoekers in een bredere context te bekijken, met inbegrip van alle aspecten van permanente vorming.

Een heel recent rapport van het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik toont aan dat de kwaliteit en de doelmatigheid van het voorschrijfgedrag verbeterd zijn door de inzet van onafhankelijke artsenbezoekers.

**09.03 Koen Bultinck (VB):** Volgens welke planning zal het begeleidend comité de hele procedure en alle studieresultaten bekijken?

**09.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée (Nederlands):** Ik zal de minister vragen om de heer Bultinck op deze vraag te antwoorden.

*Het incident is gesloten.*

**10 Vraag van de heer Mathias De Clercq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de financiering van de representatieve beroepsorganisaties voor logopedisten" (nr. 21307)**

**10.01 Mathias De Clercq (Open Vld):** Eind 2008 werd binnen Logo-mut een nieuwe conventie afgesloten waarin werd overeengekomen dat een KB zou worden opgesteld om de voorwaarden en toekenningsmodaliteiten voor de financiering van de representatieve beroepsverenigingen van logopedisten vast te leggen. Hoewel het dossier de goedkeuring van minister Onkelinx heeft gekregen en er hiervoor middelen werden opgenomen in de begrotingen van het RIZIV van 2009 en 2010, is het KB nog steeds niet in werking getreden. Hoe komt dat?

**10.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée (Nederlands):** Het ontwerp-KB dat de financiering van de beroepsorganisaties van logopedisten regelt, werd op 2 maart 2009 goedgekeurd door het verzekeringscomité van het RIZIV. Na een positief advies van de Inspectie van Financiën op 12 maart 2009 werd het dossier aan de staatssecretaris voor Begroting bezorgd. Die kon echter geen schriftelijke akkoord geven omdat de financiering van de beroepsorganisaties voor logopedisten een nieuw initiatief was en omdat het dossier niet verwees naar een beslissing van de algemene raad van het RIZIV of van de ministerraad.

Mijn beleidscel heeft daarom op 27 november 2009 een brief aan de staatssecretaris van Begroting geschreven met de melding dat de algemene raad zich op 19 december 2008 wel degelijk gunstig heeft uitgesproken over een nota die de volledige inventaris herneemt van de projecten die ten laste zijn van de administratiekosten van het RIZIV. De maatregel ter ondersteuning van de beroepsorganisaties in het kader van het overleg, is in deze lijst opgenomen.

Een deel van het in 2009 gebudgetteerde bedrag - 2,4 miljoen euro - dient voor de financiering van de representatieve beroepsorganisaties voor logopedisten.

Ik zoek uiteraard naar een manier om tot overeenstemming te komen met staatssecretaris Wathélet. De huidige blokkering kan immers het afsluiten van een overeenkomst tussen logopedisten en verzekeringsorganen vanaf 2011 in gevaar brengen.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter:** Vragen 21073 en 21304 van mevrouw della Faille worden omgezet in schriftelijke vragen.

**11 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verbieden van roken in auto's in aanwezigheid van kinderen" (nr. 21180)**

**11.01 Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Uit cijfers van een recent onderzoek van de Vlaamse Liga tegen Kanker blijkt dat dagelijks maar liefst 115.000 kinderen in de rook van hun ouders zitten. Uit een Brits onderzoek blijkt dat kinderen die dagelijks rook inademen, 100 procent meer kans lopen op wiegendood en op hersenvliesontsteking.

Passief roken leidt jaarlijks bij 120.000 Britse kinderen tot middenoorontsteking, bij 22.000 kinderen tot astma en bij 200 kinderen tot meningitis. Daarom pleiten Britse onderzoekers voor een rookverbod in wagens in aanwezigheid van kinderen.

Heeft de minister de intentie om roken in de wagen in aanwezigheid van kinderen te verbieden of minstens te ontraden? Zal de minister dit probleem aankaarten bij de Europese collega's naar aanleiding van het komende voorzitterschap?

**11.02 Staatssecretaris Bernard Clerfayt** (Nederlands): Het Parlement heeft eind vorig jaar een beslissing genomen over de invoering van het rookverbod in eetgelegenheden vanaf 2010 en een totaal rookverbod in alle horeca-inrichtingen tegen ten laatste 2014. Nu een rookverbod invoeren in wagens is dan ook niet onmiddellijk een prioriteit. Uiteraard sta ik achter alle ontradingcampagnes om niet te roken in auto's - en al zeker niet in het bijzijn van kinderen - maar dergelijke initiatieven behoren niet tot mijn bevoegdheid.

**11.03 Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Ik vind het jammer dat dit geen prioriteit is voor de minister omdat het gezondheidsrisico in gesloten ruimtes nu eenmaal zo overduidelijk en ernstig is.

*Het incident is gesloten.*

**12 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de multidisciplinaire postoperatieve follow-up van patiënten met morbide obesitas" (nr. 21348)**

**12.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Krachtens het besluit van 3 augustus 2007 voorziet het RIZIV in een terugbetaling van de plaatsing van een maagring bij personen met morbide obesitas. De absolute noodzaak van de ingreep moet op voorhand worden geverifieerd en er moeten bepaalde voorwaarden vervuld worden.

De enige wetenschappelijk behandeling van obesitas en morbide obesitas die momenteel erkend is, bestaat erin de levenswijze van de patiënten blijvend aan te passen. Bij die multidisciplinaire behandeling zijn een arts, een diëtist en een psycholoog betrokken, die de patiënt opnieuw op het rechte pad helpen zodat hij of zij een aanzienlijk doch redelijk en haalbaar aantal kilo's (vijf tot tien procent in een jaar tijd) kan afvallen. Dat gewichtsverlies vermindert het morbiditeitsrisico aanzienlijk.

De *Belgian Association for the Study of Obesity* (BASO) stelt dat geneesmiddelen noch chirurgie de basis van een behandeling vormen, maar dat ze wel uitstekende hulpmiddelen kunnen zijn om gewicht te verliezen.

Bent u van oordeel dat de bepalingen van het koninklijk besluit voldoende toegang bieden tot de multidisciplinaire behandeling? Wat vindt u van een mogelijke multidisciplinaire opvolging van de patiënt na de ingreep? Is het concept van een duurzame gezondheid geen cruciaal gegeven dat ingang moet vinden opdat de levenskwaliteit van onze medeburgers zo goed mogelijk hersteld kan worden?

**12.02 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée** (Frans): De chirurgische behandeling van obesitas wordt uitsluitend toegepast voor de behandeling van morbide en refractaire obesitas. Er moet echter streng worden toegezien op de indicatie voor een chirurgische ingreep, en er moet worden gekozen voor een ingreep die het best geschikt is voor een welbepaald type van obesitas.

De ingreep kan mettertijd aan efficiëntie inboeten. De beroepsbeoefenaar dient dus een afweging te maken tussen het risico dat samenhangt met de ziekte enerzijds, en de ongetwijfeld kortere levensverwachting en de comorbiditeit anderzijds (het operatieve mortaliteitsrisico schommelt tussen 0,1 en 5 procent).

De patiënt moet vooraf gedurende een jaar op eigen kosten worden gevolgd door een multidisciplinair team,

en pas als hij er in die periode niet in slaagt blijvend gewicht te verliezen, is dat een teken dat een operatie noodzakelijk is. Een dergelijke ingreep heeft op korte termijn een veel grotere uitwerking dan andere behandelingen, maar op lange termijn is het resultaat niet gewaarborgd.

Men stelt vast dat het gewichtsverlies leidt tot een daling van de morbiditeitsfactoren. Er zijn maar weinig studies over de impact van dergelijke ingrepen op de levenskwaliteit. Na verloop van tijd is er vaak een verslechtering van de resultaten. De omvang van het gewichtsverlies varieert afhankelijk van het type van ingreep (volledig of gedeeltelijk gebaseerd op een mechanische beperking).

Patiënten die deze vorm van chirurgie voor morbide obesitas hebben ondergaan, zouden baat kunnen hebben bij een postoperatieve ondersteuning op lange termijn.

Vandaag behandelen zeer gespecialiseerde, multidisciplinaire teams in derdelijnscentra de acute fase van morbide obesitas, maar de follow-up op lange termijn door die teams is problematisch vanwege de afstand en de kosten. Er moeten dus behandelingsmodellen ontwikkeld worden voor de eerstelijnsbehandeling, met een herdefiniëring van de rollen. De bestrijding van overgewicht en obesitas zal op de agenda van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van september worden geplaatst.

De hele bevolking heeft behoefte aan leefomstandigheden en een levenskwaliteit waarbij lichaamsbeweging en betere voedingsgewoonten bevorderd worden. De deelgebieden hebben daarin ook een belangrijke rol te vervullen.

**12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): De verenigingen vragen dat obesitas erkend zou worden als chronische ziekte, en dat een follow-up op lange termijn mogelijk gemaakt en terugbetaald zou worden. We kiezen nog te snel voor een chirurgische ingreep.

**12.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Frans): Een alomvattend gecoördineerd beleid met de onderscheiden bevoegde ministers in een interministeriële conferentie lijkt mij de juiste aanpak te zijn.

Ik noteer dat u vraagt dat zwaarlijvigheid als een chronische ziekte wordt beschouwd en in de passende terugbetalingen wordt voorzien.

*Het incident is gesloten.*

### **13** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Thérèse Snoy et d'Oppuers** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "namaakgeneesmiddelen" (nr. 21373)
- mevrouw **Yolande Avontroodt** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "namaakgeneesmiddelen" (nr. 21413)

**13.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): De namaak van geneesmiddelen neemt almaar toe, en nagemaakte geneesmiddelen worden vooral via internet verkocht. Volgens een rapport van de Europese Alliantie voor toegang tot veilige geneesmiddelen zouden meer dan 60 procent van de geneesmiddelen die online worden verkocht namaakproducten zijn.

België zou een draaischijf zijn op het gebied van de internationale handel in illegale geneesmiddelen.

Volgens het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) zou het probleem verband houden met de niet-geharmoniseerde toepassing van zwakke regelgevingen of met het ontbreken van regelgevingen, alsook met een gebrekkige samenwerking en doorstroming van de informatie. De Staatssecretaris voor de Coördinatie van de fraudebestrijding heeft aangekondigd dat er een cascadesysteem zal worden ingevoerd waarbij de diverse verantwoordelijken voor de kosten zullen moeten opdraaien.

Welke maatregelen zal u treffen op het vlak van de gezondheid teneinde de namaak van geneesmiddelen te bestrijden?

**13.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée** (Frans): Op de website van het FAGG wordt gewaarschuwd voor

de gevaren die verbonden zijn met de aankoop van geneesmiddelen via internet, en buiten het wettelijk circuit in het algemeen.

Wat de socialenetsites betreft, werden er tot dusver geen bijzondere inspanningen geleverd om het publiek te informeren.

De enige boodschap die absoluut moet worden verspreid is dat er maar één veilige manier is om geneesmiddelen aan te kopen, en dat is in een apotheek of via voornoemde website, wanneer het gaat om vrije geneesmiddelen.

Ik deel echter uw mening met betrekking tot het vergroten van de bekendheid van de site geneesmiddelen-via-internet.be, een basisinstrument in het kader van de door het FAGG gevoerde informatiecampagne.

Bij het FAGG werd er een speciale onderzoekseenheid opgericht. Bovendien neemt het FAGG deel aan de werkzaamheden van de interdepartementale commissie voor de coördinatie van de fraudebestrijding in de economische sectoren van de FOD Economie. Op het niveau van Binnenlandse Zaken werd er ook een samenwerking tot stand gebracht tussen de politie, de douane, het FAGG, het FAVV, het Directoraat-Generaal Dier, Plant en Voeding en Justitie in het kader van de cel Hormonen, waarvan de opdrachten betrekking hebben op illegale vestmesting, doping in de sportwereld en alles wat te maken heeft met de namaak van geneesmiddelen en andere vormen van farmaceutische criminaliteit.

Op het niveau van de Europese Unie is er het platform HMA-WGEO van de politie, de douane en de geneesmiddeleninspectie, dat een doeltreffend netwerk vormt in de grensoverschrijdende strijd tegen de farmaceutische criminaliteit en dat in opleidingen voorziet.

De Raad van Europa heeft de *Convention on counterfeiting of medical products and similar crimes* opgesteld (de *MEDICRIME Convention*), die in november 2010 ter ratificatie zal worden voorgelegd aan de lidstaten. Dat nieuwe instrument zal een grote verbetering betekenen.

Op het niveau van de Europese Unie werden er eveneens wetgevende initiatieven genomen.

België is actief op internationaal niveau. Ons land heeft haar medewerking verleend aan de *IMPACT*-taskforce van de WHO. België vervult met name een belangrijke rol inzake *networking* en de *single points of contact*.

**13.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Wat telt, is dat er in een zo vroeg mogelijk stadium wordt ingegrepen; er moet echter ook aandacht zijn voor de bewustmaking van de burgers en de opwaardering van de rol van de apotheker. Tot slot meen ik dat de website waarover u het had, beter gepromoot zou moeten worden.

*Het incident is gesloten.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.12 uur.*

La réunion publique est ouverte à 10 h 20 par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente.

La **présidente**: La question n° 20570 de Mme Detiège est retirée.

**01 Question de Mme Muriel Gerken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'étude épidémiologique aux alentours des centrales nucléaires" (n° 21042)**

**01.01 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen!): Fin 2008, la ministre de la Santé publique a chargé l'Institut scientifique de Santé publique de réaliser une étude sur la santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire.

Cette étude n'est pas terminée, mais la Fondation Registre du Cancer a réalisé un premier recensement des

cancers de la thyroïde, basé sur les données de 2004 à 2006 démontrant qu'ils sont près de trois fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ils seraient aussi deux fois plus fréquents en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre. Il apparaît que les cancers de la thyroïde seraient plus fréquents dans les zones industrielles ainsi que nucléaires. Mais les méthodes de diagnostic varient suivant les Régions. Comment dès lors obtenir des résultats cohérents? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a été chargé d'examiner ce problème. Quelles questions lui ont-elles été posées?

Les données recueillies portent sur une période trop courte pour le caractère scientifique de cette étude. Qu'en est-il des données après 2006?

Enfin, d'autres cancers ont-ils également été étudiés?

**01.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Suite à l'incident de septembre 2008 et pour rassurer la population, le SPF Santé publique a proposé de détecter l'éventuelle présence d'iode radioactif dans la glande thyroïde des habitants. Tout habitant qui le souhaitait a pu passer ce test. Au total, environ quatorze cents personnes l'ont fait. Les résultats sont satisfaisants pour tous. En effet, les spécialistes ont conclu que l'exposition n'avait pas été dangereuse. Les habitants sont ainsi rassurés.

Depuis, une demande a été adressée à l'Institut scientifique de santé publique afin de réaliser une étude épidémiologique nationale sur la santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire. Une proposition de méthode a été élaborée après consultation des différents partenaires. Elle comprend une recherche descriptive, prospective et systématique autour des sites nucléaires de classe 1: les centrales de Doel et de Tihange, le Centre d'étude de l'énergie nucléaire à Mol et ses sites de Dessel et Geel, l'Institut des radioéléments à Fleurus et le territoire belge autour des centrales nucléaires de Chooz en France et de Borssele aux Pays-Bas.

D'un point de vue méthodologique, l'apparition de nouveaux cancers est le sujet le mieux étudié, avec une attention particulière aux enfants car ils sont plus sensibles aux rayons ionisants.

De telles analyses se font sur des données échelonnées dans le temps en raison de la rareté des cas et afin de diminuer le risque de fluctuation due au hasard. La qualité de la base de données représente un des principaux facteurs de la qualité de l'étude. C'est pour cela que le Registre du cancer s'emploie à améliorer la validité de ses données. L'investissement est énorme, mais précieux pour disposer de données fiables. Nous avons des informations correctes pour les années 2004 à 2006.

Un premier recensement montre que les cancers de la thyroïde seraient deux fois plus fréquents en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre. Cette différence pourrait s'expliquer par la diversité des diagnostics et des pratiques cliniques. Par exemple, les thyroïdectomies sont deux fois plus nombreuses à Bruxelles et trois fois plus nombreuses en Wallonie qu'en Flandre. Le KCE a été chargé d'examiner dans quelle mesure des différences réelles existent dans l'incidence, le diagnostic et le traitement des cancers de la thyroïde entre les Régions du pays. Les résultats sont attendus en 2011.

Si les premières données brutes confirment la disparité Nord-Sud, on observe d'énormes différences au sein d'une même zone. Par exemple, dans un rayon de vingt kilomètres autour de Fleurus ou de Chooz, le taux d'incidence moyen est supérieur à la moyenne wallonne, mais la répartition des cas dans ces zones est très contrastée. Cette disparité a aussi été observée en d'autres endroits éloignés d'un site nucléaire. Ces variations pourraient résulter de la période d'étude trop courte aux yeux des experts.

La Fondation Registre du cancer travaille à la récupération des données 2007-2008. L'ISP disposera alors d'une base plus large pour son enquête.

En fin d'année, les analyses pourront commencer sur une période de cinq ans. Les résultats définitifs sont attendus au cours de 2011.

**01.03 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen!): Ce travail d'analyse se fait-il en collaboration avec d'autres pays européens pour élargir la base de données? Si ce n'est pas le cas, cela pourrait être intéressant de le faire. Il est de fait important que le KCE harmonise les données. Il est fréquent qu'en Belgique, des données relatives à la santé ne soient pas répertoriées de la même manière. Il est donc très difficile de pouvoir en déduire des pratiques préventives.

**01.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Je soumettrai à Mme Onkelinx votre suggestion d'échanger nos données avec nos pays voisins et de mettre en commun nos résultats.

*L'incident est clos.*

*Présidente: Muriel Gerken.*

## **02 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 l'Intégration sociale, sur "le prix des cigarettes" (n° 21046)**

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la vente de produits de tabac en dessous du prix indiqué sur le timbre fiscal" (n° 21063)**

**02.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Depuis 1994, il était obligatoire de vendre le tabac au prix mentionné sur le timbre fiscal. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009, en vertu d'un arrêté ministériel pris par M. Reynders, cette obligation est devenue caduque. Selon la presse, des paquets de cigarettes sont désormais vendus à un prix inférieur à celui indiqué sur le timbre fiscal.

Mme Onkelinx a fait part de sa désapprobation face à cette vente au rabais, qui remet en cause les efforts du gouvernement, le prix étant un facteur déterminant dans la lutte contre le tabagisme. Il semble que les partenaires du gouvernement soient divisés sur le sujet. Comment comptez-vous sortir de cette contradiction et assurer la cohérence de vos politiques?

**02.02 Koen Bultinck** (VB): Conformément à l'arrêté ministériel du 23 octobre 2009, les fabricants de tabac ne peuvent plus vendre leurs produits à un prix supérieur à celui indiqué sur le timbre fiscal. La Commission européenne interdit cependant d'instaurer des prix minimums pour ces produits. Des questions ont déjà été posées sur ce point au ministre Reynders dont les réponse n'ont pas toutefois pas permis de connaître avec précision la position du gouvernement en la matière. La ministre Onkelinx a répondu, pour sa part, que l'interdiction décidée par la Commission est en contradiction avec la politique relative au tabac que le gouvernement veut mener.

Qu'en est-il? L'arrêté ministériel a-t-il été modifié?

**02.03 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Ce débat a déjà eu lieu.

(*En français*) Mme Onkelinx a pris connaissance des conséquences de la modification de l'article 26 de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> août 1994 relatif au régime fiscal des tabacs manufacturés, opérée par l'arrêté ministériel du 23 octobre 2009 (*Moniteur belge* du 29 octobre 2009, 2<sup>de</sup> édit., p. 70352-70396). En tant que ministre de la Santé, elle n'accepte pas une telle mesure contraire aux efforts de lutte contre le cancer. M. Reynders a cependant pris un nouvel arrêté ministériel le 26 mars 2010 (*Moniteur belge* du 29 mars 2010, 2<sup>de</sup> édit., p. 19426), supprimant la disposition incriminée et revenant à la situation antérieure.

**02.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Nous saluons la réaction de M. Reynders, mais nous étonnons qu'en novembre 2009, alors que Mme Onkelinx avait déjà développé son plan cancer, pareille décision ait encore été prise. Il y a une incohérence flagrante au sein du gouvernement. Qu'y aura-t-il comme autre coup fourré?

C'est aussi troublant du point de vue des commerçants et des consommateurs. Il faut des contrôles pour vérifier que ce soit véritablement appliqué et une meilleure cohérence gouvernementale dans ce domaine.

**02.05 Koen Bultinck** (VB): Le problème est provisoirement résolu. Il est étrange que ces pratiques soient encore possibles en 2009, alors que le Plan Cancer est déposé depuis belle lurette. La publication d'un nouvel arrêté ministériel va-t-il résoudre définitivement le problème ou la Commission européenne va-t-elle à nouveau faire de l'obstruction?

**02.06 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Je pense que nous avons cette fois une solution définitive.

*L'incident est clos.*

**03 Question de Mme Françoise Colinia à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la sexsomnia" (n° 21192)**

**03.01 Françoise Colinia** (MR): Le tribunal de Mons s'est penché sur un cas de viol incestueux particulier. L'homme, en aveux, a avancé l'excuse de la sexsomnia, un trouble du sommeil pendant lequel la personne, inconsciente, entreprend des gestes sexuels qui peuvent aller jusqu'à la relation sexuelle. Il a été acquitté au bénéfice du doute.

Cette maladie est extrêmement rare, seuls onze cas dans le monde ont été reconnus.

Disposons-nous des chiffres exacts? Existe-t-il des critères précis pour identifier ce trouble? Sinon, vous ou Mme Onkelinx avez-vous déjà eu des contacts avec les médecins compétents pour qu'ils travaillent dans ce sens? L'origine de cette maladie a-t-elle été établie? Sinon, avez-vous envisagé la possibilité de commander des recherches?

Il existerait des traitements efficaces. À quel point le sont-ils? Un homme conscient de sa maladie comme ce père aurait-il pu éviter ce viol incestueux s'il avait suivi un traitement adéquat?

Ce jugement risque de faire jurisprudence. Des critères clairs et précis permettraient d'éviter qu'un tel jugement ne soit à nouveau prononcé.

**03.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Mme Onkelinx a été interpellée par ce jugement et souligne le fait qu'il n'est pas coulé en force de chose jugée.

La sexsomnia est une variante du somnambulisme classique.

C'est ce qu'affirme le Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM4), mais les spécialistes du sommeil et les sexologues belges interrogés disent n'avoir jamais entendu parler d'une telle forme de somnambulisme.

La littérature indique que ce trouble, qui peut toucher les deux sexes, est caractérisé par le fait que le sujet n'en garde aucun souvenir. Parfois, les témoins déclarent que la personne avait l'air "possédée", tenant un langage beaucoup plus cru et se comportant de manière plus agressive qu'en temps normal.

La manière la plus classique d'identifier ce trouble consiste à étudier différents enregistrements du sommeil au moyen d'une vidéo.

Ce problème peut être d'origine épileptique. La prise d'alcool, ainsi que de certains médicaments et drogues, peut favoriser l'apparition d'épisodes de sexomnia. Il faut en rapprocher certains troubles du comportement en rapport avec une intolérance aux médicaments dopaminergiques souvent utilisés dans le traitement du syndrome des jambes sans repos ou la maladie de Parkinson. Quelques somnifères, dits de "nouvelle

génération", ont été également rendus responsables d'épisodes dits de "somnambulisme complexe.

Les traitements employés pour soigner ce trouble du sommeil ne sont pas nécessaires dans ses formes les plus bénignes mais ils le sont lorsque le trouble met en danger aussi bien le sujet que ses proches et qu'il y a véritable contrainte.

Il y a lieu de recourir au diazépine ou aux antidépresseurs.

Ce trouble étant exceptionnel, voire inconnu, nous ne disposons d'aucun chiffre.

**03.03 Françoise Colinia** (MR): De nombreuses formes de cette maladie existent. Est-il possible de centrer les études? Le professeur Robert Poirrier, qui dirige le Centre d'étude des troubles du sommeil de Liège et a établi une classification internationale, ne reprend justement pas toutes ces classifications. Compte-t-on y accorder une attention particulière?

**03.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Cette situation est nouvelle et exceptionnelle. Mme Onkelinx y prêtera toute son attention au niveau de la connaissance psychiatrique ou de la médecine et au vu des conséquences en termes juridiques et en rapport avec la législation en vigueur dans notre pays.

*L'incident est clos.*

#### **04 Questions jointes de**

- **Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation par des jeunes de produits stimulants" (n° 21139)**

- **Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le recours croissant par les jeunes à des produits stimulants" (n° 21208)**

- **Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la consommation de stimulants par les jeunes" (n° 21313)**

**04.01 Maggie De Block** (Open Vld): Le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs indique que pas moins de 15 % des jeunes de l'enseignement secondaire général consomment des stimulants pour améliorer leurs performances physiques et intellectuelles. Un cinquième des jeunes interrogés consomment régulièrement des substances contre la fatigue physique. Il s'agit en l'occurrence de médicaments qui sont utilisés comme des stupéfiants, parmi lesquels des calmants, des stimulants et des amphétamines. Par ailleurs, des solvants comme des colles, du vernis et de l'acétone sont aussi inhalés. Ne s'indiquerait-il pas de mener une campagne auprès des médecins pour les inciter à être plus prudents lorsqu'ils prescrivent des remèdes? Ne serait-il pas souhaitable, en matière de prévention, d'organiser une concertation avec les Communautés et les Régions?

**04.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Le problème est connu et il est bien évidemment très inquiétant. La question de l'utilisation de substances psychotropes en général et par les jeunes en particulier doit faire l'objet d'une approche multidisciplinaire par les différentes autorités fédérales, communautaires et régionales.

La cellule Politique de Santé Drogues et le Conseil supérieur de la santé se penchent déjà sur cette question. Les médicaments sont exclusivement délivrés sur prescription médicale. La prescription de méthylphénidate, de rilatine et de fénétylline (captagon) est en outre spécialement réglementée conformément à l'arrêté royal du 22 janvier 1998.

Les médecins qui prescrivent des substances psychotropes doivent pouvoir justifier ces prescriptions devant la Commission médicale provinciale. Je pense qu'il est inutile de stigmatiser l'utilisation de substances stimulantes ou d'autres produits par les étudiants. Les campagnes doivent surtout encourager les étudiants à adopter un mode de vie sain durant la session d'examens.

**04.03 Maggie De Block** (Open Vld): Je demanderai à la Commission médicale provinciale dans quelle mesure les médecins sont déjà appelés à justifier leur comportement en matière de prescriptions.

*L'incident est clos.*

**05 Question de Mme Alexandra Colen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "une assistante sociale belge qui organisait des avortements illégaux à l'étranger" (n° 21209)**

**05.01 Alexandra Colen** (VB): À la suite d'une récente affaire judiciaire concernant un infanticide, Mme Lucie Van Crombrugge, un ancien membre du personnel d'un centre d'avortement à Gand, a déclaré à la radio qu'elle recevait régulièrement en consultation des femmes qui ne savaient que tardivement qu'elles étaient enceintes et qu'elle accompagnait de temps à autre des femmes en Espagne pour y faire pratiquer un avortement tardif. Selon la législation belge, l'avortement est interdit après la douzième semaine de grossesse. Mme Van Crombrugge, employée selon les règles de la législation belge relative à l'avortement dans un institut agréé et subsidié, a donc prêté assistance pour commettre des infractions.

Le ministre en a-t-il connaissance? Ces faits figurent-ils dans les rapports de la commission d'évaluation et ont-ils ensuite été signalés à la Justice? Mme Van Crombrugge a-t-elle également réglé le remboursement de ces avortements illégaux? La solution pour les femmes qui constatent tardivement ou refoulent même le fait qu'elles soient enceintes ne devrait-elle pas consister à accoucher dans l'anonymat et à céder ensuite l'enfant plutôt que de pratiquer un avortement?

**05.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): Seuls des cas dans lesquels des femmes enceintes de plus de 14 semaines ont été aiguillées vers des centres situés aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni sont mentionnés dans les rapports annuels de l'organisme dont faisait partie Mme Van Crombrugge jusqu'à l'an passé. Il a été conseillé aux patientes sur lesquelles l'avortement ne pouvait plus être pratiqué de faire adopter leur enfant. Il n'est pas possible de les y obliger, cette possibilité relevant d'un choix purement personnel.

Mme Van Crombrugge est seule responsable des déclarations qu'elle a tenues. La commission d'évaluation n'a formulé aucune observation étant donné que selon les rapports, le *Collectief Anticonceptie* respecte la législation relative à l'avortement. Aux termes de la loi, la commission ne peut transmettre à des tiers, fût-ce au pouvoir judiciaire, les informations qu'elle a reçues.

Le coût des avortements réalisés à l'étranger ne peut être calculé étant donné que seules les IVG pratiquées en Belgique sont remboursables.

**05.03 Alexandra Colen** (VB): Ainsi, les pratiques évoquées par Mme Van Crombrugge ne figurent pas dans les rapports de l'organisme où elle était active. Cet état de fait indique une fraude et doit faire l'objet d'une enquête. Le contrôle du respect de la législation en matière d'avortement dépend des données transmises à la commission d'évaluation. Je recommande à la ministre de vérifier si les centres d'avortement se conforment bel et bien à la loi.

*L'incident est clos.*

**06 Question de Mme Muriel Gerken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la réforme de la santé mentale" (n° 21233)**

*Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.*

**06.01 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen!): Je suis particulièrement heureuse que la réforme de la santé mentale ait lieu et que nous nous mettions dans la logique de la charte d'Helsinki, qui vise à travailler le plus possible dans le milieu de vie des personnes, pour détecter le plus tôt possible les problèmes de santé mentale et réserver les structures hospitalières aux soins plus intensifs ou aux cas plus graves.

En revanche, je suis inquiète en ce qui concerne la manière dont ce processus se déroule. Les représentants

de différentes plate-formes de santé mentale me disent qu'elles ne sont plus impliquées et que le coordinateur fédéral travaillerait avec une mini *task force* désignée par la conférence interministérielle.

Or, ces plate-formes sont subsidiées et ont pour mission d'organiser la concertation entre les services et les institutions, ce qui est d'autant plus important que cette réforme ne pourra se faire que s'il y a une réelle volonté de tous les acteurs de travailler ensemble.

Pouvez-vous me donner l'état des lieux et me dire comment ce processus se déroule actuellement? Avec quels acteurs de terrain, quels ministères et administrations de la santé fédérale, mais aussi quelles entités fédérées, la collaboration se fait-elle? Dans quel timing? De quelle façon est-il prévu de préserver la diversité des acteurs et des pouvoirs organisateurs publics et associatifs? Existe-t-il une volonté de trouver des critères de qualité de travail? De quelle manière sont-ils élaborés?

L'objectif est de sortir de la logique des projets-pilotes pour aller vers des projets exploratoires. Quelle est la signification exacte des projets exploratoires? Sur base de quels critères seront-ils sélectionnés? L'évaluation se fera-t-elle sur base de bassins de vie et de soins ou sur base des structures existantes, à développer ou à reconvertir?

**06.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): L'organisation future des soins de santé mentale en réseaux et circuits de soins a été approuvée par l'ensemble des membres de la conférence interministérielle Santé publique. Il faut poursuivre, bien entendu.

L'autorité fédérale ainsi que les Communautés et les Régions se sont engagées à ouvrir leur offre de soins de santé mentale existante pour la réalisation et/ou l'intensification de la collaboration entre les structures intra-murales et extra-murales. Cette CIM a aussi donné à la *task force*, composée des membres des cabinets, des administrations fédérales, des Communautés et des Régions et de l'INAMI, le mandat de se réunir toutes les deux semaines afin de préparer une politique cohérente entre les différents niveaux de pouvoir et à permettre que le secteur puisse être consulté.

Cette politique cohérente a été traduite dans des guides qui seront soumis pour approbation à la conférence interministérielle du 26 avril prochain. L'ambition de ce projet est d'intégrer toutes les ressources et compétences, qu'elles soient fédérales, régionales ou communautaires.

Il est important de veiller à la participation de l'ensemble du secteur à l'élaboration d'un modèle global. Les plate-formes de concertation seront évidemment intégrées au sein de ce processus évolutif qui débutera par une phase exploratoire.

Une équipe de recherche sera chargée de définir les critères de qualité sur base des preuves scientifiques et des recommandations disponibles.

La volonté est de fournir un modèle opérationnel de travail en réseau.

**06.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): La phase exploratoire ne débutera qu'après un appel à projets et durera un certain temps. Cela signifie que, pour le moment, la *task force* ne travaille pas avec les plate-formes et les acteurs de terrain.

Selon moi, une réforme de ce genre est bonne quand elle implique tous les acteurs. Au sein du secteur de la santé mentale, il y a, d'une part, les structures hospitalières qui mobilisent la majorité des moyens financiers et, d'autre part, les structures ambulatoires. Même si l'on conserve les institutions, une résistance au changement s'exprimera. Une mobilisation sera donc nécessaire.

En ce qui concerne le travail ambulatoire et le milieu ouvert, je voudrais attirer l'attention sur la nécessité de consulter plusieurs acteurs et pas seulement le coordinateur fédéral. M. Jacobs est hautement compétent mais il a sa façon de travailler et privilégie ses réseaux.

Si on n'implique pas l'ensemble des acteurs, je crains que l'on n'arrive à des dérives, avec des acteurs qui risquent d'être exclus du processus.

**06.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Je peux rassurer Mme Gerkens sur un point. Je réaffirme la volonté tant de Mme Onkelinx que des ministres de la Conférence interministérielle d'aller dans le sens de la consultation-participation de l'entière du secteur. Nous relayerons vos préoccupations auprès de Mme Onkelinx.

**06.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Toutefois, il subsiste des questions auxquelles je n'ai pas reçu de réponse. En quoi consiste cette phase exploratoire? Quel est le timing pour la suite? Comment les critères de qualité seront-ils élaborés? J'interviendrai à nouveau après la prochaine Conférence interministérielle.

*L'incident est clos.*

**07 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le traitement des enfants sourds et l'accueil des sourds dans les hôpitaux" (n° 21253)**

**07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Une association de personnes sourdes et malentendantes du Brabant wallon m'a fait part de difficultés d'intégration dans l'enseignement et la vie citoyenne.

Dans les hôpitaux, il est rare que les prestataires de soins maîtrisent la langue des signes et qu'un interprète soit disponible. Par ailleurs, les appareils implantés chez les tout petits enfants sourds le sont parfois trop tôt et empêchent l'enfant de stimuler les capacités d'audition qui lui restent.

Existe-t-il une règle dans les hôpitaux pour que le personnel soignant comprenne la langue de signes pour accueillir les personnes sourdes et malentendantes?

L'implantation d'appareils est systématique chez les enfants sourds. Est-ce efficace pour le développement de l'enfant? Des études ont-elles été menées à ce sujet?

**07.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Il n'existe aucune obligation générale sur l'utilisation d'interprètes professionnels en langage des signes dans les structures hospitalières. En outre, tous les sourds ne maîtrisent pas nécessairement la langue des signes.

Les hôpitaux peuvent introduire, sur base volontaire, une demande pour le financement d'un médiateur interculturel, qui assistera l'hôpital dans ses relations avec les patients, notamment en matière de langues et de caractéristiques culturelles des patients hospitalisés. Un montant maximum est prévu. Le budget annuel pour cette mesure est de 2,35 millions d'euros.

L'arrêté royal relatif au financement hospitalier (article 80 de l'arrêté royal du 25 avril 2002) dispose que le médiateur interculturel doit maîtriser en plus d'une des langues nationales, au moins une des langues d'un des groupes cibles (dont celui des personnes sourdes et malentendantes).

Le choix des minorités pour lesquelles un hôpital engage des médiateurs interculturels relève de la responsabilité de chaque hôpital. Peu d'hôpitaux ont engagé de telles personnes pour les sourds et malentendants.

Des initiatives spécifiques existent dans les entités fédérées (heures d'interprétariat en Flandre ou assistance

linguistique en Communauté française), mais ces mesures sont parfois trop restreintes, notamment en cas de maladies graves. Par ailleurs, il peut y avoir des problèmes de disponibilité des interprètes.

Nous sommes conscients que les sourds et malentendants éprouvent parfois des problèmes de communication dans les soins de santé. La loi du 22 août 2002 prévoit que le patient reçoit, des praticiens professionnels, toutes les informations nécessaires dans une langue claire.

Il y a un problème quand aucun interprète en langue des signes n'est sollicité. Mais le nombre de patients sourds et malentendants dans un hôpital ne justifie que rarement la présence permanente d'un tel interprète ou d'un médiateur interculturel pour ce groupe. On vérifiera si la vidéoconférence peut être utilisable par des interprètes en langue des signes dans les hôpitaux. De tels systèmes sont utilisés aux États-Unis.

En ce qui concerne les implants, depuis 1994, l'INAMI prévoit un remboursement des implants cochléaires sous certaines conditions. Le dossier de remboursement est basé sur des données scientifiques et a été élaboré en concertation avec les acteurs concernés.

Des études sur les implants cochléaires en ont prouvé l'efficacité. Les résultats des études sur l'installation de deuxième implants étant positifs, l'INAMI a autorisé le remboursement d'une deuxième aide auditive complète (depuis le 1<sup>er</sup> février).

L'implantation chez les enfants n'est possible qu'à partir de douze mois. La condition pour la deuxième aide auditive complète est de douze ans maximum. Une prise en charge logopédique doit être effectuée par un centre d'implantation disposant d'un service spécialisé ORL ou d'un centre de réadaptation fonctionnelle.

Le choix du recours à l'implant chez un enfant relève de ses parents. Il en va de même pour le choix d'une éducation basée uniquement sur la langue orale, ou celle-ci et la langue des signes. En 2008, 649 patients de moins de 18 ans ont été appareillés et 210 implantés.

**07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!):** Je comprends la difficulté de savoir combien de patients sourds arrivent à l'hôpital et quelle est la priorité à leur donner sur des allochtones parlant d'autres langues. Mais il faut former quelqu'un dans l'hôpital.

En outre, il y a de moins en moins de traductions en langue des signes des journaux télévisés et des émissions d'information générale. La langue des signes perd des moyens plutôt qu'elle n'en gagne.

Pour le recours aux implants, la question n'est pas purement médicale. Il y a un aspect psychologique et culturel dont il faut tenir compte avant d'installer des implants à de tout petits enfants.

*L'incident est clos.*

**08 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la production de la drogue méphédron à Anvers" (n° 21256)**

**08.01 Koen Bultinck (VB):** La méphédron, nouveau stupéfiant, peut apparemment être produite sans difficulté dans notre pays car elle ne figure pas sur la liste des produits illicites. La ministre de la Santé publique a déclaré récemment qu'un arrêté royal serait rédigé pour rectifier la situation. Cet arrêté royal a-t-il été rédigé dans l'intervalle? La méphédron figure-t-elle déjà sur la liste des substances illicites? Quels sont les risques de la méphédron pour la santé?

**08.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (en néerlandais):** La méphédron a été signalée pour la première fois dans notre pays le 4 août 2009. Il n'existe pas encore de résultats d'enquête systématiques sur les effets de la drogue. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies a toutefois dressé une liste des effets secondaires signalés par les consommateurs, notamment l'envie d'une nouvelle dose, l'irritation des voies nasales à cause de la prise, la dilatation des pupilles, l'accélération du rythme cardiaque, l'augmentation de la pression artérielle, des problèmes de mémoire à court terme et des insomnies. Un

rapport d'intoxication parle également d'une agitation extrême, de palpitations cardiaques, de troubles visuels et d'une diminution de la température corporelle. En Suède, un décès a été constaté à la suite de la consommation de méphédron.

Compte tenu du risque de dépendance, la procédure d'inscription de la méthylmethcathinone ou méphédron dans l'arrêté royal du 22 janvier 1998 réglementant certaines substances psychotropes a été ouverte le 17 août 2009. Le projet d'arrêté royal sera soumis au conseil des ministres le vendredi 23 avril 2010.

*L'incident est clos.*

**09 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport du Centre d'expertise sur l'impact des visiteurs médicaux indépendants" (n° 21261)**

**09.01 Koen Bultinck (VB):** Le Centre d'expertise pour les soins de santé a récemment dressé un rapport sur l'impact des visiteurs médicaux indépendants. Ce rapport émet un certain nombre de suggestions, telles qu'une meilleure intégration des visiteurs médicaux indépendants à d'autres initiatives, une harmonisation des sujets choisis avec les grands objectifs de qualité en matière de santé publique, ainsi qu'une affectation plus ciblée des moyens financiers. En outre, en ce qui concerne les visiteurs médicaux indépendants, on préconise également de recourir à d'autres moyens de communication que les moyens actuels.

Je souhaiterais connaître la réaction de la ministre au sujet de ce rapport. Le projet des visiteurs médicaux indépendants va-t-il se poursuivre, nonobstant les critiques contenues dans le rapport?

**09.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (en néerlandais):** L'étude du Centre d'expertise est certes utile pour déterminer les actions futures des délégués médicaux indépendants, mais elle ne porte toutefois que sur un groupe non représentatif de médecins. Le projet a été progressivement étendu et le budget de 1 200 000 euros n'a été complètement utilisé qu'en 2009. Il est dès lors prématuré de tirer des conclusions définitives sur l'impact du comportement en matière de prescription, même si une série d'hypothèses intéressantes peuvent déjà être avancées. Il faudra étudier comment exploiter ces informations de manière à optimiser la qualité du comportement en matière de prescription au profit de toutes les parties concernées. Le projet relatif aux délégués médicaux indépendants doit être examiné dans un cadre élargi et doit inclure les différents aspects de la formation permanente.

Un rapport très récent de l'*Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik* néerlandais démontre que la qualité et l'efficacité des prescriptions ont progressé grâce à l'engagement de délégués médicaux indépendants.

**09.03 Koen Bultinck (VB):** Quel est le programme du comité d'accompagnement pour l'examen de l'ensemble de la procédure et des résultats de l'étude?

**09.04 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (en néerlandais):** Je demanderai à la ministre de répondre à la question de M. Bultinck.

*L'incident est clos.*

**10 Question de M. Mathias De Clercq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le financement des organisations professionnelles représentatives des logopèdes" (n° 21307)**

**10.01 Mathias De Clercq (Open Vld):** Fin 2008, une nouvelle convention a été conclue au sein de la Logomut et il y est prévu qu'un arrêté royal définirait les conditions et les modalités d'octroi du financement des associations professionnelles représentatives des logopèdes. Bien que Mme Onkelinx ait approuvé le dossier et que les moyens aient été inscrits à cet effet dans les budgets de l'INAMI de 2009 et 2010, l'arrêté royal n'est toujours pas entré en vigueur. Pour quelles raisons?

**10.02 Jean-Marc Delizée, secrétaire d'État (en néerlandais):** Le projet d'arrêté royal qui règle le financement des organisations professionnelles de logopèdes a été approuvé le 2 mars 2009 par le Comité

de l'assurance de l'INAMI. Après l'avis positif rendu par l'Inspection des Finances le 12 mars 2009, le dossier a été transmis au secrétaire d'État au Budget, qui n'a toutefois pas pu donner d'accord écrit parce que le financement des organisations professionnelles des logopèdes constituait une nouvelle initiative et que le dossier ne faisait pas référence à une décision du conseil général de l'INAMI ou du Conseil des ministres.

Le 27 novembre 2009, ma cellule stratégique a adressé un courrier au secrétaire d'État au Budget informant ce dernier que le Conseil général avait rendu un avis favorable concernant une note reprenant l'inventaire complet des projets pris en charge dans le cadre des coûts administratifs de l'INAMI. La mesure d'appui aux organisations professionnelles impliquées dans la concertation figure dans cette liste.

Une partie du montant budgétisé en 2009, à savoir 2,4 millions d'euros, sert au financement des organisations professionnelles représentatives de logopèdes.

Je suis bien évidemment à la recherche d'un terrain d'entente avec M. Wathelet, le blocage actuel risquant d'hypothéquer la conclusion d'un accord entre les logopèdes et les organismes assureurs à partir de 2011.

*L'incident est clos.*

La **présidente**: Les questions 21073 et 21304 de Mme della Faille sont transformées en questions écrites.

**11 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'interdiction de fumer dans les voitures en présence d'enfants" (n° 21180)**

**11.01 Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Selon les chiffres d'une enquête réalisée récemment par la *Vlaamse Liga tegen Kanker*, quelque 115 000 enfants sont exposés quotidiennement à la fumée de leurs parents. Une enquête britannique a montré que les enfants qui respirent de la fumée tous les jours ont 100 % de chances supplémentaires de mourir prématurément et de contracter la méningite.

Chaque année, le tabagisme passif occasionne des otites moyennes chez 120 000 enfants britanniques, cependant que 22 000 enfants souffrent d'asthme et 200 de méningite. C'est la raison pour laquelle des chercheurs britanniques préconisent d'interdire de fumer dans les automobiles en présence d'enfants.

Le ministre envisage-t-il d'interdire de fumer dans les véhicules en présence d'enfants ou au moins de le déconseiller? Va-t-il évoquer cette question avec ses collègues européens à l'occasion de la future présidence belge de l'Union européenne?

**11.02 Bernard Clerfayt**, secrétaire d'État (*en néerlandais*): À la fin de l'année dernière, le Parlement a décidé d'instaurer l'interdiction de fumer dans les établissements servant de la nourriture dès 2010 et de généraliser cette interdiction à l'ensemble des établissements de l'horeca au plus tard en 2014. L'instauration d'une interdiction de fumer dans les automobiles n'est pas une priorité immédiate. Je souscris évidemment à toutes les campagnes déconseillant de fumer dans les voitures et surtout en présence d'enfants, mais de telles initiatives ne font pas partie de mes compétences.

**11.03 Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Je déplore que le ministre ne juge pas une telle mesure prioritaire, puisque le risque sanitaire inhérent au tabagisme dans des espaces clos est avéré et grave.

*L'incident est clos.*

**12 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mise en place d'un suivi multidisciplinaire post-opératoire des patients souffrant d'obésité morbide" (n° 21348)**

**12.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Selon l'arrêté du 3 août 2007, l'INAMI rembourse le placement d'un anneau gastrique destiné aux personnes atteintes d'obésité morbide. L'absolue nécessité de l'opération doit préalablement être vérifiée, et certaines conditions doivent être remplies.

Le seul traitement scientifiquement validé à ce jour de l'obésité et de l'obésité morbide consiste à modifier durablement le mode de vie des patients. Le traitement pluridisciplinaire met en présence un médecin, un diététicien et un psychologue, qui aident à remettre le patient sur le chemin devant lui permettre d'atteindre une perte de poids modérée, mais significative et réalisable (5 à 10 % sur un an). Cette perte de poids réduit de manière spectaculaire les risques de morbidité.

La *Belgian Association for the Study of Obesity* (BASO) précise que ni la pharmacopée ni la chirurgie ne constituent la base du traitement, mais d'excellents outils à la perte de poids.

Pensez-vous que les dispositions prises dans l'arrêté royal permettent suffisamment l'accès au traitement pluridisciplinaire? Que pensez-vous d'une mise en place d'un suivi pluridisciplinaire post-opératoire? Le concept de santé durable n'est-il pas un élément primordial à installer afin de nous assurer un meilleur retour possible de la qualité de vie de nos concitoyens?

**12.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Le traitement chirurgical de l'obésité est réservé au seul traitement de l'obésité morbide et réfractaire. Cependant, il faut être rigoureux dans l'indication de la chirurgie et choisir un type d'intervention en fonction du type d'obésité.

L'efficacité de l'intervention peut se dégrader avec le temps. Le professionnel doit donc faire la balance entre le risque de la maladie, d'une part, l'espérance de vie sans doute raccourcie et la co-morbidité, d'autre part (le risque de mortalité opératoire varie de 0,1 à 5 %).

Le fait d'exiger préalablement que le patient soit suivi pendant un an à ses frais par une équipe multidisciplinaire sans arriver à perdre durablement du poids indique également que la chirurgie est incontournable. Son succès est nettement supérieur à celui des autres traitements à court terme, mais le résultat à long terme n'est pas garanti.

Parallèlement à la perte de poids, on voit diminuer les facteurs de morbidité. Il y a peu d'études consacrées à l'impact de ces interventions sur la qualité de vie. Avec le temps, on observe souvent une détérioration des résultats. La performance de perte de poids varie avec le type d'intervention selon qu'elle se base exclusivement ou partiellement sur une contrainte mécanique.

Un soutien post-opératoire à long terme pourrait trouver son intérêt chez les patients ayant bénéficié de ce type de chirurgie pour obésité morbide.

Si, actuellement, la prise en charge de la phase aiguë de l'obésité morbide se fait par des équipes multidisciplinaires, hautement spécialisées, dans des centres de troisième ligne, un suivi à long terme par celles-ci pose des problèmes d'accessibilité géographique et financière. Il est donc nécessaire de développer des modèles de prise en charge primaires en redéfinissant les rôles. La lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité sera mise à l'ordre du jour de la conférence interministérielle santé de septembre.

Ce dont toute la population a besoin, ce sont des conditions et une qualité de vie qui favorisent l'exercice physique et l'accès à une meilleure alimentation. Les entités fédérées ont également d'importants rôles à jouer.

**12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Les associations demandent que l'obésité soit reconnue comme maladie chronique, et qu'un suivi sur du long terme soit possible et remboursé. Nous allons encore trop vite vers la chirurgie.

**12.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Une politique globale coordonnée avec les différents ministres responsables dans une conférence interministérielle me semble être la bonne approche.

Je note votre demande de considérer l'obésité au niveau des maladies chroniques et d'avoir des remboursements appropriés.

*L'incident est clos.*

**13 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 l'Intégration sociale, sur "la contrefaçon de médicaments" (n° 21373)**

- **Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la contrefaçon de médicaments" (n° 21413)**

**13.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): La contrefaçon des médicaments ne cesse d'augmenter, surtout sur internet. Selon un rapport de l'Alliance européenne pour l'accès à des médicaments sûrs, plus de 60 % des médicaments vendus en ligne sont contrefaits.

La Belgique ferait office de plaque tournante du commerce international de médicaments illégaux.

Selon l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), le problème serait lié à l'application non harmonisée de réglementations faibles voire absentes ainsi qu'à un manque de collaboration et de transmission des informations. Le secrétaire d'État à la Coordination de la lutte contre la fraude a annoncé la mise en place d'un système en cascade consistant à faire supporter les frais aux différents responsables.

Quelles dispositions comptez-vous prendre en matière de santé pour lutter contre la contrefaçon des médicaments?

**13.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État (*en français*): Le site de l'AFMPS met en garde contre les dangers liés à l'achat de médicaments via internet, en dehors de tout circuit légal en général.

En ce qui concerne les sites de réseaux sociaux, aucun effort particulier n'a été fait jusqu'à présent pour informer le public.

Le seul message qu'il faut absolument faire passer est qu'il n'y a qu'une façon de se procurer des médicaments en toute sécurité, c'est dans une pharmacie ou sur ledit site internet, quand il s'agit de médicaments non soumis à prescription.

Je partage toutefois votre point de vue quant à la publicité qu'il faut entretenir en faveur du site médicaments-par-internet.be, outil de base de la campagne d'information menée par l'AFMPS.

Une unité spéciale d'enquête a été créée au sein de l'AFMPS. En outre, l'AFMPS participe à la Commission interdépartementale pour la coordination de la lutte contre la fraude dans les secteurs économiques du SPF Économie. Au niveau Intérieur, une collaboration a également été établie entre la police, la douane, l'AFMPS, l'AFSCA, la Direction générale Animaux, Plantes et Alimentation et la Justice au sein de la cellule Hormones, dont les mandats ont trait à l'engraissement illégal, au dopage dans le monde sportif et à tout ce qui se rapporte à la contrefaçon de médicaments et autres formes de criminalité pharmaceutique.

Au niveau de l'Union européenne, la plate-forme HMA WGEO, qui réunit la police, la douane et l'Inspection des médicaments, constitue un réseau effectif qui aide à lutter contre la criminalité pharmaceutique au-delà des frontières et prévoit des formations.

Le Conseil de l'Europe a préparé la Convention Medicrime de lutte contre la contrefaçon de médicaments et

la criminalité connexe qui sera soumise pour ratification aux États membres en novembre 2010. Ce nouvel instrument constituera une amélioration importante.

Des initiatives législatives ont également été entreprises au niveau de l'Union européenne.

La Belgique est active au niveau international. Elle a prêté sa collaboration à l'initiative Impact de l'OMS. La Belgique joue surtout un rôle important au niveau du *networking* et des *single points of contact*.

**13.03** **Thérèse Sney et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): L'important est d'agir le plus en amont possible mais il y a aussi la question de la sensibilisation des citoyens et de la mise en valeur du rôle du pharmacien. Enfin, j'estime que le site dont vous parlez mériterait une plus grande promotion.

*L'incident est clos.*

*La réunion publique de commission est levée à 12 h 12.*