

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

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

van

du

MAANDAG 2 FEBRUARI 2009

LUNDI 2 FEVRIER 2009

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 15.32 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

De vergadering wordt geopend om 15.32 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Mme Pécriaux a transformé sa question n° 9537 en question écrite. M Gilkinet va arriver et Mme Lejeune est d'accord de l'attendre.

**01** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ziekenhuisinfecties" (nr. 9594)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overlijdens naar aanleiding van een ziekenhuisopname" (nr. 10280)
- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de strijd tegen 'vermijdbare' sterfgevallen in ziekenhuizen" (nr. 10424)

**01** **Questions jointes de**

- Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infections nosocomiales" (n° 9594)
- Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les décès causés par une hospitalisation" (n° 10280)
- Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre les décès 'évitables' dans les hôpitaux" (n° 10424)

**01.01** **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de ziekenhuisinfectie, in wetenschappelijke termen de nosocomiale infectie.

Onze alsmaar performantere gezondheidszorg veroorzaakt een resistente nosocomiale infectie. Die treden op bij de verzorging van heel specifieke aandoeningen en vaak bij heel kwetsbare patiënten.

Er is een vermenigvuldiging van invasieve medische ingrepen, en er is resistentie tegen antibiotica. Men ziet in de hospitalen en aan de producten die in de apotheek worden verkocht dat de dosis die patiënten moeten nemen steeds meer verhoogt. Dat zijn allemaal factoren die bevorderlijk zijn voor ziekenhuisinfecties.

In de voorbije twintig jaar hebben de ziekenhuisinfecties zich ook enorm gediversifieerd. Het is daardoor veel moeilijker geworden ze te voorkomen, te diagnosticeren en te behandelen. In België loopt meer dan 5% van de patiënten een infectie op in de ziekenhuisomgeving. Elk type infectie heeft min of meer ernstige gevolgen voor de patiënt.

Een belangrijk deel van de patiënten overlijdt als direct gevolg van zulk een infectie. In België overlijden er elk jaar ongeveer 3.400 patiënten mede aan de gevolgen van een infectie die zij in het ziekenhuis hebben opgelopen. Naast tragische sterfgevallen veroorzaken deze infecties soms ook invaliditeit. Zij hebben soms ook een nawerking. Sommige patiënten moeten langer in het hospitaal blijven, wat meer kosten betekent.

Ik heb een aantal concrete vragen.

De experts gaan ervan uit dat vandaag 20 tot 30% van de ziekenhuisinfecties vermijdbaar is via preventie en toezicht. 20 tot 30% is veel. Welke maatregelen hebt u gepland om die vermijdbare infecties effectief te voorkomen? In welke middelen en budgetten werd er voorzien om de ziekenhuizen toe te laten een betere diagnose te stellen en de behandeling van patiënten met een ziekenhuisinfectie te verbeteren? Welke wegen wilt u bewandelen om in alle ziekenhuizen nieuwe technieken te introduceren, technieken die infecties efficiënter kunnen indijken dankzij een snellere aanpassing van de behandeling en indien nodig een afzondering van de patiënt?

Wat doet u om het innovatief onderzoek naar ziekenhuisinfecties te stimuleren? Ook dat is een belangrijk punt voor mij. Voor een aantal aandoeningen beginnen de infecties heel specifiek te worden. Als men denkt aan het belang van de patiënt, dan moet daar zeker werk van worden gemaakt.

**01.02 Katrin Jadin (MR):** Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais aborder également avec vous la question du nombre de décès qui surviennent à la suite d'une hospitalisation.

Les journaux du 19 janvier ont fait état de chiffres assez alarmants, dont l'analyse peut amener à la conclusion qu'il y aurait plus de tués dans les hôpitaux que sur nos routes.

Suite aux différentes déclarations parues à ce sujet dans la presse, nous sommes en droit de nous poser plusieurs questions. Je tiens à souligner qu'il s'agit bien ici de décès qui se sont produits à la suite d'un événement indésirable. Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, il s'agit d'une lésion ou d'une complication non intentionnelle entraînant une invalidité, la mort ou une prolongation du séjour hospitalier pour le patient et imputable à la gestion des soins hospitaliers plutôt qu'à la pathologie du patient, c'est-à-dire une infection nosocomiale ou une erreur médicale.

La première inquiétude a trait au fait qu'aucun recensement officiel n'a été réalisé par votre département, qui a livré à la presse le chiffre de 1.500 décès par an en se basant sur une étude universitaire.

Le corps médical estime, quant à lui, que les événements indésirables touchent 6 à 10% des admissions hospitalières.

Deuxième inquiétude: bon nombre de ces événements indésirables pourraient être évités si les normes de sécurité et d'hygiène très strictes, notamment recommandées par l'OMS, étaient respectées.

Je sais que vous ne resterez pas les bras croisés dans ce dossier mais je voulais souligner toute l'importance de la question et l'énergie qu'elle mérite qu'on lui consacre. Nos concitoyens savent qu'ils bénéficient de soins médicaux de grande qualité. Néanmoins, trop d'erreurs médicales subsistent qui détruisent des vies et leur réparation judiciaire, vous en conviendrez, laisse parfois perplexe.

Aussi, ne vaudrait-il pas mieux instaurer une plus grande confiance en notre système de soins? Poser la question revient sans doute à y répondre. Ma question portera donc précisément sur les mesures mises en œuvre par votre département pour réduire les risques d'erreurs entraînant le décès des patients. Madame la ministre, que faites-vous pour remédier à cette situation que vous déplorez? Qu'en est-il d'un recensement officiel des décès survenus à la suite d'événements indésirables qui permettrait de mesurer l'importance du problème et vous donnerait l'occasion de prendre les mesures adéquates? Par ailleurs, pouvez-vous donner le détail budgétaire et le calendrier précis des mesures du plan que vous annoncez pour réduire ce phénomène?

Dans le même ordre d'idées, vous évoquez un système de gestion de la sécurité des patients auquel 90% des hôpitaux auraient déjà adhéré. Qu'en est-il des 10% qui restent? Ne se sont-ils pas encore prononcés ou y-a-t-il d'autres raisons? Ce n'est pas l'équivalence du nombre de décès sur la route et de celui dans les hôpitaux qui m'interpelle: je préférerais connaître les moyens mis en œuvre, les budgets à respecter, l'urgence politique dont bénéficie ce dossier qui réclame une réponse.

**01.03 Minister Laurette Onkelinx:** Het meest recente initiatief van de federale overheid met betrekking tot de patiëntveiligheid zijn de federale contracten met de Belgische ziekenhuizen. Sedert 2007 voorziet de federale overheid in een bijkomende structurele financiering voor de ziekenhuizen om de kwaliteit en de patiëntveiligheid in de Belgische ziekenhuizen te verhogen. Het voorkomen van incidenten is hiervan een belangrijk onderdeel. Ziekenhuisinspecties zijn sedert een zevental jaar een belangrijk aandachtspunt

waarrond een duidelijke politiek wordt gevoerd.

In het kader van de federale contracten werd een meerjarenplan tot 2010 uitgewerkt. In dit meerjarenplan is voorzien dat in de loop van 2010 alle Belgische ziekenhuizen moeten beschikken over een meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten teneinde verbeteracties op te starten om incidenten te voorkomen. De federale overheid biedt hiervoor de nodige ondersteuning. In de loop van 2009 worden de ziekenhuizen eveneens ondersteund in het leren uitvoeren van retrospectieve analysemethodes. Vanaf 2010 wordt de nadruk gelegd op proactieve analysemethodes. Naast het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten wordt het accent gelegd op de patiëntveiligheidscultuur in de ziekenhuizen en op het gebruik van indicatoren om het beleid op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid te sturen. Tegen 2012 dienen alle Belgische ziekenhuizen te beschikken over een operationeel veiligheidmanagementsysteem.

In 2007-2008 bedroeg het toegekende bedrag voor het hiervoor genoemde contract 6,8 miljoen euro. In 2008-2009 was dit 7,2 miljoen euro. Voor de ondersteuning en de begeleiding van de ziekenhuizen is een bedrag van 700.000 euro voorzien. Bijkomend is ook een bedrag van 240.000 euro voorzien voor het ontwikkelen van een meld- en leersysteem voor incidenten op ziekenhuisniveau. Voor het ontwikkelen en implementeren van zorgbundels werd 700.000 euro voorzien. Voor klinische farmacie werd 1.250.000 euro uitgetrokken.

Wat de preventie van ziekenhuisinfecties betreft, hebben de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) en het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne (FPZ) de voorbije jaren reeds enkele belangrijke initiatieven genomen. Reeds in 2002 werden er lokaal overkoepelende structuren gecreëerd, met name 9 regionale Platformen voor Ziekenhuishygiëne. Elk platform krijgt een jaarlijkse financiering van circa 2.500 euro voor zijn werking.

Op basis van het beleidsplan inzake de reorganisatie van ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen, werden in 2007 nieuwe normen voor ziekenhuishygiëne gepubliceerd. Bovendien werd de recurrente financiering voor ziekenhuishygiëne in de acute ziekenhuizen verhoogd met 4,3 miljoen euro.

L'hygiène des mains est le moyen de prévention le plus efficace contre les infections nosocomiales. Plusieurs de ces infections sont incontournables dans la connaissance actuelle de la médecine. Toutefois, certaines sont évitables et c'est évidemment cela qu'il faut cibler. Or, celles qui sont évitables grâce à l'hygiène des mains constituent la part la plus importante.

Nous avons déjà mené deux campagnes nationales en 2005 et 2007 avec, à chaque fois, un budget de 125.000 euros. Ce fut une très grande réussite tant en termes de participation (97% de participation des hôpitaux aigus sur base volontaire) qu'au niveau des résultats. Le respect des règles en matière d'hygiène des mains est passé de 50% à 70% à l'issue de chacune des deux campagnes. La troisième campagne vient d'être lancée le 19 janvier 2009.

En 2006, la participation à l'enregistrement des infections nosocomiales par l'Institut scientifique de Santé publique a été rendue obligatoire. Les protocoles proposés ont également été complétés par l'enregistrement du MRSA, à savoir le staphylocoque doré, du Clostridium difficile (CD) et des entérobactéries multirésistantes.

Une étude de prévalence ponctuelle qui vient d'être réalisée par le Centre fédéral d'expertise a montré que 6,2% des patients hospitalisés étaient atteints d'une infection nosocomiale, soit 103.000 cas sur base annuelle. Il s'agit d'un résultat tout à fait comparable au taux de prévalence enregistré dans les autres pays européens qui se situe entre 5 et 9%. Nous nous situons même dans la fourchette basse.

Nous voulons dorénavant poursuivre, tous les deux ans, la réalisation de telles études de prévalence. On peut dire également que la combinaison de toutes les initiatives a produit son effet. Ces dernières années, on observe ainsi une évolution favorable, dans les hôpitaux belges, en ce qui concerne le MRSA (staphylocoque doré). Depuis 2003, on constate en effet une diminution tant de l'incidence des MRSA nosocomiales que des taux de résistance, notamment grâce à la campagne "antibiotiques" qui donne également de très bons résultats.

Cela étant, il reste une marge de progression. Des initiatives supplémentaires devraient en l'occurrence être prises dans les hôpitaux chroniques et psychiatriques ainsi que dans les centres d'hébergement et de soins, afin de lutter contre les infections liées aux soins. La plate-forme fédérale a dès lors rédigé une proposition

en vue de la maîtrise des infections liées aux soins dans les centres d'hébergement et de soins. En collaboration avec mes collègues des Régions et des Communautés, je viens de décider que cette proposition ferait l'objet d'une évaluation sur la base de projets pilotes qui seront lancés au début de cette année 2009.

Parmi les maladies nosocomiales, il est beaucoup question du staphylocoque doré. Les premières infections sont urinaires, mais il faut aussi noter les infections pulmonaires – les fameuses broncho-pneumonies. Cependant, n'oublions pas que plusieurs d'entre elles se résorbent assez rapidement à l'hôpital. Ainsi, certaines infections urinaires ont pour effet que le malade reste un jour de plus à l'hôpital. Bien entendu, cela peut aboutir à des maladies très graves, voire mortelles.

Se laver les mains semble un exercice très facile. Or ce n'est pas le cas; il convient de suivre une certaine méthode. En milieu hospitalier, j'ai pu utiliser des testeurs qui montrent ce qu'il se passe quand on se lave les mains. J'avais bien appliqué la méthode requise, mais l'un de mes collaborateurs avait fait le malin... et le résultat fut assez impressionnant! On recommande aussi de ne pas porter de bagues ni de faux ongles, car ces objets retiennent les germes. En outre, il faut le faire à une certaine fréquence. Dans certains services, tels les soins intensifs, on se lave les mains jusqu'à 25 fois par heure. Cet exercice peut donc se révéler très lourd. On remarque aussi qu'il est beaucoup plus respecté par les infirmières que par les médecins.

En tout cas, la situation évolue. Les campagnes et les plans d'hygiène donnent d'excellents résultats. Pensons à ces produits dont on s'enduit soit avant d'entrer dans la chambre soit dans la chambre même. Il y a donc de plus en plus d'aménagements qui permettent de respecter plus facilement cette nécessité.

En termes d'incidence, nous sommes en train de recueillir systématiquement les résultats hôpital par hôpital, de sorte que nous pourrions élaborer des séries statistiques dont nous manquons pour le moment.

Ainsi, tout un travail a été réalisé en la matière même s'il n'est pas toujours facile d'établir un lien causal entre une infection nosocomiale contractée à l'hôpital ou en dehors de celui-ci et un décès lié à une infection nosocomiale ou à l'état de la maladie de la personne en dehors de l'infection nosocomiale. Rien n'est simple en la matière, mais les séries statistiques progressent.

En réponse à votre dernière question, je vous dirai que 10% des hôpitaux ne participent pas à l'enquête. Les 90% des hôpitaux belges qui y participent représentent 97% des lits. Pourquoi? Les établissements qui ne participent pas ou pas encore sont de petite taille. Cela s'explique, selon moi, par le mode de financement. Les établissements de plus petite taille (jusqu'à 100 lits) reçoivent, en effet, un montant fixe de 100.000 euros, ce qui, dans la pratique s'avère insuffisant. Les établissements de plus grande taille sont, quant à eux, financés sur la base d'un montant fixe par lit agréé.

Je voudrais profiter de l'occasion pour rectifier le tir, afin que l'ensemble des hôpitaux soient obligés d'y participer.

**01.04 Maya Detiège** (sp.a): Dank u voor het uitvoerige antwoord. Dat was ook wel nodig gezien het belang ervan: het gaat over een enorme groep patiënten. 3.400 mensen per jaar die hieraan overlijden is echt wel enorm.

Ik ben blij dat u zegt dat u een degelijk plan inzake hygiëne aan het uitwerken bent. Ik heb het reeds een aantal mensen hier in de commissie stil horen zeggen: het is belangrijk om dat te doen voor alle ziekenhuizen. Universitaire ziekenhuizen bijvoorbeeld zullen veel sneller een plan ontwikkelen dan de kleinere ziekenhuizen. In die zin is het positief dat u daar een groot budget aan wilt besteden om er werk van te maken.

Ik vind het ook goed dat u zegt voor preventie nog meer te willen doen. Ik weet niet of het nu op zijn plaats is, maar ik zou daar nog een vraag over willen stellen. In de praktijk zie ik een aantal tendensen, bijvoorbeeld inzake resistentie: inzake antibiotica was de logica de dosissen sterker te maken. Minister Demotte heeft dan een campagne gevoerd om de artsen ervan bewust te maken niet te snel antibiotica te geven als dat niet nodig is. Wat stel ik vast?

Een ander geneesmiddel zijn pijnstillers. Er is bijvoorbeeld Nurofen – de meeste mensen kennen dat wel – in pillen van 200 milligram, wat de standaard is. Op de markt werd dat verhoogd tot 400 milligram. Een ander

voorbeeld. Voor Dafalgan was de standaard 500 milligram. Nu nieuw op de markt, normaal gezien voor chronische patiënten...

La **présidente**: Vous avez déjà été très longue, madame Detiège!

**01.05 Maya Detiège** (sp.a): Ik vind dat belangrijk. Ik wil dat meegeven. Uiteindelijk wordt hier beleid gemaakt. In plaats van 500 milligram is er nu één gram. Wat zien we in de praktijk? Heel veel patiënten schakelen automatisch over: het is sterker, dus het zal wel beter zijn. Mijn vraag aan u: bekijk nog eens een keer hoe het juist zit met het antibioticagebruik bij de bevolking. Die campagne is al een tijd geleden.

**01.06 Laurette Onkelinx**, ministre: Vous êtes pharmacienne, vous êtes une spécialiste! Adressez-moi une note à ce sujet. Je pourrai ainsi la faire examiner. Ce que vous dites est effectivement important et il serait opportun que sur la base d'un courrier, je puisse faire examiner la problématique par mes services, car maintenant, je ne suis pas capable de vous répondre!

**01.07 Maya Detiège** (sp.a): Ja, ik zal het zo doen.

**01.08 Laurette Onkelinx**, ministre: En effet, je ne possède pas vos connaissances scientifiques!

**01.09 Maya Detiège** (sp.a): Dat is goed, ik zal het zo doen. Ik dacht, omdat ik u nu zie, het vlug te zeggen.

Hoe dan ook, men stelt echt tendensen vast. Mijn vraag is: moet er misschien een nieuwe campagne komen, ja of neen, aangezien u toch heel veel geld wilt investeren in die ziekenhuisinfectie.

**01.10 Katrin Jadin** (MR): Je constate que différentes initiatives cumulées donnent des résultats. Vous m'avez donné beaucoup de chiffres et je les relirai, n'ayant pas eu le temps de prendre connaissance de l'ensemble des initiatives tant au niveau des Communautés que du fédéral. Obliger, comme vous venez de le suggérer, l'ensemble du secteur à participer à ces campagnes est une excellente initiative. Au niveau de l'hygiène des mains, j'ai fait la même expérience que vous, madame la ministre, car j'ai également une sœur, qui, elle, est médecin. Je lui ai posé la question des origines du phénomène et elle m'a notamment expliqué cette technique du lavage des mains, qui est soumise à de nombreuses restrictions. Il convient de continuer à insister en la matière, et de sensibiliser le public.

Vous avez parlé du fait que certaines infections étaient évitables. Quelle est la proportion de contractions nosocomiales évitables en milieu hospitalier? Je peux aussi obtenir ce renseignement plus tard par une question distincte.

**01.11 Laurette Onkelinx**, ministre: J'ai donné ce chiffre et je pense qu'il s'agit de 30%.

**01.12 Katrin Jadin** (MR): C'était à titre informatif et je vous écrirai peut-être à ce sujet.

**01.13 Laurette Onkelinx**, ministre: Procédez donc par question écrite. Nous disposons de ce chiffre.

**01.14 Katrin Jadin** (MR): Il pourrait être intéressant. Je vous souhaite beaucoup de succès dans la mise en œuvre de ces initiatives, que nous observerons bien évidemment.

La **présidente**: Ce long chapitre était important. Nous avons également un rapport du KCE sur les accidents évitables, comportant des recommandations et publié voici peu, que vous pouvez consulter.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

## **02** Samengevoegde vragen van

- de heer **Luk Van Biesen** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het oprichten van een MUG-dienst te Halle" (nr. 9830)

- de heer **Michel Doomst** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het oprichten van een MUG-dienst te Halle" (nr. 10006)

## **02** Questions jointes de

- **M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création d'un SMUR à Hal" (n° 9830)**

- **M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création d'un SMUR à Hal" (n° 10006)**

**02.01 Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de vicepremier, ik moet u andermaal een vraag stellen over een MUG-dienst in Halle.

Heel wat collega's hebben daarover al vragen gesteld. Er werd ons meegedeeld dat toenmalige Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid, de heer Steven Vanackere, bevestigt dat het regionaal ziekenhuis Sint-Maria van Halle vanaf 1 december 2008 in aanmerking komt voor een eigen MUG-dienst.

Het ziekenhuis wil tevens ook zijn PIT behouden. In de commissie voor de Volksgezondheid van december 2008 meldde u aan collega Doomst dat het ziekenhuis zelf nog geen officiële aanvraag tot oprichting van een eigen MUG-dienst had ingediend.

Werd intussen al een officiële aanvraag ingediend door het AZ-Halle voor de oprichting van een eigen MUG-dienst? Bevestigt u, zoals het ziekenhuis heeft meegedeeld, dat het vinden van urgentieartsen voor problemen zorgt en de oprichting van een MUG in Halle bijgevolg niet voor de onmiddellijke toekomst zal zijn? Zal er wel ooit een MUG-dienst komen?

Wat is uw mening over het behoud van een PIT-dienst en een nieuwe MUG-dienst? Hoe kan men die twee elementen met elkaar verenigen? Zal de overheid subsidies toekennen aan het ziekenhuis voor de installatie van een MUG-dienst? Wat zijn de verdere stappen in het verloop van dit nu toch al heel lang aanslepend dossier?

**02.02 Michel Doomst** (CD&V): Mevrouw de vicepremier, wij hadden de indruk dat er in het dossier enige vooruitgang was geboekt. Op 1 december 2008 kregen wij het goede nieuws dat vanuit de Vlaamse regering aan het ziekenhuis van Halle een erkenning was verleend voor de installatie van een MUG-dienst. Blijkbaar geldt hetzelfde voor Zottegem en Geraardsbergen.

Het verheugt mij dat u, in uw contingent van medische urgentiediensten; de opening voor Halle hebt kunnen maken. Hoe wordt uw intentie nu operationeel? Wat zijn de cruciale etappes om daadwerkelijk tot de uitvoering van de genomen beslissingen te komen? Blijkbaar bent u nog niet aangezocht door Halle? Dat verbaast mij.

**02.03 Minister Laurette Onkelinx:** Mevrouw de voorzitter, collega's, voor een samenvatting van de historiek van de problematiek verwijs ik naar het antwoord dat ik in november jongstleden in de commissie gaf aan collega Doomst.

Ik heb een nieuwe evaluatie laten uitvoeren van de programmering van de MUGs in het Vlaamse Gewest. Die maakt het op basis van de bevolkingsaantallen mogelijk het aantal MUGs in het Vlaamse Gewest van 42 op 45 te brengen.

Daar de erkenning van de MUGs een gewestelijke bevoegdheid is, heb ik op 23 juli 2008 een brief gestuurd naar mijn toenmalige collega van het Vlaamse Gewest, minister Vanackere, waarin ik hem informeerde over de opportuniteit een MUG te programmeren in Halle en eveneens in Zottegem en Geraardsbergen, waar andere problemen bestaan.

Tijdens uw vorige interpellatie heb ik u meegedeeld dat ik wachtte op een antwoord op mijn brief. Tot heden heb ik geen antwoord ontvangen op die brief, en ook geen aanvraag van het regionaal ziekenhuis Sint-Maria te Halle. Zodra ik een aanvraag ontvang waarin mij wordt meegedeeld dat het Vlaamse Gewest de MUG van Halle heeft erkend, zal ik aan mijn administratie het volgende vragen.

Ten eerste, de financiering ervan te activeren in het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen.

Ten tweede, die MUG toe te voegen aan de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening die mobiliseerbaar zijn via de eenvormige oproepcentra. De gelijktijdige financiering van een PIT en een MUG is overigens thans niet gepland. Het zal daarentegen voor de MUG van Halle wel mogelijk zijn zich kandidaat

te stellen voor een proefproject, met een budget, dat ik dit jaar opstart en dat binnen dezelfde eenheid de functies van een MUG en een PIT combineert.

**02.04 Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de minister, zoals u zegt, we zullen daar nog op moeten terugkomen.

Toen hij minister was heeft de heer Vanackere een bezoek gebracht aan de MUG van Halle, waarbij hij zei dat hij het daar erkent. Het antwoord daarvan hebt u blijkbaar nog niet officieel gekregen. Wij zullen onze leden van de Vlaamse regering laten vragen waar dat antwoord blijft.

Nogmaals zullen wij er bij het ziekenhuis op aandringen om de nodige stappen te zetten.

Het is duidelijk dat er heel wat voorbarige dingen worden gezegd, alsof het allemaal rond was. We zijn echter nog helemaal niet aan het einde van ons Latijn in dat dossier.

**02.05 Michel Doomst** (CD&V): Mevrouw de minister, dank u voor de bevestiging dat u maagdelijk onschuldig bent in dat dossier.

Voor de verdere afhandeling betekent dit dat wij ons voor de operationaliteit tot de Vlaamse regering en ook tot het ziekenhuis van Halle zullen wenden om na te gaan wanneer de volgende fases voor uitvoering klaar zijn. Wij zullen erop aandringen dat er voor de budgettaire ruimte, die blijkbaar ter beschikking is, de nodige operationele stappen worden gezet om die effectief in te vullen.

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

### **03 Questions jointes de**

- **M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surprescription et la surconsommation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs en Belgique" (n° 9552)**

- **Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'antidépresseurs" (n° 9877)**

### **03 Samengevoegde vragen van**

- **de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onverantwoord voorschrijfgedrag en de overconsumptie van kalmeermiddelen en antidepressiva in België" (nr. 9552)**

- **mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antidepressiva" (nr. 9877)**

**03.01 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, merci à Mme Lejeune de m'avoir permis de poser mes questions en commission de l'Infrastructure.

Madame la ministre, dans nos pays occidentaux, la consommation de médicaments psychotropes est excessive et tend à se banaliser. Elle est un indicateur d'un mal-être généralisé, mais a aussi un coût important pour notre système de remboursement de soins de santé, tout en ne constituant pas toujours la réponse idéale et la plus efficace aux pathologies identifiées.

Une étude récente de la Mutualité Chrétienne jette un coup de projecteur intéressant sur cette problématique.

En résumé, il semble qu'il y ait surprescription et donc surconsommation de ce type de médicaments, dont on constate également l'usage pour de courtes périodes alors qu'un traitement de ce type n'est efficace que sur de plus longues périodes. Qui plus est, il semble également qu'il y ait surprescription de nouvelles spécialités pharmaceutiques, prétendument plus efficaces, toujours plus onéreuses pour la collectivité, alors qu'il existe des molécules plus classiques, à l'effet identique, mais beaucoup moins chères. C'est notamment le cas de certains antipsychotiques.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de cette étude? En partagez-vous les conclusions? En conséquence, quelles mesures concrètes comptez-vous prendre pour remédier à cette situation dans un

futur proche?

Comment comptez-vous agir pour limiter la prescription de spécialités coûteuses lorsqu'il existe un équivalent à l'effet identique mais moins onéreux? C'est tout le problème des prescriptions en DCI, également à l'ordre du jour.

En matière de santé mentale, êtes-vous prête à envisager des mesures globales visant la réduction à terme de l'usage des antipsychotiques et des antidépresseurs? Dans ce cadre, un meilleur remboursement des psychothérapies ne peut-il constituer dans certains cas une alternative sérieuse à l'usage de ce type de spécialités?

**03.02** **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, ma question s'articule également autour de la consommation importante d'antidépresseurs. À en croire les données relayées dans la presse, il semblerait qu'entre 2002 et 2007, la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques ait augmenté de 14%. Quant au nombre de patients qui se soignent par ce biais, il a augmenté de 22%.

Toujours selon cette étude, l'utilisation desdits traitements est significativement plus importante chez les femmes et chez les seniors. Il semblerait également que les facteurs socio-économiques jouent un rôle incontestable.

Je ne vous énumérerai pas le détail des gens sans emploi et autres dont le moral est au plus bas et qui font appel au médecin pour obtenir des médicaments.

Madame la ministre, quelle est votre réaction face à cette étude?

Votre prédécesseur avait annoncé vouloir s'attaquer à la consommation abusive d'antidépresseurs. Or les chiffres restent inquiétants. Comment envisagez-vous de résoudre le problème?

Cette problématique ne devrait-elle pas être abordée en commission médico-mutualiste afin d'obtenir, en concertation avec les prestataires de soins, des mesures spécifiques?

**03.03** **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, l'étude de la Mutualité chrétienne est effectivement intéressante. Elle illustre, une fois de plus, le caractère préoccupant de la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en Belgique.

Comme je l'ai déjà annoncé à plusieurs reprises, j'ai demandé à deux éminents experts de me fournir un état des lieux de l'utilisation des médicaments psychotropes en Belgique et de tenter de donner un éclairage sur les causes de cette consommation. Ils viennent de me remettre un premier rapport qui n'est pas encore terminé.

Un certain nombre d'éléments apparaissent clairement dans ce rapport, ce qui ne semblait pas être évident auparavant.

Je me réfère, par exemple, à la prescription très importante des antidépresseurs et antipsychotiques en dehors des indications de base desdits médicaments, à savoir la dépression majeure et la schizophrénie ou au rôle joué par l'information délivrée par les firmes pharmaceutiques.

Pour donner une suite à ce rapport, j'ai d'ores et déjà demandé à l'INAMI de faire, avant la fin février, un état des lieux des données marquantes de la psychomédecation en Belgique sur base de toutes les sources disponibles.

Par ailleurs, je prépare, en collaboration avec l'INAMI et les professeurs qui m'ont remis l'ébauche du rapport que j'ai évoqué tout à l'heure, une liste concrète d'actions pour fin février, au plus tard.

Des entretiens et discussions sur ces pistes auront ensuite lieu avec les acteurs concernés, notamment avec la Commission nationale Medicomut.

À ce propos, je tiens à rappeler que la Commission nationale Medicomut a, elle-même, décidé d'inclure dans son accord pour 2009 et 2010, les antidépresseurs dans les classes pour lesquelles les médecins s'engagent à démarrer dans 80% des cas un traitement avec la molécule la moins chère.

Nous en saurons un peu plus dans les semaines qui viennent, mais en attendant, il faut encore faire preuve d'un peu de patience.

La **présidente**: Rendez-vous à la mi-mars.

**03.04 Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, il s'agit manifestement d'un chantier important pour la ministre de la Santé. Je note les convergences entre les conclusions du premier rapport, que vous avez reçues, et l'étude à laquelle nous avons fait référence. Je pense à la prescription en dehors des indications de base, au rôle de la publicité sur les médicaments, même par bouche à oreille. La publicité, même si elle est interdite, est un élément sur lequel nous devons agir et nous nous réjouissons de voir les pistes pouvant aboutir en la matière.

**03.05 Josée Lejeune** (MR): Je pense, comme Mme la ministre, qu'il était primordial de réaliser un état des lieux afin de connaître les causes. Le premier rapport n'étant pas terminé, nous attendrons évidemment la fin de celui-ci. Il est aussi important d'attendre les propositions et pistes concrètes d'action ayant été demandées et formulées. Je vous remercie et reviendrai plus tard sur la problématique.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**04 Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aankoop van boa-metrostellen via Beliris" (nr. 9831)**

**04 Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'acquisition de rames de métro Boa par le biais de Beliris" (n° 9831)**

**04.01 Luk Van Biesen** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag handelt over de aankoop van boa-metrotoestellen. Ik stel u deze vraag als hoofdverantwoordelijke binnen de federale regering voor de opvolging van het Beliris-project. Via het Beliris-fonds zou de Brusselse overheid kunnen voldoen aan een dringende behoefte inzake metroproblemen, onder meer door boa-metrostellen aan te kopen. Sommige Brusselse ministers zouden andere prioriteiten stellen inzake het Beliris-geld, onder andere voorstellen voor een openluchtwembad en dergelijke meer.

Weldra moet er worden beslist over de besteding van de Beliris-gelden. Tot voor 20 januari kon men nog boa-metrostellen aankopen aan gunstige voorwaarden. Die datum is inmiddels verstreken. Toch verneem ik graag het standpunt van de minister in dit dossier. Kan de minister mij bevestigen dat de Beliris-gelden besteed kunnen worden aan de dringende vraag naar nieuwe boa-metrostellen? Wil de minister voldoen aan de dringende noodzaak in verband met de aankoop van deze toestellen? Wat zijn haar prioriteiten betreffende het Beliris-fonds?

**04.02 Minister Laurette Onkelinx**: Zoals u waarschijnlijk wel weet heeft het samenwerkingsakkoord Beliris in het verleden reeds bijgedragen tot de aankoop van metrostellen van het boa-type voor een totaal van 20 miljoen euro. In het raam van bijakte 9 werd in 2005, 2006 en 2007 een bedrag van 5 miljoen euro uitgegeven. Bijakte 10 die over de jaren 2008, 2009 en 2010 loopt, voorziet in hetzelfde bedrag, maar uitsluitend voor het jaar 2008, en dit naast de 25,5 miljoen euro die wordt gefinancierd door de MIVB.

Tijdens de opmaak van bijakte 10 hebben de vertegenwoordigers van het Brussels Gewest in het samenwerkingscomité niet de wens geuit om verder te gaan dan tot 2008 voor de aankoop van deze boa's. Zoals voorzien in bijakte 10 zijn de leden van het comité op 19 december jongstleden samengekomen in mijn kabinet. De gewestvertegenwoordigers hebben ter zake geen enkele officiële aanvraag ingediend.

Op 15 januari had een nieuwe vergadering plaats van het samenwerkingscomité. Tijdens die vergadering hebben de gewestleden gewag gemaakt van overleg dat diezelfde dag in de gewestregering had plaatsgevonden.

Bij dit overleg werd gevraagd om onmiddellijk 4,5 miljoen euro vrij te maken voor de aankoop van nieuwe boa's. Die 4,5 miljoen euro was oorspronkelijk voorzien voor een initiatief in verband met de aanleg van de tramlijn op de Leopold III-laan. Het samenwerkingscomité aanvaardde het principe van een dergelijke wijziging.

**04.03 Luk Van Biesen** (Open Vld): Ik dank de minister voor haar antwoord en zal dit verder bekijken met de leden van het Brussels Gewest.

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

**05 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'approvisionnement des médicaments dans les officines" (n° 9841)**

**05 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de levering van geneesmiddelen aan apotheken" (nr. 9841)**

**05.01 Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, je voudrais aborder la question de l'approvisionnement des officines en certains médicaments. Il s'avère que des difficultés sont régulièrement à déplorer et que certains grossistes et fournisseurs ne respectent pas toujours la législation, pourtant très précise en la matière. Je me permets d'ailleurs de rappeler l'arrêté royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire qui stipule en son article 101, 5) que le grossiste répartiteur de médicaments est tenu de prendre toutes les dispositions pour assurer la livraison d'urgence des médicaments sur le marché dans les cas qui le requièrent et, sinon, dans les 24 heures de la commande au plus tard.

Lorsque certains produits ou médicaments sont indisponibles dans les délais sur le marché, cela peut prolonger la souffrance, nuire à l'efficacité d'un traitement et, le cas échéant, entraîner des effets désastreux sur l'état de santé de certains patients. Madame la ministre, comment réagissez-vous à cette constatation? Les patients doivent-ils s'inquiéter? Pouvez-vous communiquer des données précises quant à l'indisponibilité de certains produits pharmaceutiques? Quel est le dispositif prévu pour y remédier? Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées pour respecter les délais d'approvisionnement?

**05.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Chère collègue, j'ai chargé l'Agence des médicaments de discuter des problèmes de contingentement avec les associations professionnelles concernées lors des réunions de concertation. Non, les patients ne doivent pas s'inquiéter. On compte peu de cas d'indisponibilité avérée répertoriés annuellement. Quand cela arrive, on discute d'une solution entre l'Agence des médicaments et la firme responsable de la mise sur le marché du médicament. Une dizaine de cas par an amènent l'Agence à prendre des mesures particulières pour des médicaments essentiels sans alternative thérapeutique

Il faut distinguer différents cas: s'il y a manquement à la livraison dans les 24 heures maximum par le grossiste répartiteur alors que celui-ci dispose du médicament en stock, c'est l'article 101 de l'arrêté royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à l'usage humain et vétérinaire évoqué dans votre question qui s'applique. En 2008, l'Agence fédérale n'a pas reçu de plainte fondée. Il s'agit également d'une estimation de ce qu'est l'urgence et de savoir qui la détermine. Cette notion d'urgence doit être examinée dans le problème général de la garde assurée par les pharmaciens d'officine et par les grossistes répartiteurs; il ne s'agit pas ici d'indisponibilité à proprement parler.

On parle d'indisponibilité du médicament à partir du moment où le grossiste répartiteur n'a plus le médicament en stock et ne peut plus l'obtenir du distributeur en gros.

Plusieurs cas sont possibles.

Premièrement, c'est un problème de fabrication: aucun conditionnement n'est disponible chez le grossiste-répartiteur ni chez le distributeur en gros ni chez le fabricant. Soit il s'agit d'un médicament pour lequel il existe un traitement équivalent sur le marché belge, en ce cas le médecin prescripteur devra donner son accord pour la délivrance de cet équivalent; soit il n'en existe pas, mais le médicament est essentiel, des dérogations sont alors possibles en vue d'apporter un lot fabriqué pour un marché non belge. Ce lot devra être mis en conformité avec notre législation. L'Agence fédérale du médicament veille au respect des exigences légales et techniques. Nous devons remarquer que ce type de problème ne donne que très rarement lieu à des indisponibilités pour le patient, car la firme pharmaceutique prend contact avec l'Agence pour résoudre la difficulté avant la rupture du stock proprement dite.

Deuxièmement, il s'agit d'un problème de contingentement. Il revient alors à la firme qui est responsable de la mise sur le marché en Belgique du médicament d'arrêter l'approvisionnement d'un ou de tous les

grossistes-répartiteurs si le quota annuel prévisionnel des ventes est dépassé. Cette situation fait suite à l'exportation par des grossistes et/ou des exportateurs de médicaments que le responsable de la mise sur le marché comptait vendre sur notre territoire. Le pharmacien belge peut commander les conditionnements de médicaments dont il a besoin directement auprès des distributeurs en gros se chargeant de la mise sur le marché en Belgique et qui sont tenus d'assurer la fourniture du marché en général et du pharmacien d'officine en particulier, sur la base de l'article 94, 4) de l'arrêté royal relatif aux médicaments à usage humain.

Enfin, pour votre dernière question, des modifications législatives sont à l'étude tant en ce qui concerne le délai de livraison en temps de garde que pour le problème du contingentement dans son ensemble. Ces modifications seront arrêtées après consultation des partenaires impliqués, à savoir les pharmaciens d'officine, l'industrie pharmaceutique, les associations de grossistes-répartiteurs et l'industrie des génériques. L'Agence fédérale du médicament a prévu une table ronde réunissant tous ces acteurs à la mi-avril.

**05.03 Josée Lejeune (MR):** Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et je constate que vous anticipez toujours. J'attendrai donc la table ronde à la mi-avril.

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

**06 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de algemene vaccinatie van jonge meisjes tegen baarmoederhalskanker" (nr. 9892)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de algemene vaccinatie tegen baarmoederhalskanker" (nr. 9929)

**06 Questions jointes de**

- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination généralisée des jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus" (n° 9892)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une campagne de vaccination générale contre le cancer du col de l'utérus" (n° 9929)

De **voorzitter**: Mevrouw De Block is niet aanwezig.

**06.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom nog even terug op een problematiek waarover ik u op 24 september 2008 heb geïnterpelleerd. Iedereen die het dossier een beetje opvolgt, weet dat de federale regering ondertussen het vaccin wel degelijk terugbetaalt en dat de leeftijdscategorie uitgebreid is tot meisjes van 18 jaar. Ik meen dat wij het erover eens zijn dat dit een nuttige maatregel is.

Het was de bedoeling dat zowel de Vlaamse als de federale regering het vaccinatieprogramma zouden uitbreiden naar alle twaalfjarige meisjes en in een gratis vaccinatie zouden voorzien, ongeacht de financiële mogelijkheden van de ouders. Het zou beter zijn – daarover is ongeveer iedereen het eens – om dat te laten gebeuren via het schoolmilieu, dan, zoals het nu gebeurt, via een individuele vaccinatie die door het RIZIV wordt terugbetaald.

Naar aanleiding van de bespreking van de beleidsbrief 2009 heb ik u ook over die problematiek ondervraagd. In uw antwoord gaf u toen te kennen dat u hoopte dat er op de fameuze interministeriële conferentie van de ministers van Volksgezondheid wel degelijk een akkoord met de Gemeenschappen tot stand zou kunnen komen. Ondertussen heeft in december 2008 de interministeriële conferentie plaatsgevonden, maar de bevoegde minister voor de Franse Gemeenschap, mevrouw Fonck, bleef zich tegen de algemene vaccinatie verzetten.

Ik breid het dossier nog wat uit. Ieder van ons heeft uiteraard ook kennis genomen van het feit dat het fameuze KB met de regels voor de terugbetaling van de vaccins en het voor 2009-2010 geplande Belgisch preventieprogramma ondertussen in het Staatsblad is verschenen.

Er blijven twee open vragen in dit dossier. Kunt u een correcte stand van zaken geven in het dossier van de

vaccinatie tegen baarmoederhalskanker? Bent u nog altijd bereid, zoals uit uw antwoord tijdens de bespreking van de beleidsbrief 2009 bleek, om met de Gemeenschappen die bereid zijn om mee te werken, al dan niet in een richting, een terugbetaling uit te werken?

**06.02** Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik heb aan mijn diensten gevraagd om een onderzoek te doen naar de verschillende mogelijkheden met betrekking tot de eventuele gevolgen van een asymmetrisch beleid voor deze materie. Tijdens de vergadering op 14 januari van de interkabinettenwerkgroep Kankerplan deed de Vlaamse Gemeenschap het voorstel om artikel 56 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, van 14 juli 1994, aan te passen. Dit voorstel werd ter studie aan de juridische dienst van het RIZIV voorgelegd.

Wat de timing betreft, is het op dit moment moeilijk om precieze data te geven. Veel zal afhangen van de oplossingen die kunnen worden voorgesteld. De organisatie van de vaccinatiecampaignede en hun modaliteiten, evenals eventuele mediacampagnes behoren tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Een stand van zaken van de denkoefening van de juridische directie van het RIZIV zal dinsdag 3 februari, morgen, worden voorgelegd aan de interkabinettenwerkgroep Kankerplan. Het zou ideaal zijn indien het uiteindelijke voorstel van het RIZIV zou kunnen worden voorgesteld en goedgekeurd tijdens het Interministerieel Comité voor de Volksgezondheid van 2 maart eerstkomende, alvorens in de loop van de komende maanden in de vorm van een KB of elke andere reglementaire bepaling te kunnen worden gegoten.

**06.03** **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik neem akte van uw antwoord waarin u zegt dat de juridische dienst van het RIZIV op dit moment een studie uitvoert en dat wij moeten wachten op de beslissing ter zake van de interministeriële conferentie van 2 maart. Ik vrees dan ook dat u mij moreel verplicht om te gelegener tijd nog eens terug te komen op dit dossier. Wij zullen dit dossier verder opvolgen. Wordt vervolgd!

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

**07** **Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dons de sang des homosexuels masculins" (n° 9964)**

**07** **Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geven van bloed door mannelijke homoseksuelen" (nr. 9964)**

**07.01** **Zoé Genot** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, en mai dernier, je vous ai interrogée sur la situation discriminatoire vécue par les homosexuels masculins, exclus "a priori" du don de sang, car ils sont considérés comme "appartenant à une population à risque".

Vous m'aviez expliqué qu'une brochure spécifiquement dédiée à ces donateurs a été publiée par la Croix-Rouge pour leur expliciter les raisons de ce refus. Ce document a été rédigé en collaboration avec la "Holebifederatie", mais son équivalent francophone, la Fédération des Associations de Gays et lesbiennes a refusé de le cosigner. En effet, document explicatif ou pas, un gay est aujourd'hui toujours exclu du don de sang.

Or, dans divers pays, la tendance est de ne plus définir de "population à risque", mais des conduites à risque. Dans ces pays, le processus de sélection du donneur vise à exclure du don de sang toute personne (hétérosexuelle ou homosexuelle) adoptant des comportements à risque plutôt que de stigmatiser d'emblée un groupe entier de donateurs sur base de son comportement sexuel à risque présumé.

À l'heure où la Croix-Rouge de Belgique lance des appels désespérés aux donateurs de sang O négatif et O positif, elle exclut toujours des personnes prêtes à faire ce don altruiste, particulièrement vital pour de nombreux malades.

Vous m'aviez annoncé en mai que vous suivriez les travaux d'une commission ad hoc mise en place en France par votre homologue, Mme Bachelot.

On connaît maintenant les conclusions de ce groupe de travail, entre autres que la ministre a décidé de signer un arrêté maintenant l'exclusion des hommes homosexuels. À cela, "Act Up" a réagi en disant que

cette discrimination n'est pas sanitaire justifiée. En effet, même si la prévalence est plus forte chez les gays, les nouvelles contaminations concernent désormais davantage les hétérosexuels, arguant que des pays comme le Portugal ont récemment ouvert le don de sang aux homosexuels sans pour autant mettre en péril la sécurité transfusionnelle, qui reste l'objectif principal.

Pouvez-vous me dire ce que vous mettez en place pour avancer sur la question, en concertation avec la Croix-Rouge, afin que le questionnaire discriminatoire actuellement utilisé soit revu?

**07.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame Genot, cette question a déjà été largement évoquée. Elle me met toujours mal à l'aise, car nous avons l'impression de pratiquer une discrimination vis-à-vis de la population homosexuelle, ce qui ne serait pas acceptable.

Je préciserai tout d'abord que l'exclusion est basée sur l'existence d'un comportement à risque et non sur l'appartenance à un certain groupe. Que ce soit clair! Les hétérosexuels qui ont des relations passagères de type homosexuel sont tout aussi concernés que les hétérosexuels purs. C'est le comportement et non pas l'appartenance à un groupe qui est pris en ligne de compte. Il importe de le préciser!

Pour le reste, la volonté n'était pas de stigmatiser certaines personnes mais de veiller à la sécurité du sang transfusé. Dans ce dossier, on doit absolument donner une priorité à la sécurité du patient qui reçoit le sang. C'est primordial! Par conséquent, la qualité et la sécurité du sang doivent être assurées par la mise en œuvre des mesures nécessaires de précaution afin de prévenir la transmission du sida, de l'hépatite, de la syphilis, de la variante de la maladie de Kreuzfeld-Jacob ou d'autres maladies transmissibles par le sang. Même une petite modification de ces mesures qui entraînerait une petite augmentation du risque de contamination par le sang est difficilement acceptable, vous en conviendrez!

Une de ces mesures est donc la non-acceptation de candidats donneurs masculins, qui ont eu des contacts sexuels avec un ou plusieurs hommes. Cette décision est basée sur l'évaluation du risque de contamination. Le risque d'une contamination par le VIH est plusieurs fois supérieure pour les hommes qui ont eu des rapports sexuels avec un autre homme. L'évolution des données épidémiologiques, qui permettraient une modification des critères, fait l'objet d'un suivi.

À l'initiative du ministre de la Santé de l'époque, la Croix-Rouge s'est concertée avec le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme ainsi qu'avec la plate-forme prévention sida et la "Holebifederatie" à propos de la communication des critères de sélection. L'objectif était d'informer d'une manière appropriée les candidats donneurs des facteurs de risque et de la motivation des refus. Cette concertation a débouché sur un texte diffusé sous la forme d'une brochure informative.

Il a été demandé récemment au Conseil supérieur de la Santé d'évaluer le risque de contamination lorsqu'un homme a ou a eu des relations sexuelles avec un autre homme. Le Conseil supérieur a conclu que l'augmentation du risque encouru par le receveur se situe en réalité autour des 41% dans le cas où les dons provenant de la population homosexuelle masculine en Belgique seraient acceptés. Il s'agit donc d'une augmentation substantielle du risque. Je dois bien le constater.

Une étude similaire en Grande-Bretagne a conclu à une augmentation du risque de 60% à 500%.

L'Institut scientifique de Santé publique a noté depuis 2002 une augmentation du nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués parmi les personnes de nationalité belge. L'augmentation a doublé entre 1997 et 2006 et est surtout due à une augmentation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

D'autres maladies sexuellement transmissibles, comme la syphilis et la gonorrhée, sont aussi en progression. Cette problématique est d'ailleurs suivie de près. Actuellement, les indicateurs montrent plutôt une évolution défavorable et une modification des critères ne semble pas envisageable dans l'immédiat.

Je renvoie à l'étude effectuée en Grande-Bretagne, dans laquelle il a été calculé que les risques d'une contamination par le VIH via le sang augmentera de 60% si les critères sont modifiés en conservant une période d'exclusion d'un an après le dernier contact sexuel avec un autre homme.

Même dans une relation monogame stable, il n'est pas à exclure que l'un des partenaires ait d'autres contacts sexuels. Des rapports protégés diminuent bien sûr le risque de transmission d'agents contaminants mais ne l'excluent pas. Ceci a été clairement démontré par la transmission de maladies sexuellement

transmissibles et par des grossesses non désirées.

Je parle de rapports protégés. Vous savez que les hommes et les femmes ont aussi des rapports et, même lorsque le rapport est protégé, des grossesses non désirées peuvent advenir. La protection n'exclut pas certains risques.

Malgré toute l'information fournie et les mesures prises, le nombre de MST augmente, notamment chez les hommes ayant des rapports avec d'autres hommes.

Je souhaite préciser qu'en Suède, il n'a pas encore été pris de décision, d'après les informations que j'ai reçues; le "National Board of Health and Welfare" suédois reconsidère actuellement les critères de sélection des donneurs. Une décision sur cette question est toujours attendue et je serai attentive à celle-ci.

Le Portugal a décidé de ne pas modifier la position sur le fond en ce qui concerne les critères de sélection, mais d'améliorer la terminologie. Vous avez parlé de la situation en France. Mme Bachelot est intervenue récemment pour expliquer pourquoi elle conservait l'interdiction.

En réalité, ce dossier n'est pas simple du tout. Notre volonté n'est pas de discriminer, mais la sécurité du patient qui reçoit le sang prime. Nous suivons les données épidémiologiques et regardons ce qui se passe à l'extérieur. Si une possibilité de modifier les critères sans mettre en cause la sécurité des patients se présente, nous la saisisons. Je suis évidemment ouverte à ce genre de débat, mais je ne veux pas prendre la responsabilité de mettre en danger la sécurité des patients.

**07.03 Zoé Genot** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, selon moi la difficulté réside dans le fait que l'on reste avec une conception d'un groupe à risque plutôt que de personnes adoptant un comportement à risque. En effet, par exemple, deux homosexuels qui se seraient abstenus de relations sexuelles durant quelques années et ayant subi le test, ne pourraient pas être des donneurs. Comme vous l'avez dit, des personnes qui ont une relation stable sans pénétration ne pourraient pas être des donneurs alors que leur conduite n'est pas à risque.

Madame la ministre, pourriez-vous me communiquer l'étude du Conseil supérieur de la Santé publique afin de voir quelle est la méthodologie qui est suivie?

**07.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Cela se trouve sur le site.

**07.05 Zoé Genot** (Ecolo-Groen!): J'ai un peu le sentiment que tous les conseils se croisent et s'entrecroisent sans réelle efficacité.

Si je me réfère aux textes scientifiques que j'ai lus, j'ai le sentiment qu'ils s'auto-alimentent et qu'il n'existe pas de véritable recherche récente pour déterminer la manière de sécuriser le don de sang tout en adoptant une approche plus fine susceptible de trouver de nouveaux donneurs. Je rappelle que les donneurs se font rares et qu'un effort collectif doit être fait à ce niveau.

La **présidente**: Il est vrai qu'il serait souhaitable d'arriver à déterminer les personnes ayant réellement un comportement à risque.

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

**08 Vraag van mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de driejaarlijkse preventieraadpleging in het kader van het Nationaal Kankerplan" (nr. 9978)**

**08 Question de Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consultation de prévention triennale dans le cadre du Plan national de lutte contre le cancer" (n° 9978)**

**08.01 Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zowel de Franstalige als de Nederlandstalige huisartsenvereniging, alsook de syndicaten en universitaire vakgroepen Huisartsengeneeskunde en de Vlaamse Liga Tegen Kanker in haar persmededeling van 8 januari, zetten

grote vraagtekens bij het nut van de driejaarlijkse preventieraadpleging die u luidens uw nationaal kankerplan en in het kader van datzelfde plan wilt invoeren. De artsenverenigingen omschrijven die preventieraadpleging in De Huisarts als een ongeschikte en dus wetenschappelijk niet te verantwoorden maatregel.

Mevrouw de minister, hebt u de betrokken partijen geconsulteerd bij de opstelling van uw kankerplan?

Hoe verantwoordt u die maatregel, die door huisartsen als ongeschikt en als onwetenschappelijk wordt bestempeld?

**08.02** Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, de uitvoering van de maatregel van het nationaal kankerplan inzake preventieraadpleging bij de huisarts, was wel degelijk het voorwerp van formeel en informeel overleg met de representatieve organisaties van de artsen in de nationale overeenkomstencommissie geneesheren-ziekenfondsen van het RIZIV.

Dat overleg leidde er in het akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010, dat werd goedgekeurd oor het Comité van de Verzekering van de Geneeskundige Verzorging en door de algemene raad van het RIZIV, toe dat in een budget van 20,9 miljoen euro voor 2009 werd voorzien om in de nomenclatuur van de huisartsen een preventieraadpleging in te voegen voor de doelgroep van de personen van 45 tot 74 jaar via een honorarium, verhoogd met 10 euro voor het globaal medisch dossier. Dat akkoord werd heden toegestuurd aan alle Belgische huisartsen die zich, al dan niet individueel, achter de inhoud ervan kunnen scharen.

Eind februari zullen wij weten of het akkoord formeel is aanvaard door het medisch korps. Gelet op de unanimité in de commissie over de inhoud ervan, lijkt de kans zeer klein dat het anders zal zijn.

De Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV zal er bijgevolg mee worden belast, om in het kader van het globaal medisch dossier dat door de huisarts wordt beheerd, een preventiemodule uit te werken die volgende elementen zal bevatten: de lancering van de preventiemodule tussen de huisarts en zijn patiënt, het beheer van de module, de duur van de module en de opvolging van de toepassing van de module na het eerste jaar.

De Technisch Geneeskundige Raad zal deze modaliteiten ontwikkelen met het oog op de implementatie ervan in het elektronisch medisch dossier, zonder dat dit het gebruik van de module door niet-geïnformateerde artsen in gevaar brengt.

De Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie zal aanbevelingen opstellen inzake de meetbare preventiedoelstellingen die voor elke doelgroep zullen voorzien zijn.

Ik zal erover waken dat dit punt van het akkoord binnen de beste termijn wordt uitgevoerd. Deze module zou bij het einde van het eerste semester van dit jaar operationeel moeten kunnen zijn.

De maatregel die (...)

**08.03** **Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u was van plan om nog verder antwoord te geven, maar blijkbaar bent u vroegtijdig gestopt.

Mijn vraag was hoe u de maatregel verantwoordt gelet op het feit dat blijkbaar zowel Nederlandstalige als Franstalige huisartsenverenigingen het een onwetenschappelijke maatregel vinden. Daarop heb ik geen antwoord gekregen, behalve dat u zegt dat u wel degelijk overleg hebt gepleegd.

**08.04** Minister **Laurette Onkelinx**: Er is een akkoord met de syndicaten van de huisartsen.

**08.05** **Sarah Smeyers** (N-VA): Er gaan nochtans tegenstrijdige stemmen op, ondanks dat akkoord. Ik stel mij dan vragen bij uitspraken van u vroeger dat u niet een dergelijke preventie in het leven wilt roepen als dat niet is gesteund op goede wetenschappelijke argumenten.

Ik ben natuurlijk zelf geen arts, maar ik kan de argumentatie van sommige artsenverenigingen en andere belangengroepen begrijpen dat een dergelijke driejaarlijkse preventie niet echt efficiënt is in het voorkomen van bepaalde ziekten.

Wij zullen afwachten. Er zal wel te gelegener tijd een evaluatie volgen. De tijd zal raad brengen.

**08.06** Minister **Laurette Onkelinx**: Er is een evaluatie voorzien in het akkoord Medico-Mut en dat akkoord loopt twee jaar.

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

**09** **Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi relative au bien-être animal modifiée en date du 11 mai 2007" (n° 10001)**

**09** **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de op 11 mei 2007 gewijzigde wet op het dierenwelzijn" (nr. 10001)**

**09.01** **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, là, je pense que nous ne serons pas d'accord.

Une fois encore, je me permets de revenir sur la loi du 11 mai 2007 concernant l'interdiction de vente d'animaux dans les animaleries car le secteur avoue "nager en eaux troubles".

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier, la nouvelle loi est entrée en vigueur. Mais, dans la pratique, on trouve toujours des chiens et des chats en vente dans les animaleries. En fait, il s'avère que le secteur est bel et bien disposé à se mettre en ordre mais il se pose toujours bien des questions quant à l'orientation qu'il doit suivre.

L'arrêté d'exécution qui devait clarifier les différentes modalités d'application de la loi reste discret. Je pense que l'arrêté a été envoyé au Conseil d'État, qui a émis quelques réserves à son sujet. Je pense qu'il y a des problèmes concernant les agréments d'éleveurs, la mise en quarantaine des animaux et le volet "socialisation des animaux". Je pense que vous avez introduit dans votre arrêté quelques arguments pour répondre à toutes les difficultés rencontrées sur le terrain. Je reviens une fois de plus sur cette problématique.

Pouvez-vous dresser un état des lieux de la situation à ce jour?

Vous avez évoqué une certaine souplesse pendant six mois. À quoi doivent s'attendre les professionnels du secteur? J'ai vu ce matin dans un journal liégeois que des enquêtes sont en cours, que les inspecteurs passent dans certaines animaleries qui ne sont pas en ordre et qu'il faut un certain délai pour qu'elles se mettent en ordre. Nous sommes donc dans le flou le plus complet.

Dans l'hypothèse de l'une ou l'autre action sur le terrain notamment organisée par les protecteurs des animaux, comment votre département envisage-t-il de réagir?

Ne pensez-vous pas que des filières parallèles et non officielles risquent de voir le jour? Quel est votre sentiment à ce sujet?

Parallèlement, lorsque je vous ai interrogée en séance plénière, fin de l'année dernière, vous n'aviez pas répondu à ma question relative aux mesures sociales à l'égard du secteur, que ce soit pour les indépendants ou les salariés. Outre la mesure transitoire à laquelle vous aviez fait allusion, pouvez-vous préciser quelles mesures positives seront défendues au sein du gouvernement?

Un accompagnement est-il prévu pour aider la reconversion des personnes du secteur qui rencontreraient des problèmes?

**09.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chère collègue, tout comme vous, je suis surprise qu'il puisse encore subsister des malentendus au sujet de la loi du 11 mai 2007. Comme vous le signalez judicieusement, l'article 4 de la loi est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Cela signifie qu'à partir de cette date, la vente de chiens et de chats ne peut plus se faire que par des personnes agréées en tant qu'éleveurs.

En effet, je rappellerai que les normes d'agrément d'éleveurs sont connues de tous depuis 1998; elles ont été actualisées en 2007 et ce sont celles-là qui s'appliquent depuis toujours pour tout nouvel éleveur.

L'entrée en vigueur de la loi du 11 mai 2007 n'a rien modifié à ce sujet.

Par contre, la mise en place d'un local de quarantaine et les fréquences de visites vétérinaires qui constituent des nouveautés par rapport aux normes de 2007 ne sont évidemment pas encore obligatoires. Comme vous le savez, l'arrêté royal d'exécution se trouve actuellement au Conseil d'État. Une fois qu'il sera publié, ces nouvelles contraintes prendront effet avec toutefois une période de six mois pour les mettre en œuvre correctement.

En ce qui concerne les contrôles, le SPF Santé publique fera preuve de souplesse vis-à-vis du secteur, ce qui est généralement le cas lorsqu'une nouvelle réglementation entre en vigueur. La priorité sera donnée au traitement des demandes d'agrément d'éleveurs, de sorte que ceux qui se reconvertissent dans cette branche puissent être le plus rapidement possible officiellement agréés. Le service a d'ailleurs envoyé une circulaire au secteur à ce sujet et se tient à sa disposition pour tout renseignement complémentaire.

C'est donc un message positif qui est lancé ici aux associations professionnelles, qui ont d'ailleurs été associées étroitement aux discussions concernant le nouvel arrêté royal et sont dès lors bien conscientes des difficultés passagères que peut rencontrer le secteur pour appliquer correctement la nouvelle loi. Il est donc aussi dans leur intérêt que la transition entre les deux régimes se fasse en toute sérénité.

Pour ce qui concerne les filières parallèles et non officielles, je tiens à rappeler que mes services accordent déjà une attention particulière à leur dépistage. Pour preuve, plusieurs élevages clandestins, parfois à grande échelle, ont été démantelés en 2008. Je ne pense donc pas que ce phénomène devrait s'aggraver, au contraire. J'attire encore votre attention sur le fait que l'arrêté royal renforcera également les mesures en matière de publicité dans les journaux et sur internet, et ce, précisément pour lutter contre toutes ces filières clandestines.

Quant à la possibilité offerte au Roi par le législateur de prendre des mesures complémentaires d'accompagnement, des discussions ont eu lieu au niveau du gouvernement. Je pense qu'il serait utile que la ministre des Classes moyennes et la ministre de l'Emploi puissent compléter votre information à cet égard.

Je crois savoir que le secteur a également pris contact avec les entités fédérées à ce sujet pour obtenir des aides économiques à la reconversion, via notamment le Fonds de participation.

**09.03 Josée Lejeune (MR):** Madame la ministre, je vous remercie. Je n'ai peut-être rien compris, mais lorsque je vous ai interrogée en séance plénière, un accord me semblait avoir été conclu au sein du gouvernement pour trouver une solution, voire pour reporter de quelques mois la mesure afin d'éviter que le secteur ne se trouve en difficulté.

L'arrêté royal transmis au Conseil d'État faisait allusion à un report de quelques mois pour que les gérants des animaleries puissent se mettre en ordre et aussi afin qu'ils évitent d'opérer deux fois des investissements, c'est-à-dire une première fois pour se mettre en conformité avec l'arrêté royal de 2007 et une seconde, pour se conformer au nouveau texte. Vous saviez que tous les parlementaires de la majorité souhaitaient différer de six mois cette loi. J'éprouve donc quelques difficultés à vous suivre, madame la ministre.

Le secteur a attendu de bonne foi cet arrêté royal. Je crois d'ailleurs que vous avez agi sincèrement, mais il se trouve que ce texte n'est pas soutenu par le Conseil d'État. Cela me laisse perplexe. Je pense que les inspecteurs vont travailler avec souplesse, mais quand l'un d'eux constate un délit, il sera bien obligé de le signaler. Nous nageons par conséquent en plein flou artistique.

Je vous accorde toute ma confiance, madame la ministre. Toutefois, le gouvernement doit prendre ce problème à bras-le-corps. Je rappelle que 3.500 emplois sont en jeu. Les gérants des animaleries veulent bien fournir un effort, mais pas en investissant deux fois en l'espace de six mois parce que l'arrêté royal sera d'application.

Il convient donc de réfléchir à cette question. Je vous remercie.

**09.04 Laurette Onkelinx, ministre:** Madame Lejeune, je connais bien tout cela. Tellement de rumeurs ont circulé sur une nouvelle modification que certains ont traîné pour régulariser leur situation. Voilà notre

difficulté.

Nous n'avons pas changé la loi; le gouvernement est d'accord pour la maintenir telle quelle. Il faut être éleveur pour pouvoir vendre des chiens et des chats. Tant que le nouvel arrêté royal n'est pas publié - et j'admets que des problèmes existent du côté du Conseil d'État -, ce sont les anciennes normes qui sont connues depuis très longtemps qui sont d'application. Vendre sans être agréé comme éleveur pose problème, car il s'agit d'une infraction. Je tiens à le dire clairement.

Cependant, l'application de la loi est souple. Autrement dit, un inspecteur discutera avec le gérant pour lui expliquer la norme et la période de souplesse, mais en précisant qu'il reviendra dans quelques temps et, le cas échéant, constatera l'infraction.

**09.05 Josée Lejeune (MR):** Madame la ministre, j'essaie de me mettre à votre place. Il s'agit d'un problème difficile. Il y a, d'une part, les associations de protection du bien-être animal, que je comprends et que je soutiens. D'autre part, nous avons des indépendants, qui sont dans l'obligation de se mettre en ordre et de réaliser des investissements sur la base de l'ancien arrêté royal. Or, ils savent qu'un nouvel arrêté royal est à l'étude. Mettez-vous également à la place des indépendants qui ne souhaitent pas faire deux fois des investissements. Avant de se mettre en ordre, ils préfèrent attendre, en suivant leur logique, que le deuxième arrêté royal soit sorti. En effet, tout a été diffusé. Il a été dit que la loi n'était pas d'application et qu'il y avait un accord au sein du gouvernement pour postposer la mise en vigueur de la loi.

Moi-même, je m'y perds un peu!

**09.06 Laurette Onkelinx, ministre:** Les normes pour les éleveurs sont actuellement moins contraignantes qu'elles ne le seront à l'avenir. On peut donc déjà respecter les normes en vigueur! Certaines normes viendront en complément.

**09.07 Josée Lejeune (MR):** Cela représente deux fois des investissements!

La **présidente:** Madame la ministre, il serait peut-être intéressant de faire avec eux le relevé des investissements contradictoires. C'est uniquement dans ce cas que cela peut poser problème.

**09.08 Josée Lejeune (MR):** Non, la mise en quarantaine est très claire!

**09.09 Laurette Onkelinx, ministre:** Ce n'est jamais contradictoire!

**09.10 Josée Lejeune (MR):** C'est effectivement complémentaire.

La **présidente:** Il serait peut-être intéressant d'approfondir cette question dans un autre cadre. Madame Lejeune, en l'occurrence, l'ensemble des données vous ont été rappelées.

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

**10 Question de M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de tabac des acteurs dans des films" (n° 10030)**

**10 Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tabaksgebruik door acteurs in films" (nr. 10030)**

**10.01 Georges Dallemagne (cdH):** Madame la présidente, cette question pourrait prêter à sourire si le sujet n'en était pas extrêmement grave et préoccupant. Vous avez sans doute remarqué, madame la ministre, qu'alors que la consommation a globalement plutôt tendance à diminuer, elle augmente à nouveau parmi les plus jeunes et, comme par hasard, les populations les plus jeunes sont celles qui fréquentent le plus le cinéma. J'ignore si vous avez encore beaucoup l'occasion d'aller au cinéma, mais vous aurez sans doute remarqué, que ce soit sur le petit ou le grand écran, combien les acteurs positifs, ceux auxquels les jeunes aiment ressembler, consomment du tabac. L'association "Smoke Free Movies" avait remarqué que 85% des 25 films ayant compté le plus grand nombre d'entrées montraient des acteurs qui fumaient tout au long du film.

Nous savons à quel point les jeunes s'identifient au comportement de ces acteurs, tout en étant sans défense. Plusieurs études ont montré que le fait qu'un acteur fume était beaucoup plus efficace en matière d'incitation au tabagisme que des publicités pour le tabac, lesquelles sont interdites aujourd'hui. Nous savons également que l'industrie du tabac est extrêmement créative. Il a d'ailleurs été démontré, dans les années 80 et 90, que de très importants pots-de-vin avaient été donnés à des acteurs de cinéma aux États-Unis et en Angleterre afin que ces derniers consomment des cigarettes de certaines marques et les montrent au grand écran.

En principe, ceci n'existe plus, mais je suis frappé de constater à quel point les acteurs affichent un tabagisme important. Je m'interroge donc. Certains contrôles ont-ils été faits? Des inquiétudes sont-elles apparues au sujet du financement de l'industrie du cinéma, que ce soit dans le cadre de la production ou de la diffusion en Belgique? S'intéresse-t-on au financement par l'industrie du tabac de l'industrie du cinéma? Cette question paraît, encore une fois, un peu curieuse, mais je suis attentif à la grande créativité de l'industrie du tabac, qui m'inquiète, tout comme le fait que les jeunes recommencent à fumer. Ceux-ci se rendent au cinéma où ils voient des acteurs qui fument énormément. Des vérifications sont-elles effectuées sur le financement de l'industrie cinématographique par l'industrie du tabac?

**10.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur Dallemagne, l'apparition d'acteurs qui consomment des produits du tabac dans des films est certainement un sujet complexe. On pourrait également parler de l'abus d'alcool, de la violence véhiculée au travers de films.

**10.03 Georges Dallemagne** (cdH): J'aurais pu ajouter que l'OMS développe une campagne pour diminuer le tabagisme sur le grand écran mais, pour l'instant, aucune réglementation ne l'interdit.

**10.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Vous avez raison; certaines études américaines montrent le lien entre le tabagisme et une attitude positive vis-à-vis du tabac dans les films. Mais, je le répète, ce débat est complexe, car il touche à la liberté artistique, à la liberté d'expression. Ce sont des débats difficiles.

Peut-être faut-il attaquer la sponsorisation de l'industrie du cinéma par l'industrie du tabac: promotions, pots-de-vin, etc. Le service de contrôle "tabac" du SPF Santé publique, que j'ai interrogé, me dit qu'il n'a actuellement pas connaissance de liens entre l'industrie du tabac et l'industrie du cinéma. Si de tels liens existent, il ne doit pas être simple de prouver leur existence. La plupart des films diffusés dans notre pays sont des productions étrangères. La seule solution pour contrer d'éventuelles relations de ce type entre l'industrie du cinéma et l'industrie du tabac est donc de travailler au niveau international.

Dans ce cadre international, la Belgique a ratifié en 2006 la convention cadre de lutte contre le tabagisme de l'OMS. La troisième conférence des parties de cette convention cadre de novembre 2008 a permis de voter des lignes directrices sur la publicité en faveur du tabac par le biais de la promotion et du parrainage. Celle-ci affirme notamment, je cite: "qu'il est interdit aux personnes ou entités qui produisent ou publient du contenu, par exemple des organismes de diffusion et producteurs de films d'y inclure de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage".

Il s'agit donc d'un début de collaboration internationale sur le sujet qui devrait permettre, à terme, de mieux contrôler les liens entre tabac et cinéma. De plus, le service du contrôle "tabac" du SPF Santé publique reste très vigilant quant à l'implication de l'industrie du tabac dans un quelconque processus de sponsoring ou de marketing.

En 2008, 20 PV concernant des infractions à l'interdiction de publicité et de parrainage ont été établis. Parmi ceux-ci, dix l'ont été à l'encontre de producteurs de tabac en raison de sponsoring d'événements et de festivals très populaires chez les jeunes. Après une enquête approfondie, il a été avéré que, sous couvert de l'installation de stands de vente, les multinationales du tabac sponsorisaient ces événements, ne récupérant par la vente que de 1 à 8% des montants investis.

Nous y travaillons. Il s'agit d'un sujet complexe, vu le caractère international de cette industrie.

**10.05 Georges Dallemagne** (cdH): J'imagine bien qu'il n'est pas facile de vérifier quels sont les liens de sponsoring, pots-de-vin, etc. Ce qui avait attiré mon attention, c'est le fait que, dans la population, le comportement de tabagisme est de moins en moins valorisant. Moins d'un tiers de la population adulte fume

régulièrement. On ne comprend pas pourquoi le cinéma continue à montrer des acteurs qui fument. Selon les associations anti-tabac, plus de 85% des acteurs des grands succès de ces dernières années sont "addicted".

**10.06 Laurette Onkelinx**, ministre: Ceci dit, j'ai récemment vu une série sur la publicité dans les années 1960. La cigarette était omniprésente! Cela m'étouffait. On ne s'en rend pas compte, mais les choses évoluent.

**10.07 Georges Dallemagne** (cdH): Les comportements ont beaucoup changé dans la publicité. Dans les débats politiques et culturels, tout le monde fumait aussi. La cigarette en a maintenant complètement disparu. Par contre, le tabagisme est particulièrement présent dans le cinéma français, par exemple.

**10.08 Laurette Onkelinx**, ministre: C'est vrai.

**10.09 Georges Dallemagne** (cdH): Cela mérite, étant donné l'impact sur la santé des jeunes, qu'on investisse un peu plus loin afin de comprendre ce qui explique ce tabagisme présent dans certains films.

La **présidente**: Merci, monsieur Dallemagne. Demain, nous débattons de ces questions anti-tabac.

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

#### **11 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bemerkingen uit het jaarverslag van het Dr. Willy Peers Centrum" (nr. 10044)  
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stijgend aantal abortussen" (nr. 10472)

#### **11 Questions jointes de**

- Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les remarques contenues dans le rapport annuel du Centre Dr Willy Peers" (n° 10044)  
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre croissant d'avortements" (n° 10472)

**11.01 Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zowat een vijfde van alle abortussen in ons land wordt uitgevoerd door een van de twee Antwerpse abortuscentra, samen goed voor 2.850 abortussen in 2008. Uit het jaarverslag van een van die twee abortuscentra, het dokter Willy Peers-centrum, blijkt dat een derde van alle vrouwen die voor abortus kiezen, dat niet voor de eerste keer doet. Bovendien gaat het vooral over Afrikaanse, Poolse en Russische vrouwen die voor abortus kiezen.

Zijn de gegevens van het dokter Willy Peers-centrum representatief voor de situatie in het hele land? Heeft u weet van vergelijkbare onderzoeken in andere abortuscentra? Komt men daar tot gelijklopende conclusies?

Voor mij toch opvallend is de grote groep vrouwen die meermaals voor abortus kiest. Dat is dan meer uw bevoegdheid. Op welke wijze kan of wilt u als minister van Volksgezondheid actie ondernemen om dit grote aantal terug te dringen.

**11.02 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom nog even terug op het tweejaarlijkse rapport van de nationale evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking. Het document werd aan ons als parlementsleden bezorgd.

Uit de cijfers blijkt dat in 2007 ruim 18.705 vrouwen in België een abortus lieten uitvoeren. In vergelijking met 2005 is dat toch wel een merkwaardige toename. Het probleem stelt zich een beetje naar de interpretatie van de cijfers. Ik geef u een citaat van een van de leden van de evaluatiecommissie. Ik citeer letterlijk, zonder enige interpretatie die ik daar zelf aan zou willen geven. Ik verwijst naar arts Luc Kiebooms die de toename van de abortuscijfers zeer onrustwekkend vindt en zegt dat sinds de registratie in 1993 het aantal abortussen toeneemt. Uiteindelijk blijkt – dat is zijn conclusie en die laat ik voor zijn rekening – dat de preventiecampagnes totaal niet werken.

Mevrouw de minister, wij stellen vast dat er binnen de evaluatiecommissie grote verdeeldheid is over de interpretatie van de cijfers. Een aantal leden trekt daaruit de conclusie dat de preventiecampagnes niet werken. Anderen interpreteren de stijgende cijfers vooral als gevolg van een betere registratie. Mevrouw de minister, als er grote verdeeldheid is binnen de evaluatiecommissie, kreeg ik graag van u een reactie op het rapport van de fameuze evaluatiecommissie. In tweede orde: wat zijn al dan niet de beleidsconclusies die u uit dit rapport haalt?

**11.03 Laurette Onkelinx**, ministre: En Belgique, il y a eu 18.705 avortements en 2007, contre 18.201 en 2006. Cela dit, le nombre d'avortements pratiqués en Belgique est toujours en dessous des chiffres constatés dans les pays voisins.

Pour des raisons inexplicables, il existe des différences entre le nombre de déclarations d'interruption de grossesse par les médecins pris individuellement et les rapports annuels des institutions au sein desquelles ces médecins exercent.

De commissie heeft niet de bevoegdheid na te gaan of de door de artsen en instellingen meegedeelde gegevens met de werkelijkheid overeenstemmen. Een multidisciplinaire onderzoeksequipe zou kunnen proberen het geheel aan cijfers te interpreteren, in het licht van andere, op hun beurt geëvalueerde gegevens op demografisch, medisch, psychologisch, socio-economisch, politiek en cultureel vlak. Het gevaar bestaat immers dat uit de gegevens waarover de commissie beschikt, overhaaste conclusies zouden worden getrokken.

Mits voormeld voorbehoud kan worden gesteld dat, enerzijds, de bevolking van België gedurende de voorbije jaren is toegenomen en, anderzijds, dat in het Brussels Gewest ten opzichte van de vorige periode een verhoging van ongeveer 1% van het totale aantal aangegeven zwangerschapsafbrekingen wordt uitgevoerd. Een derde van de vrouwen woonachtig in het Brussels Gewest verklaart zich in een materiële noodsituatie te bevinden. Juist voormelde regio kent de hoogste werkloosheidsgraad.

Het verzamelen van meer volledige gegevens over de vrouwen die een zwangerschapsafbreking vragen, zou ertoe kunnen bijdragen dat het beleid zich specifiek op de preventie kan richten. In dat verband denken wij aan juistere gegevens over de feitelijke situatie van de persoon, veeleer dan aan haar burgerlijke staat, socio-economische toestand of nationaliteit.

Voorstaande bedenkingen gelden eveneens voor de geciteerde cijfers uit een van de twee Antwerpse centra.

Het jaarverslag 2008 van het Willy Peers-centrum is nog niet beschikbaar.

**11.04 Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u relateert de cijfers. U verklaart dat zij nog altijd niet zo hoog zijn als in onze buurlanden.

Dat is toch wel frappant. Simpele gesprekken met verschillende huisartsen leren mij immers dat er in ons land wel degelijk een probleem is met het systematisch gebruiken van abortus als anticonceptiemiddel. Het kan weliswaar moeilijk zo worden genoemd.

Mevrouw de minister, vindt u dat mijn woorden niet waar zijn?

**11.05 Laurette Onkelinx**, ministre: Non. Je crois qu'à l'époque vous auriez voté contre la loi sur l'avortement. Cela me semble évident.

Je ne pense pas que les femmes "s'amuse" à avorter. Il ne s'agit certainement pas d'un mode de contraception. Comme la loi le dit justement, il faut être dans un état de nécessité.

**11.06 Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de minister, mag ik even antwoorden? Ik had het niet inhoudelijk over de discussie voor of tegen abortus. Ik heb het over het fenomeen dat bepaalde vrouwen – en dat blijkt ook uit het verslag – meer dan een keer abortus plegen. Natuurlijk doen zij dat niet voor hun plezier, uiteraard niet. Misschien moeten er wel conclusies uit worden getrokken omtrent preventie.

Zoals collega Bultinck en ik zeggen, moet er misschien een betere registratie gebeuren van gegevens, moet

er worden gepeild naar de oorzaak en de motivering van die vrouwen. Via een degelijke registratie zouden we misschien tot een evaluatie kunnen komen die het aantal abortussen en vooral de herhaalde abortussen bij dezelfde vrouwen moet tegengaan.

Ik denk dat het psychologisch een enorme dobber is om op dergelijke wijze aan anticonceptie te doen. U als minister van Volksgezondheid moet dat ook weten, uw reactie bewijst dat. Dus ik heb het zeker niet over de discussie voor of tegen abortus. Ik denk alleen dat we op die manier sowieso een aantal abortussen zouden kunnen vermijden. Dus uw reactie was onterecht.

**11.07 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik neem akte van het feit dat u zich aardig op de vlakte houdt wat de reactie op het rapport betreft. Ik wil geenszins aanleiding geven tot een nog amusanter of nog geanimeerder debat, want dit is een thema waar veel animo niet op zijn plaats is. Maar misschien zou het niet slecht zijn dat we in deze commissie eens de tijd zouden nemen om het evaluatierapport, dat toch een belangrijk tweejaarlijks document is, ernstig te bespreken.

U kent het stemgedrag van onze fractie in het verleden wat die wet uit 1993 betreft. We stellen, zelfs op basis van de cijfers die ons worden voorgelegd en van het parlementair document, vast dat er wel degelijk een stijging is. De actoren die in de evaluatiecommissie zelf zitten zijn hopeloos verdeeld over de interpretatie van die cijfers. De minister blijft op de vlakte, maar reageert bijzonder geanimeerd bij de minste commentaar van onze N-VA-collega.

Ik dring er, zeker vanuit onze fractie, op aan om in alle rust een ernstig, inhoudelijk debat te voeren over het verslag van die evaluatiecommissie. Ik denk dat dit zonder meer in onze werkzaamheden moet worden ingepast. We zouden inderdaad misschien eerst de leden van de evaluatiecommissie moeten uitnodigen om wat duiding te geven over dit rapport, al dan niet vanuit hun diverse invalshoeken.

Ik denk dat dit beleidsdocument, dat tweejaarlijks aan het parlement wordt bezorgd, belangrijk is. We zouden allemaal de politieke volwassenheid moeten hebben om, na een rustig debat, al dan niet een aantal conclusies uit te trekken. Dus ik dring er vanuit mijn fractie op aan om dit debat eens in alle rust te voeren.

La **présidente**: Monsieur Bultinck, il faudra consulter les membres de la commission afin de fixer les points à faire figurer en priorité à l'ordre du jour de notre agenda.

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

La **présidente**: La question n° 10065 de Mme Jadin est reportée.

## **12 Questions jointes de**

- **M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la poursuite de procédés utilisant de l'amiante" (n° 10165)**

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annexe XVII de Reach concernant l'amiante" (n° 10182)**

## **12 Samengevoegde vragen van**

- **de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voortgezet gebruik van asbest in de fabricageprocedures" (nr. 10165)**

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bijlage XVII van Reach betreffende asbest" (nr. 10182)**

**12.01 Georges Dallemagne** (cdH): Madame la ministre, en décembre, nous avons appris que le comité ad hoc de la Commission européenne allait approuver de nouvelles dérogations et la prolongation de certaines dérogations eu égard à l'utilisation de l'amiante dans certains processus industriels dans l'Union européenne. Il ne s'agit pas spécifiquement de la Belgique. Cette mesure avait suscité un émoi tout à fait compréhensible, notamment au sein des associations qui se battent sur cette question depuis des années et, parmi la population, les médecins et certains parlementaires. Mme Gerkens vous avait d'ailleurs interpellée à ce sujet. Inutile de rappeler les souffrances terribles qu'endurent les malades atteints de l'asbestose liée au contact avec l'amiante! Inutile de rappeler le temps qu'il a fallu pour qu'enfin soient reconnus les torts de l'industrie qui avait utilisé l'amiante dans ses processus industriels ainsi que les dégâts terribles sur la santé publique!

Certaines personnes m'ont récemment avoué que, dans les années 1970 et 1980, les poussières d'amiante étaient encore balayées sans aucune protection dans nos industries belges. On sait à quel point tout cela est extrêmement douloureux. Certes, l'idée soudaine, qui était même soutenue par la Belgique, de pouvoir encore prolonger certaines dérogations et accepter certains produits pour autant qu'ils aient été fabriqués avant 2005 avait de quoi perturber ou choquer.

Cette décision n'a finalement pas été prise. Vous vous êtes replongée dans ce dossier Je voudrais connaître l'attitude de la Belgique lors du vote sur la fameuse annexe XVII de la directive Reach? N'est-il pas enfin temps d'interdire définitivement l'amiante dans tous les processus industriels et au niveau des importations? En effet, des processus industriels se poursuivant en Europe et en Allemagne nécessitent une centaine de tonnes d'amiante. Même si l'on considère que ces processus sont suffisamment "safe" du point de vue de la santé publique pour le personnel qui utilise l'amiante, cela signifie en tout cas que cet amiante est extrait. Je voudrais en connaître la provenance.

Étant donné que je plaide personnellement en faveur d'une cohérence au niveau européen, l'Europe elle-même souhaitant que l'amiante soit définitivement banni de tous les processus industriels, pourquoi n'adopteriez-vous pas l'attitude de la France, suivie entre-temps par les Pays-Bas?

**12.02 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Je vais me joindre à votre question, monsieur Dallemagne.

Madame la ministre, la Commission européenne a renoncé à mettre aux voix dans la procédure de comitologie l'annexe XVII de Reach lors de la réunion du 17 décembre. Si mes informations sont correctes, la prochaine réunion devrait avoir lieu le 19 février.

Ce report m'a rassurée. En effet, lorsque je vous ai interrogé en plénière le 11 décembre puis en commission de la Santé le 15 décembre, alors que vous étiez représentée, les réponses qui m'ont été fournies ne me rassuraient pas. Les arguments avancés pour soutenir la dérogation et poursuivre l'utilisation de l'amiante dans les cellules d'électrolyse pour fabriquer du chlore, sur le plan technique, sur le plan de l'emploi et des fermetures d'entreprises, n'étaient pas convaincants. On sait que, partout dans le monde, excepté deux ou trois entreprises européennes, le processus a été modifié ou est en train de l'être.

Un autre argument me perturbait: la lecture différente que votre cabinet ou votre administration faisait de l'article autorisant la mise sur le marché ou l'utilisation d'éléments contenant de l'amiante en service avant janvier 2005. La rédaction de cet article laissait entendre que des objets composés d'amiante autres que des cellules d'électrolyse pouvaient continuer à être importés si l'on accordait encore la dérogation telle que formulée.

Où en sommes-nous à ce sujet?

La Commission européenne a-t-elle présenté une nouvelle proposition? La Belgique a-t-elle l'intention d'émettre ou a-t-elle déjà émis de nouvelles propositions autres que celles déjà présentées?

Avez-vous eu l'occasion de vous interroger à propos des craintes que j'avais exprimées, comme d'autres, concernant ces articles? Vous ou votre administration avez certainement eu l'occasion de rencontrer ces intervenants.

**12.03 Laurette Onkelinx**, ministre: Une précision: il n'y a jamais eu de proposition française. La Belgique n'aurait donc pas pu soutenir cette proposition puisqu'elle n'a jamais existé. Jean-Marc Delizée était ici et j'assistais au Conseil européen quand on a demandé pourquoi la Belgique ne soutenait pas cette proposition. J'avais été alertée et j'avais donc demandé pourquoi on ne la soutenait pas: si une majorité de pays peuvent faire pencher la balance, je ne demande pas mieux. La Belgique est en pointe dans ce dossier mais il n'y a pas eu de proposition française.

Cependant, il y a eu des interventions et il y a une proposition du comité traitant de l'annexe à Reach et elle vient de la Commission. Les points qui retiennent l'attention sont les dérogations pour les usines équipées de procédés comprenant un diaphragme qui contient de l'amiante et les dérogations applicables à l'utilisation et à la revente d'articles contenant des fibres d'amiante mis en service avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Pour le premier point, je vous rappelle que cette exception pour les diaphragmes ne concerne pas la Belgique qui a déclaré clairement ne pas vouloir s'en prévaloir. La proposition de la Commission européenne reprend une réserve qui a toujours reçu notre soutien, à savoir que ces diaphragmes doivent être remplacés

aussitôt qu'une alternative sans amiante est disponible. Cette disposition est assortie d'une clause prévoyant un premier rapport sur l'existence de telles alternatives en 2012. Si l'idée d'un rapport est séduisante pour moi, vu la rapidité des évolutions technologiques en général, la date de 2012 est trop éloignée pour faire rapport d'autant que l'information est d'ores et déjà disponible.

Au-delà de ces considérations sur l'existence d'alternatives, cette exception pour les diaphragmes devrait être assortie selon moi d'une limite précise dans le temps. Ce sera la position défendue par la Belgique au Comité. Elle va au-delà de la position française actuelle.

Pour le deuxième point, la Belgique veut limiter au maximum le nombre d'articles pouvant bénéficier de cette dérogation, par exemple les biens immeubles par nature ou les collections de musées. Cette position rejoint celle la France dans ses grandes lignes.

Dans un cas, nous adoptons plus ou moins la même position, dans l'autre cas, celui concernant les diaphragmes, la Belgique est plus en pointe.

La Belgique soulève naturellement la contradiction entre le plaidoyer de l'Union européenne pour une interdiction mondiale de l'amiante et la continuation de son utilisation dans ses propres processus industriels. Je vous rappelle par ailleurs que cette discussion sur les exceptions à l'interdiction de l'amiante n'est qu'un des nombreux volets de l'annexe à Reach et que la Belgique est favorable à l'adoption de l'ensemble de ces paquets garantissant une meilleure sécurité.

Sur le plan international, la Belgique soutiendra, lors de la deuxième "International Conference of Chemicals Management", l'introduction de l'amiante dans le plan global d'action du "Strategic Approach to International Chemicals Management", lequel, dans le cadre des Nations unies, promeut la sécurité chimique au niveau mondial.

La Belgique poursuit également ses efforts pour l'introduction de l'amiante dans la "Prior Informed Consent Procedure". En effet, à la Conférence des parties à la Convention de Rotterdam, cette introduction a été bloquée par le Canada.

Nous sommes vraiment à la pointe sur le sujet et si on peut faire bouger les choses sans remettre en cause les avancées sur la sécurité, on le fera.

**12.04 Georges Dallemagne** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

En ce qui concerne la deuxième catégorie de dérogations, pour les articles produits avant 2005, qui serait simplement limitée aux biens immeubles, je peux comprendre. Pour un bien immeuble dans lequel il y a de l'amiante, il est difficile d'interdire qu'il soit vendu sur le marché, bien qu'il existe une série de dispositions pour le désamianter.

En ce qui concerne la première proposition, je dois vous avouer que je ne comprends pas. Pour les processus industriels, je rappelle que la directive votée en 1999 prévoyait que la dérogation prenait fin en 2008. On avait déjà laissé dix ans à ces processus industriels pour trouver des alternatives. Ces alternatives existent! D'ailleurs, les industries qui produisent du chlore en dehors de l'Union européenne ne font pas appel à l'amiante, contrairement aux industries basées en Pologne et en Allemagne. Elles sont donc clairement en infraction avec la directive de 1999. À travers cette nouvelle proposition de la Commission, on régularisera une situation que nous ne voulions plus voir dans l'Union européenne.

Je dois vous avouer que j'aurais préféré qu'on aille plus loin dans ce domaine en disant...

**12.05 Laurette Onkelinx**, ministre: Je ne vois aucun problème à ce que nous allions très loin. En Belgique, nous sommes les plus sévères en la matière. Cet accord constitue un progrès. Nous devons essayer d'avancer pour conclure cet accord, tout en n'allant pas trop loin dans les exigences de telle manière que certains le refusent. Voilà le difficile équilibre à atteindre.

La Commission a soumis une nouvelle proposition qui est déjà meilleure. Nous sommes en train d'élaborer des contre-propositions qui sont à la pointe dans la lutte contre l'amiante.

**12.06 Georges Dallemagne** (cdH): Il faudra voir quel en sera l'impact industriel. En tout cas, il s'agit de processus industriels très spécifiques et qui concernent peu de gens et peu de pays dans l'Union européenne. Dès lors, la dérogation ne me semble pas nécessaire. Il existe des processus industriels - y compris en Arabie Saoudite et d'autres pays qui ne sont pas nécessairement à la pointe sur ces questions - pour lesquels l'amiante a été autorisé.

Si nous pouvions, avant le 17 février, poursuivre notre travail sur cette question et vérifier si nous devons recourir ou non à ce système de dérogation – lequel entre en contradiction avec la directive de 1999 -, cela représenterait un signal pour les associations et le monde entier. Cela permettrait d'éviter cette contradiction entre une Union européenne qui se bat sur le plan international contre l'amiante, mais qui semble autoriser dans ses propres processus industriels l'utilisation de cette substance.

**12.07 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Je compte sur vous pour obtenir une majorité au sein des États de l'Union européenne qui comprennent comment se posent les termes de l'alternative. Si une solution de rechange existe, ce doit être en termes techniques et non pas au sein de chaque entreprise produisant du chlore par exemple. Qu'une date d'arrêt soit déterminée, c'est le minimum auquel nous devons aboutir. Si cela ne tenait qu'à moi, ce serait dès maintenant. C'est possible, puisque les deux entreprises en question utilisent des techniques différentes en d'autres pays.

Je sais qu'il faut parvenir à un compromis, mais la suppression des dérogations à partir d'une date précise me semble le minimum.

Pour les articles vendus sur le marché, cela signifie-t-il que la proposition inclurait une liste positive des articles encore autorisés parce que toujours en circulation, mais qui ne seraient plus remplacés après leur désamiantage?

Ou bien, la proposition reste-t-elle vague et utilise-t-elle les mêmes termes (utilisation, revente, mise sur le marché etc.)?

**12.08 Laurette Onkelinx**, ministre: Les termes sont plus stricts. Si vous le souhaitez, je vous les transmettrai. Il me semble utile de rédiger un petit rapport.

**12.09 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): S'il s'agit d'antiquités, de meubles, par exemple, ...

**12.10 Georges Dallemagne** (cdH): Il s'agit uniquement de biens immeubles!

**12.11 Laurette Onkelinx**, ministre: Effectivement, il s'agit de biens immeubles par nature!

**12.12 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): C'est nouveau. Ce n'était pas le cas auparavant! Il faut vérifier ce qui figure dans la proposition.

**12.13 Georges Dallemagne** (cdH): Il s'agit d'une avancée importante.

**12.14 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): S'il en est ainsi, cela ne pose pas de problème. Par contre, si ce n'est pas précisé de cette manière et que l'on se retrouve avec les freins russes utilisés avant 2005, cela devient plus problématique!

Il faut rappeler continuellement que, si l'on souhaite l'interdiction de l'amiante dans le monde, il faut arrêter d'en consommer ici car il faut bien le produire quelque part!

Espérons que la délégation belge sera forte d'ici le 17 au 19 février 2009!

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: La prochaine question est celle de M. Bellot relative à la norme encadrant le rayonnement électromagnétique des antennes gsm. Nous en discuterons demain matin.

**12.15 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, je tiens simplement à signaler que la question de M. Bellot date du 16 janvier 2009. Or, il sait bien que, le 15 janvier 2009, un arrêt nous enlevait la compétence! Monsieur Bellot, c'est en gros ce que je vais vous répondre. Je vous invite tout de même à poser votre question.

**12.16 François Bellot (MR)**: Madame la ministre, je vais vous la poser, d'autant plus que j'ai également un commentaire à faire sur les appareils gsm et qui ne concerne pas uniquement les émetteurs.

**13 Question de M. François Bellot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la norme encadrant le rayonnement électromagnétique des antennes gsm" (n° 10186)**

**13 Vraag van de heer François Bellot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wettelijke norm voor de elektromagnetische straling van gsm-masten" (nr. 10186)**

**13.01 François Bellot (MR)**: Madame la vice-première ministre, après la Région bruxelloise et la Région wallonne, le Parlement flamand vient de vous solliciter pour la révision de la norme encadrant le rayonnement électromagnétique des antennes gsm. Depuis lors, ceci a été fait. Je rappelle que, depuis 2005, le gouvernement fédéral a fixé la limite d'exposition de la population et l'intensité du champ magnétique à 20,6 volts par mètre. Les Régions compétentes en matière de délivrance de permis d'urbanisme comptent donc, pour les nouvelles installations, limiter l'intensité du champ électrique ou magnétique à 3 volts par mètre, ce qui a été fait entre-temps.

Madame la vice-première ministre, permettez-moi, en tant qu'ingénieur, d'entrer quelque peu dans le détail technique et de vous demander quelles mesures vous comptez prendre. Le nombre d'antennes gsm sur le territoire dépend à la fois du nombre de canaux disponibles dans chaque émetteur, en fonction du nombre de gsm qui peuvent être branchés sur cette antenne, et de la puissance d'émission. En effet, plus celle-ci est intense, moins les antennes doivent être nombreuses. Sachant que la diminution de l'intensité du champ magnétique varie selon une courbe exponentielle, cela signifie clairement qu'à 50 mètres d'une antenne émettant une intensité électromagnétique de 20 volts par mètre, celle-ci n'est plus que 2, 3 ou 4 volts par mètre. Cela signifie donc que si, dans les 50 mètres, aucune construction ne se trouve dans le champ d'émission, il est possible d'utiliser des émetteurs de 20,6 volts par mètre et d'être en conformité avec la puissance et l'intensité magnétique de 50 mètres, c'est-à-dire de 3 volts par mètre. Il est donc évident que si cet émetteur se trouve en pleine ville et qu'horizontalement, à moins de 50 mètres, se trouve un immeuble occupé, les habitants sont exposés à une intensité de champ supérieure à 3 volts par mètre. Par contre, si on se trouve en rase campagne, aucune personne n'est exposée de manière permanente à une intensité supérieure à 3 volts par mètre.

Deuxièmement, l'antenne gsm et le récepteur émettent chacun un champ électromagnétique complémentaire: un d'émission pour l'antenne et un d'absorption ou de réception par le gsm. Plus celui de l'antenne est élevé, plus celui du gsm est bas. Or, par définition, le gsm est à proximité du corps de l'utilisateur, soit dans une poche du pantalon, soit dans une poche de veston, soit au-dessus du cœur dans la poche d'une chemise, ou encore dans un sac de dame. Il a été procédé à des mesures dans la phase d'accrochage du réseau par un gsm. Lorsque celui-ci appelé, pour une intensité de l'émetteur de 3 volts par mètre, le rayonnement d'accrochage du gsm est de l'ordre de 15 à 20 volts par mètre durant 2 secondes. Ensuite, il est de 1 volt par mètre durant la communication.

Lorsque l'intensité du champ descend à 1 volt par mètre, l'intensité d'accrochage du gsm monte à 40 volts par mètre et celui au cours de la communication à 4 volts par mètre. Il s'agit ici d'une expérience que j'ai pu faire et la conclusion que j'ai pu en tirer à partir de 10 essais réalisés.

Ma conclusion est que si la diminution d'intensité du champ magnétique demandé par les Régions ne s'accompagne pas d'une augmentation significative du nombre d'antennes gsm, l'exposition des utilisateurs au rayonnement émis par leur propre gsm va s'accroître, aboutissant ainsi à l'effet inverse de celui recherché. Il y a donc risque d'augmentation du nombre d'utilisateurs exposés plus longtemps à une intensité supérieure par les gsm.

Madame la ministre, considérez-vous que vous disposez des éléments suffisants pour pouvoir répondre, même si je crois savoir que cette matière relève aujourd'hui de la compétence des Régions? Quelles

mesures comptez-vous prendre en concertation avec les Régions compte tenu des éléments techniques repris ci-dessus en matière d'émission maximum des gsm qui ne relève pas de la compétence des Régions, mais bien du fédéral? Je parle bien du récepteur. Enfin, qu'en est-il des antennes du réseau Astrid qui sont en nombre bien moins élevé et pour lesquelles les normes seraient bien différentes puisque des puissances d'émissions bien plus élevées seraient acceptées? Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est exactement par rapport à ces différentes antennes et la puissance maximum d'absorption des gsm?

**13.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, cher collègue, vous avez des connaissances techniques que je n'ai pas.

À l'époque, j'ai dit qu'il existait une étude du Conseil supérieur de la Santé et que si celui-ci conclut qu'il faut revoir les normes à la baisse – il est aujourd'hui question de 1,4 volt par mètre –, je le suivrai.

Le Conseil a conclu dans ce sens, et j'ai dit que je le suivais. Une première réunion avait été organisée avec le Conseil supérieur de la Santé. Des réunions ont également eu lieu avec les opérateurs de téléphonie. Des discussions au sujet d'Astrid ont été organisées. Et puis, tout à coup, le 15 janvier, la Cour constitutionnelle rend son arrêt suite à un recours de la Région de Bruxelles-Capitale. Dans cet arrêt, la Cour constitutionnelle estime que la fixation de la norme d'émission et de la norme d'exposition n'est plus de la compétence l'État fédéral.

Ce sont les Régions qui sont compétentes. Je n'ai donc plus la possibilité de faire quoi que ce soit en la matière.

Cela étant dit, le ministre Van Quickenborne, responsable des Télécommunications, et moi-même analysons actuellement les conséquences de l'arrêt au niveau juridique pour déterminer si des parts de compétence restent au fédéral. Nous avons la volonté d'uniformiser les normes au niveau du Royaume car c'est cela qui poserait un réel problème. C'est ce genre de question, monsieur Bellot, moins bien formulée que la vôtre, que j'ai posée au Conseil supérieur de la Santé. Ce dossier est donc clos dans l'attente de l'examen juridique. Si j'ai encore le pouvoir d'intervenir, je le ferai. Dans le cas contraire, nous organiserons une conférence interministérielle pour tenter d'uniformiser. Comme vous l'avez dit, la Région flamande, la Région bruxelloise et la Région wallonne sont intervenues pour revoir les normes. Il semblerait qu'il pourrait y avoir un consensus sur un trend fédéral.

**13.03 François Bellot** (MR): On distingue bien la norme d'émission, à savoir le réglage de l'antenne là où on se trouve. C'est la puissance du champ électromagnétique émis par l'émetteur. À côté de cela, il y a le champ d'absorption, c'est-à-dire le champ électrique émis par l'appareil qui doit absorber le signal, le gsm.

L'arrêt parle bien de la norme d'émission et de la qualité de l'onde émise à la réception mais il reste le problème de l'appareil même qui émet une onde d'accroche, d'absorption. Si on affaiblit très fort les signaux, en n'ajoutant pas d'émetteur supplémentaire pour compenser, à ce moment-là l'émission individuelle sera plus importante.

Madame la ministre, qui s'occupe de la problématique au niveau de l'émetteur?

**13.04 Laurette Onkelinx**, ministre: Cela fait partie de l'examen juridique en cours.

**13.05 François Bellot** (MR): Une norme internationale indique un maximum de 2 volts.

**13.06 Laurette Onkelinx**, ministre: Imaginez que les normes d'émission soient différentes entre Régions, comment faire si la norme des gsm reste de compétence fédérale? On verra ce que dit l'examen juridique.

**13.07 François Bellot** (MR): Prenons le cas de Bruxelles, c'est impossible! Il faut absolument un accord entre les Régions!

**13.08 Laurette Onkelinx**, ministre: Je vous tiendrai au courant! Je vais d'ailleurs me renseigner quant aux délais!

La **présidente**: Oui, il serait opportun de savoir si un délai est imparti pour l'examen des textes!

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

Mme la ministre nous accompagnera jusqu'à 18.00 heures.

**14** Question de M. François Bellot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les victimes des fauteuils responsables de brûlures très graves importés de Chine" (n° 10188)

**14** Vraag van de heer François Bellot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uit China geïmporteerde sofa's die ernstige brandwonden veroorzaken" (nr. 10188)

**14.01** **François Bellot** (MR): Madame la ministre, un certain nombre d'habitants de pays européens ont été victimes de graves brûlures et de démangeaisons atroces ayant parfois mené à des séjours à l'hôpital, suite à l'usage de fauteuils et de canapés ayant été importés de Chine.

L'analyse qui a été réalisée par les services de santé et d'économie français a démontré que ces fauteuils contenaient des petits sachets de diméthyl fumarate, utilisé pour éviter le développement de champignons et autres moisissures durant leur stockage en entrepôts. Cette matière serait d'ailleurs utilisée également dans des chaussures, des vêtements et d'autres objets en contact avec la peau. Un collègue a d'ailleurs posé une question précédemment sur les chaussures.

Madame la ministre, avez-vous connaissance de tels problèmes rencontrés en Belgique? Si oui, quelles mesures ont-elles été prises par les importateurs? Quelles mesures la Belgique pourrait-elle prendre pour éviter ce type d'accidents, alors que les acheteurs méconnaissent les effets de ces substances et que les distributeurs sont eux-mêmes dans l'ignorance de leur utilisation dans les produits qu'ils commercialisent? Quelle est la responsabilité de la chaîne de distribution de ces produits?

**14.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: Cher collègue, nos services ont eu connaissance de cas de démangeaison suite à des rapports oraux faits par des dermatologues. En ce qui concerne les mesures prises par les importateurs, je sais que la firme Etam a procédé au retrait immédiat des produits concernés, à savoir des chaussures. Ils ont pris toutes les mesures nécessaires, en envoyant notamment un courrier aux 360 clients identifiés.

Pour ce qui est des fauteuils, des dispositions du même type doivent être prises par les importateurs. La mise sur le marché du fumarate de diméthyl, substance utilisée pour protéger les produits de l'humidité, est interdite en Europe. Néanmoins, la directive 98/08 concernant les produits biocides n'interdit pas l'importation d'articles traités avec cette substance, d'où la mise sur le marché de ces articles.

Une recherche bibliographique a permis à nos services de collecter des arguments scientifiques afin de pouvoir prendre des mesures d'urgence pour élargir l'interdiction de mise sur le marché aux articles et autres produits contenant cette substance. Un arrêté ministériel interdisant la mise sur le marché de produits et d'articles contenant du fumarate de diméthyl a ainsi été publié le 12 janvier 2009 à l'initiative du ministre Magnette, compétent pour la Protection des consommateurs.

Cette mesure d'interdiction a été diffusée via un communiqué de presse et des courriers à la FEB, à "Test Achats", au CRIOC, à Essenscia (Fédération belge des industries chimiques et des sciences de la vie) et à Fedustria (Fédération belge de l'industrie textile, du bois et de l'ameublement).

En ce qui concerne la responsabilité des distributeurs, les différents acteurs sont tenus de respecter les mesures décrites dans l'arrêté ministériel et de ne plus commercialiser les articles incriminés. Le non-respect de cet arrêté constitue une infraction qui sera recherchée, poursuivie et punie conformément aux dispositions de la loi du 21 décembre 1998 relative aux normes de produits ayant pour but la promotion du mode de production et de consommation durable, la protection de l'environnement et de la santé.

Concrètement, si de tels produits se retrouvent encore sur le marché et que l'infraction est constatée par l'inspection économique - cela ne relève pas de la compétence du SPF Santé -, celle-ci peut exiger le retrait immédiat de la vente et dresser un procès-verbal avec amende à la clé.

**14.03 François Bellot (MR):** Je remercie la ministre pour sa réponse qui était très claire.

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

**15 Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage de la toxine botulique ou Botox" (n° 10158)**

**15 Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van botulismetoxine of Botox" (nr. 10158)**

**15.01 Olivier Destrebecq (MR):** Madame la présidente, madame la vice-première ministre, le ministère canadien de la Santé a averti que l'usage de la toxine botulique, commercialisée sous le nom de Botox, pouvait avoir des effets dangereux voire mortels.

En effet, on constate des risques de dispersion de la toxine dans d'autres parties du corps que celles où le Botox a été injecté. Cela provoquerait des affaiblissements musculaires, problèmes de déglutition, pneumonies, troubles de la parole et difficultés respiratoires qui peuvent être mortels.

La Food and Drug Administration (FDA), l'autorité américaine de surveillance du médicament, avait déjà mis en garde contre ce phénomène en février 2008.

Les personnes ayant des antécédents de troubles neurologiques, de difficultés à avaler ou de problèmes respiratoires, devraient faire preuve d'une extrême prudence à l'égard de ces produits.

En août 2008, l'hebdomadaire allemand Focus avait révélé que l'Agence européenne du médicament (EMA) avait recensé plus de 600 cas où des personnes ayant reçu des injections de Botox avaient subi de sérieux effets négatifs. Dans 28 cas, les patients étaient morts.

La toxine botulique, qui peut être commercialisée notamment sous les marques Botox ou Vistabel, est utilisée notamment par des millions de personnes dans le monde dans des traitements cosmétiques pour gommer les rides. Mais, à l'origine, elle est un poison violent, 40 millions de fois plus foudroyant que le cyanure.

La toxine botulique est sécrétée par la bactérie à l'origine du botulisme, maladie mortelle que l'on contracte en mangeant en quantité des conserves avariées.

Madame la vice-première ministre, il me plairait d'obtenir votre avis sur la question. Il serait important, au vu des chiffres communiqués par l'Agence européenne du médicament, de mettre en place un véritable plan de prévention.

Les risques liés à la toxine botulique peuvent entraîner de graves conséquences. Ainsi, au-delà des chiffres et de l'analyse de l'exactitude des études disponibles, quelle est votre attitude concernant cette problématique, importante à mes yeux?

**15.02 Laurette Onkelinx, ministre:** Le Botox, le Dysport et le Vistabel sont des médicaments contenant de la toxine botulique destinés à être utilisés par injection. Le Botox et le Dysport sont enregistrés en Belgique principalement pour le traitement de certaines affections musculaires spastiques associées soit à des pathologies de l'enfant en relation avec une paralysie cérébrale soit à de la spasticité musculaire chronique chez l'adulte en relation ou non avec des accidents vasculaires cérébraux. La spasticité musculaire est l'augmentation exagérée permanente du tonus musculaire, tension musculaire, d'un muscle au repos.

Le Vistabel est enregistré en Belgique pour la correction temporaire des rides verticales inter-sourcillières modérées à sévères observées lors du froncement des sourcils chez l'adulte de moins de 65 ans, lorsque la sévérité de ces rides entraîne un retentissement psychologique important chez le patient. Ces substances ne sont pas autorisées pour un usage cosmétique? En outre, les résumés des caractéristiques de ces produits reprennent de façon complète les précautions d'emploi et mettent en garde de façon détaillée contre les problèmes que vous évoquez – car c'est un produit dangereux –, à savoir dispersion de la toxine dans d'autres parties du corps, les problèmes des populations sensibles, les antécédents du patient à

surveiller, etc.

Bien que l'Agence des médicaments n'ait reçu aucune notification de cas grave associé à l'utilisation de ces médicaments, il semble évident que la toxine botulique est utilisée en dehors de ses notifications officielles par certains médecins afin de satisfaire des demandes de patients soucieux de gommer certaines rides qu'ils jugent disgracieuses. Lors d'un usage hors indications d'un médicament, il est exceptionnel que le professionnel de santé notifie à l'Agence l'observation d'un effet indésirable!

Depuis 2007, la toxine botulique fait l'objet d'une surveillance spéciale par les autorités européennes à laquelle la Belgique s'associe par des échanges d'informations entre États européens et par sa collaboration avec l'EMA. En outre, la mise en place d'un plan de gestion des risques communs à toutes les spécialités contenant de la toxine botulique et l'évaluation des mesures de minimisation du risque sont en cours au niveau européen.

L'Agence s'emploie à éduquer les thérapeutes au sujet des usages hors indication des médicaments, raison pour laquelle elle favorise la formation continue des professionnels de santé en matière de pharmacovigilance. Le projet de pharmacovigilance active déjà en action à l'Agence depuis le début de l'année 2008 est un des moyens utilisés dans ce but.

Je n'exclus pas d'agir en la matière mais j'attends de voir ce qui se passe au niveau européen car une action de plus grande envergure y est réalisée. Vous avez raison de souligner ces dangers.

**15.03 Olivier Destrebecq (MR):** Madame la ministre, je vous remercie. Je suis rassuré par le fait que vous envisagez d'agir en la matière en fonction des résultats et des discussions qui auront eu lieu.

Au-delà du fait que nous sommes tous prêts à reconnaître qu'il y a un problème voire un danger, je me permets d'insister sur l'aspect communication et information car il ne suffit pas que les professionnels ou les responsables politiques se rendent compte que des problèmes peuvent exister. Pour certaines femmes, et certains hommes, il serait souhaitable d'avoir un plan d'information, sur la problématique de l'utilisation de ce genre de produits.

J'ai la faiblesse de croire – mais je n'ai peut-être pas la bonne information – qu'au-delà de l'aspect médical, cela fait quand même partie des techniques d'esthétique. Il me semble donc dangereux de vulgariser cette technique à des fins simplement esthétiques.

Il faut donc taper sur le clou pour rappeler la dangerosité de ce genre de techniques.

La **présidente:** Monsieur Destrebecq, vous avez raison. Nous allons revaloriser les rides et les visages qui ont vécu.

Ce produit est déjà bien entré dans le domaine cosmétique.

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

**16 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het Kenniscentrum over geriatrische dagziekenhuizen" (nr. 10226)**

**16 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude du Centre d'expertise sur les hôpitaux de jour gériatriques" (n° 10226)**

**16.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang):** Mevrouw de minister, ik kom nog even terug op het zeer recente rapport van het Kenniscentrum over de geriatrische dagziekenhuizen. Wanneer ik de lijn van het rapport volg, dan moet ik concluderen dat er geen overtuigende gegevens zijn waaruit blijkt dat geriatrische dagziekenhuizen een reële meerwaarde bieden in vergelijking met het klassieke ziekenhuis.

In die studie wordt ook een aantal aanbevelingen gedaan. Zo pleit men voor een financiering die niet langer forfaitair zou zijn, maar zou moeten afhangen van de bezettingsgraad en de profielen van de patiënten. Anderzijds is er uiteraard ook de vaststelling, mevrouw de minister, dat er vanaf 2010 normaal gezien een

einde komt aan het proefproject waarbij de overheid op dit moment 89 geriatrische dagziekenhuizen, de fameuze GDZ's, financiert.

Het is niet verwonderlijk dat er een scherpe reactie kwam van de gerieters. De voornaamste verdedigingslinie van de betrokken gerieters is dat heel de problematiek van de geriatrische dagziekenhuizen in de praktijk in een soort opstartfase zit. Zij pleiten dan ook voor meer tijd. Het Kenniscentrum zou wat meer tijd moeten nemen, vooraleer tot een definitief oordeel te komen.

Ik heb drie zeer concrete vragen, mevrouw de minister. Wat is uw politieke reactie op die studie van het Kenniscentrum? Is er nu al dan niet definitief beslist dat de financiering van het proefproject met betrekking tot de geriatrische dagziekenhuizen wordt voortgezet na 2010?

Na de scherpe reactie van de gerieters rijst de vraag of er ondertussen overleg heeft plaatsgevonden met de betrokken sector over de studie.

**16.02** Minister **Laurette Onkelinx**: De studie van het KCE heeft als verdienste dat het een aantal knelpunten aankaart, maar ze dient in de huidige stand van zaken van de pilootprojecten ook enigszins te worden genuanceerd. De geriatrische dagziekenhuizen in België zijn veelal nog in de opstartfase en hebben dus nog niet hun volledig activiteitsniveau bereikt. Dat impliceert onder meer dat er nog geen verregaande conclusies kunnen worden getrokken uit de lopende proefprojecten. Het lijkt ook wenselijk dat er eerst wordt gestreefd naar een optimalisering en harmonisering van de praktijkvoering door het uitwerken van een best practice voor de geriatrische dagziekenhuizen, alvorens de meerwaarde van de proefprojecten wordt geëvalueerd.

Bij de start van de proefprojecten in 2006 werd een planning vooropgesteld tot 2010, waarna de fase van de proefprojecten kan worden vervangen door een structurele erkenning en financiering van de geriatrische dagziekenhuizen.

We blijven de projecten vandaag opvolgen en zullen nagaan of we tegen 2010 over voldoende elementen beschikken om een meer doelmatige, structurele financiering uit te werken. Mocht dat niet het geval zijn, dan zullen de proefprojecten ook na 2010 worden voortgezet en opgevolgd.

Over de resultaten van de studie vond nog geen overleg met de gerieters plaats. Een bespreking van de studie met de gerieters zal worden geagendeerd op de eerstvolgende vergadering van zowel het Platform voor het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt als van het College voor geriatrie.

**16.03** **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u uiteraard voor uw antwoord. Ik neem vooral akte van uw verklaring dat de betrokken studie wel degelijk moet worden genuanceerd. In tweede orde trekt u als bevoegd minister ook grotendeels de lijn die de gerieters trekken. Zij zeggen ook dat het te vroeg is om definitieve conclusies te trekken, omdat men nog in de opstartfase zit. Dat is ook een vrij logische conclusie, omdat er geen definitieve beslissing is over de verdere financiering om de definitieve fase aan te vatten. U zegt dan men voorlopig de proefprojecten voort zal financieren, ook na 2010, als er geen resultaten zouden zijn.

Wij zullen het dossier met de nodige aandacht verder opvolgen tot er iets meer concrete gegevens zijn dan de studie ons aanreikt.

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

La **présidente**: La question n° 10312 de Mme Smeyers est reportée.

#### **17** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Maggie De Block** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van opwekkende of concentratieverhogende geneesmiddelen" (nrs. 10324+10367)

- mevrouw **Josée Lejeune** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Rilatineverbruik" (nr. 10370)

- mevrouw **Christine Van Broeckhoven** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het oneigenlijke en/of verkeerde gebruik van medicatie die

hersensfuncties/gedrag beïnvloedt" (nr. 10386)

- mevrouw Els De Rammelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van Rilatine bij studenten" (nr. 10415)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de consumptie van Rilatine" (nr. 10384)

- mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het oneigenlijk gebruik van medicatie" (nr. 10545)

- mevrouw Liesbeth Van der Auwera aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de consumptie van Rilatine door studenten" (nr. 10662)

**17** Questions jointes de

- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente de psychoanaleptiques ou de médicaments qui stimulent la concentration" (n<sup>os</sup> 10324+10367)

- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de Rilatine" (n<sup>o</sup> 10370)

- Mme Christine Van Broeckhoven à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage abusif et/ou incorrect de médicaments qui agissent sur les fonctions cérébrales et le comportement" (n<sup>o</sup> 10386)

- Mme Els De Rammelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de Rilatine chez les étudiants" (n<sup>o</sup> 10415)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de Rilatine" (n<sup>o</sup> 10384)

- Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage abusif de médicaments" (n<sup>o</sup> 10545)

- Mme Liesbeth Van der Auwera à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de Rilatine par les étudiants" (n<sup>o</sup> 10662)

**17.01** **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, bedankt dat u nog wat extra tijd neemt voor deze reeks van vragen die toch een zeer belangrijk onderwerp aankaarten.

In verband met dit onderwerp wil ik een vraag stellen naar het oneigenlijk en/of het verkeerd gebruik van medicatie die hersensfuncties/gedrag beïnvloeden. Die vraag stel ik naar aanleiding van een artikel dat verscheen in De Morgen op 20 januari over de verontrustende stijging van het gebruik van medicijnen die de hersensfuncties beïnvloeden en daardoor het gedrag van de gebruikers bijsturen.

In het bijzonder worden er cijfers gegeven voor Rilatine, een medicament dat wordt gebruikt tegen ADHD en ADD, een product van Novartis; voor Provogil, dat wordt gebruikt tegen narcolepsie, een product van Cephalon; voor Aricept, een product voor patiënten met de ziekte van Alzheimer, een product van Pfizer.

Dat artikel was er slechts één in een lange reeks van artikelen die verschenen in kranten en vakbladen, waarbij herhaaldelijk wordt gewezen op een oneigenlijk en/of verkeerd gebruik van de genoemde en andere medicaties die inwerken op de hersenen, zoals bijvoorbeeld ook Prozac tegen depressie en Risperdal, tegen schizofrenie.

De overconsumptie van die medicijnen door gezonde personen toont een niet-gevaarlijke trend van medicalisering van het gedrag van de mens, maar is ook niet zonder gevaar sinds die medicijnen verschillende en soms zeer gevaarlijke bijwerkingen hebben.

Concreet toont een studie van het Instituut voor Medische Statistiek aan dat sinds 2004 de verkoop van Rilatine steeg met 50%, van 9,6 naar 14,8 miljoen pillen per jaar. De verkoop van Provigil steeg met 100%. De verkoop van Aricept steeg met bijna 75%.

De farmaceutische bedrijven kenden hierbij een niet-onaardige stijging in hun verkoopbudgetten. Bijvoorbeeld het verkoopbudget van Novartis, producent van Rilatine, kende een verdrievoudiging, van 2,1 miljoen naar 7,3 miljoen euro.

Uit het gebruik is duidelijk af te leiden dat deze medicijnen niet alleen worden gebruikt door patiënten. Potentiële andere gebruikers zijn gezonde personen die ze gebruiken om hun gedrag bij te sturen: Rilatine om de aandacht te verscherpen, Provigil om slaperigheid gedurende de dag tegen te gaan en Aricept om het geheugen te verbeteren.

Ze worden onder meer gebruikt door studenten in de examenperiode en door werkende mensen, inclusief professoren, om harder te werken of tegen jetlag. Dit is echter niet zonder gevaar omdat elk van deze geneesmiddelen ook ernstige nevenwerkingen heeft en omdat de risico's op hersenschade door langdurig gebruik nog onvoldoende bekend zijn.

Bovendien is het bekend dat deze medicijnen slechts succes hebben bij een kleine groep van patiënten. Waarschijnlijk speelt bij gezonde mensen ook het zogenaamde placebo-effect, eerder dan de beoogde versterking van de gewenste hersenfunctie.

Daarom is het oneigenlijke gebruik van Rilatine en andere stimulantia in de examenperiode bijzonder verontrustend, gezien de hogere dosissen die worden gebruikt en de negatieve bijwerkingen die onder meer kunnen leiden tot paranoïde gedachten, depressies en psychosen, waarvoor dan weer medicatie als Prozac en Risperdal wordt toegediend, vandaar, mevrouw de minister, mijn volgende vragen.

Ten eerste, welke criteria worden er gebruikt om die stimulerende medicatie voor te schrijven aan gezonde personen? Kent u de statistieken van de gezonde gebruikers? Hoe wil u gezonde gebruikers wijzen op het reële gevaar van hersenschade door langdurig gebruik ervan?

Ten tweede, zijn huisartsen en artsen in het algemeen voldoende bekend met de risico's van deze medicatie bij overdosering? Hoe organiseert u specifieke bijscholing over de werking van de hersenen en over de bijwerkingen van gedragsmedicatie?

Ten derde, welke rol spelen de farmaceutische bedrijven in het voorschrijfgedrag van de artsen?

Ten vierde, deze medicijnen zijn slechts verkrijgbaar op voorschrift. Dat wordt echter omzeild door de illegale verkoop via internet. Hoe wilt u de verkoop van die niet ongevaarlijke en verslavende medicatie regulariseren?

**17.02 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, over de problematiek van het oneigenlijk gebruik van Rilatine en de stijgende consumptie ervan heb ik u reeds op 12 februari van vorig jaar ondervraagd. Uit nieuwe gegevens van hetzelfde onderzoeksbureau IMS blijkt dat er wel degelijk nieuwe mediaberichten verschijnen die eigenlijk de grote lijn trekken, dezelfde als uit de mediaberichten van vorig jaar, namelijk dat er zeer veel oneigenlijk gebruik van Rilatine is. In die zin komt daar nu bijkomende uitleg en wil men eens kijken naar het oneigenlijk gebruik bij onder andere studenten wat Rilatine betreft.

Ik wil een tweede element aanhalen en iets concreter op uw antwoord van 12 februari ingaan, waar u aankondigde een campagne te overwegen om Rilatinegebruik te ontraden.

Mevrouw de minister, beschikt u over bijkomende gegevens die het oneigenlijk gebruik van Rilatine, onder andere door studenten, bevestigen?

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de campagne die werd aangekondigd in antwoord op mijn vraag van 12 februari 2008? Werd daarover met de Gemeenschappen overleg gepleegd?

**17.03 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la ministre, chers collègues, la Rilatine contient de la méthylphénidate et est indiquée dans le traitement des troubles de l'attention associés à une hyperactivité, appelé également syndrome hyperkinétique comme traitement adjuvant lorsqu'une prise en charge non médicamenteuse n'est pas efficace.

Les stimulants centraux modafinile qui se trouvent dans le Provigile et également le méthylphénidate peuvent être utilisés pour la narcolepsie. Enfin, Aricept contenant du donépézil est un médicament indiqué dans le symptôme de la maladie d'Alzheimer.

Seuls les chiffres de consommation globale du méthylphénidate comme substance spécialement réglementée sont disponibles.

En 2003, 125.672 grammes. En 2004, environ 111.000. En 2005, plus de 139.000. En 2006, presque 165.000 et en 2007, 220.000.

Les chiffres pour 2008 seront disponibles vers le milieu de l'année. Cette consommation élevée n'est pas constatée qu'en Belgique. Elle s'observe dans toutes les sociétés industrialisées. Les causes en sont multifactorielles et il n'y a pas de solution unique à ce problème.

Rekening houdend met het feit dat de voorschriften van de hogervermelde geneesmiddelen niet allemaal worden afgeleverd met tussenkomst van het RIZIV, beschik ik niet over betrouwbare gegevens die toelaten het aantal voorschriften buiten de goedgekeurde therapeutische indicaties te evalueren, noch over gegevens met betrekking tot de verhouding gezonde personen zoals studenten in de examenperiode die in België deze geneesmiddelen zouden gebruiken.

Wat betreft de maatregelen die in het bijzonder het voorschrijven van het geneesmiddelen Rilatine omvatten, moet men weten dat het voorschrijven van Rilatine momenteel niet is beperkt tot bepaalde categorieën of specialiteiten van voorschrijvers.

Om te kunnen genieten van de terugbetaling van deze farmaceutische specialiteit, is het noodzakelijk om gelijktijdig aan meerdere voorwaarden te voldoen. Een daarvan is de verplichting dat de diagnose van ADHD wordt gesteld door een kinderpsychiater, een kinderneuroloog of een geneesheer-specialist die een erkenning in kinderneurologie heeft gekregen.

Ik herinner eraan dat methylfenidaat de actieve substantie van de farmaceutische specialiteit Rilatine een speciaal gereguleerd geneesmiddel is. De artsen die die psychotropische stof voorschrijven, kunnen worden verzocht hun voorschriften te rechtvaardigen voor de competente Provinciale Geneeskundige Commissie.

Tot op heden zijn reeds talrijke initiatieven met betrekking tot communicatie en informatie genomen. Zo bevat de bijsluiter een reeks bijzondere overwegingen met betrekking tot de diagnose van ADHD. Men vermeldt er ook dat methylfenidaat niet altijd de aangewezen behandeling is bij kinderen die lijden aan ADHD, en dat het is aanbevolen in een interdisciplinaire zorg van de patiënten te voorzien waarin psychologische, educatieve en sociale maatregelen worden opgenomen.

Bovendien worden de gezondheidszorgbeoefenaars regelmatig geïnformeerd over bepaalde risico's verbonden aan het gebruik van methylfenidaat, onder meer door de transparantiefiche, de Folio Farmacotherapeutica en de rubriek "Goed om weten" op de website [www.bcfi.be](http://www.bcfi.be).

Ook wil ik hier wijzen op het bestaan van een voortgezette opleiding voor artsen, die seminaries over allerhande materies opneemt, waaronder de behandeling van psychische stoornissen.

Wat de campagne betreft, is het goed om weten dat er op Europees niveau ondertussen een herevaluatie is geweest van de baat-risicobalans van geneesmiddelen die methylfenidaat bevatten. Het Comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik van het Europees Geneesmiddelenbureau heeft op 20 januari jongstleden besloten dat methylfenidaat zijn plaats behoudt in de behandeling van ADHD bij kinderen van meer dan zes jaar. Het raadt eveneens een harmonisatie aan van de bijsluiters, met een reeks herinneringen en waarschuwingen over de gekende en vermoede ongewenste effecten. Een reeks maatregelen om de risico's te beperken, met inbegrip van vormingsmateriaal en eventuele studies, moet nog worden genomen. In ons land is het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten hiervoor bevoegd. De conclusies zullen op de website van dit agentschap worden gepubliceerd.

Ik herinner eraan dat de publiciteit die door de firma's wordt gemaakt, gereguleerd is. Het is namelijk verboden om publiciteit te maken voor het publiek voor geneesmiddelen die zijn onderworpen aan een voorschrift. Bovendien dient elk element van de publiciteit bestemd voor gezondheidszorgbeoefenaars, volledig conform de bijsluiter te zijn.

Hoewel de aankoop van dergelijke geneesmiddelen via internet verboden is, is dat een verontrustend fenomeen, dat ik reeds meerdere malen heb aangesneden. Het federale agentschap ontwikkelt momenteel, in samenwerking met de Kanselarij van de eerste minister, een grote, publieke waarschuwingscampagne tegen de mogelijke risico's verbonden aan het aankopen van geneesmiddelen via het internet.

**17.04** **Christine Van Broeckhoven** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw omstandige antwoord. Ik weet dat er heel veel reglementering is, zowel in verband met het voorschrijfgedrag als in verband met de

informatie voor de gebruikers in het algemeen.

Ik denk echter dat er aan een aantal zaken toch wordt voorbijgegaan.

Van al de medicatie die ik heb opgenoemd in mijn vraag – niet alleen Rilatine, maar zeker ook Aricept, en dat geldt ook voor bijvoorbeeld Risperdal – vindt er een verkeerdelijk en oneigenlijk gebruik plaats. Verkeerdelijk wil zeggen – Rilatine is dan een goed voorbeeld – dat bijvoorbeeld werd vastgesteld dat ouders van kinderen die Rilatine nemen, nu zelf ook Rilatine gaan nemen. De ouders menen zich namelijk te herinneren dat zij als kind ook aandachtstoornissen hadden en hyperkinetisch waren. Zeer veel volwassenen nemen nu dus Rilatine, waarschijnlijk voorgeschreven, uiteraard niet door een kinderarts of een arts met expertise bij kinderen. Dat is maar één voorbeeld.

Aricept, een medicament ontwikkeld tegen geheugenstoornissen of ook ontwikkeld om te proberen het geheugen van patiënten met de ziekte van Alzheimer te ondersteunen, is een medicament waarvan geweten is dat het een zeer beperkte werking heeft.

Van al die medicaties is aangetoond dat ze rechtstreeks inwerken op de hersenen, rechtstreeks op het gedrag van de mensen.

Het is geweten, van al die medicaties, dat zij eigenlijk, in essentie, geen werking hebben. Voor Rilatine werd er onder meer gepubliceerd in de vakliteratuur, maar ook in kranten, dat het volgende werd vastgesteld. Oorspronkelijk werd er een studie uitgevoerd op basis waarvan Rilatine als een medicament tegen ADHD werd erkend. Welnu, in die groep van kinderen, zowel kinderen die Rilatine namen als kinderen die geen Rilatine namen, was er in essentie, wanneer zij jongvolwassenen waren, geen enkel verschil.

Nu is het toch opvallend dat al die informatie, ook uit de wetenschappelijke wereld, over de beperkte werking van die medicatie, niet wordt gebruikt om het voorschrijfgedrag bij te sturen, zowel bij de potentiële patiënten als bij de gezonde mensen die die medicatie gebruiken, enkel en alleen om bepaalde gedragskenmerken te versterken. Bijvoorbeeld, het geheugen, met Aricept: zeer twijfelachtig.

Evengoed moeten we aandacht hebben voor de studenten, met Rilatine. Ik wil u er wel op wijzen dat het gebruik van Rilatine door studenten al jaar en dag bestaat. Het octrooi voor Rilatine dateert van 1954, dus dat is niet nieuw.

Men heeft al lang de tijd gehad om dat gedrag bij te sturen. Men doet dat niet, maar men zou er beter mee beginnen. Men moet jonge mensen leren dat men ook examens kan doen zonder medicatie. Ik ben een hersenwetenschapper. Ik weet wat het effect is van medicatie op de hersenen. Het langdurige effect van Rilatine, Aricept en Risperdal – medicatie tegen schizofrenie – heeft men nog niet kunnen vaststellen, omdat men de hersenen van gezonde mensen die de medicatie blijven nemen, nog niet heeft onderzocht.

Ik heb nog een tweede opmerking. Op mijn vraag over de rol van de farmaceutische industrie heb ik geen antwoord gekregen. U moet goed begrijpen dat, als men de grens tussen normaal gedrag en afwijkend gedrag met enkele procenten verschuift, de winsten van de farmaceutische bedrijven uiteraard omhoog gaan. Daarover moet men zich vragen stellen, en niet over het feit of de bijsluiters de nevenwerkingen weergeeft of het voorschrijfgedrag wordt gecontroleerd.

Men moet zich de vraag stellen wie er belang bij heeft om de grens tussen normaal en abnormaal gedrag met enkele procenten te verschuiven. Dat is toch een vraag waarop u zou moeten kunnen antwoorden, bijvoorbeeld door een studie te doen naar de rol van de farmaceutische industrie daarin. Die vraag werd in 2005 al door een burgerpanel gesteld. Burgers hebben gevraagd wie de grens bepaalt tussen normaal en abnormaal. Wat is de rol van de farmaceutische industrie? Wat is het effect op ons hersenen? Daarop is nog altijd geen antwoord gegeven.

**17.05 Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor het zeer uitgebreide antwoord. Ik neem er een element uit. Ik neem akte van uw verklaring dat het federaal geneesmiddelenagentschap, samen met de Kanselarij van de eerste minister, werkt aan een campagne die een algemene waarschuwing voor het oneigenlijke gebruik van geneesmiddelen moet bevatten.

Wij moeten ons de vraag durven te stellen of een dergelijk algemene waarschuwing niet een beetje aan het doel voorbij dreigt te gaan, zijnde de problematiek van Rilatine en gelijkaardige medicatie. Moeten wij niet

naar een meer specifieke campagne gaan, in plaats van naar de zeer algemene campagne, die u aankondigt?

**17.06** **Laurette Onkelinx**, ministre: J'y serai évidemment très attentive et avec mon administration, nous examinerons la possibilité d'augmenter les informations ciblées en fonction de ce phénomène inquiétant.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 18.21 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.21 uur.*