

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

DINSDAG 20 APRIL 2010

MARDI 20 AVRIL 2010

Voormiddag

Matin

La séance est ouverte à 10.20 heures et présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.  
De vergadering wordt geopend om 10.20 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

La **présidente**: Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie de remplacer Mme la ministre.

La question n° 20570 de Mme Detière est retirée.

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

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

**01.01** Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, monsieur le secrétaire d'État, la ministre de la Santé publique a chargé, à la fin 2008, l'Institut scientifique de Santé publique de réaliser à l'échelle nationale une étude épidémiologique sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire.

Les résultats de cette étude ne sont pas encore définitifs. La ministre avait organisé une réunion avec les représentants du Registre du Cancer et de l'Institut de Santé publique ce 25 mars pour produire un état des lieux des travaux. Il en ressort que la Fondation Registre du Cancer a réalisé un premier recensement statistique de cas de cancers de la thyroïde, basé sur les données nationales actuellement disponibles, à savoir les années 2004 à 2006. Qu'en est-il des données après 2006? Ne sont-elles pas disponibles ou ne sont-elles pas encore traitées?

Les premières données démontrent que les cancers de la thyroïde sont près de trois fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Il semble qu'ils soient deux fois plus fréquents en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre. Néanmoins, selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), les méthodes de diagnostic et les pratiques cliniques varient suivant les Régions. Dès lors, comment obtenir, au niveau national, des résultats cohérents et significatifs? Sur quels indicateurs de santé se base cette étude nationale pour déterminer le nombre de cancers de la thyroïde?

Le KCE a été chargé d'examiner cette question. Les résultats sont attendus en 2011, si mes informations sont exactes. Quelles questions ont-elles été posées au KCE? Il apparaît que les cancers de la thyroïde sont variables d'une zone à l'autre et seraient plus fréquents dans des zones exposées à des activités industrielles plus importantes ainsi qu'aux activités nucléaires.

Cependant, les données sont recueillies sur une durée trop brève pour leur conférer un caractère scientifiquement significatif. Qu'en est-il plus précisément? Quelles sont les dispositions prises?

Enfin, d'autres cancers ont-ils également été examinés dans cette étude épidémiologique? Si oui, avec quels résultats? Dans le cas contraire, est-ce prévu et dans quel timing?

**01.02** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame la présidente, chers collègues, je vais tenter aujourd'hui d'apporter une réponse aux différentes et nombreuses questions à l'ordre du jour.

Madame Gerkens, je vous remercie pour cette question pour laquelle Mme Onkelinx m'a remis une réponse assez circonstanciée. Après l'incident, en septembre 2008, afin de rassurer totalement la population locale, sur demande de Mme Onkelinx, le SPF Santé publique propose à la population d'effectuer un test détectant l'éventuelle présence d'iode radioactif dans la glande thyroïde des habitants. Tout habitant qui le souhaitait a pu passer ce test, si le besoin se faisait ressentir.

Dans le cadre de ces mesures, des autorités communales ont mis du personnel et une infrastructure d'accueil à disposition. Le SPF Santé publique a, quant à lui, organisé les tests. Au total, environ 1 400 personnes ont pu bénéficier de ce test. Les résultats de celui-ci étaient satisfaisants pour tout le monde. En effet, les spécialistes ont conclu que l'exposition n'avait pas été dangereuse pour la population. Les habitants étaient ainsi rassurés quant à l'impact de l'incident sur leur santé.

Après une première phase de débats informels en novembre 2008, une demande formelle a été adressée à l'Institut scientifique de Santé publique afin que soit réalisée, à l'échelle nationale, une étude épidémiologique sur les conséquences éventuelles pour la santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire. Après une analyse approfondie de la littérature sur les effets qu'ont les sites nucléaires sur la santé et sur la méthodologie de recherche, une proposition a été élaborée après consultation des différents partenaires, comme l'Agence fédérale de contrôle nucléaire, le Registre du Cancer, le SPF Santé publique ou le Centre d'étude de l'énergie nucléaire.

Cette proposition présentée en mars 2009 comprend une recherche descriptive, prospective et systématique autour des sites nucléaires de classe 1 situés en Belgique: les centrales de Doel et de Tihange, le Centre d'étude de l'énergie nucléaire à Mol et ses sites à Dessel et Geel, c'est-à-dire Belgonucleaire, FBFC International, Belgoprocess, l'Institut des matériaux et mesures de référence, Institut des radioéléments à Fleurus et le territoire belge autour des centrales nucléaires de Chooz en France et de Borssele aux Pays-Bas.

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

La plupart des études qui analysent le risque de cancers autour des installations nucléaires se focalisent sur la leucémie chez les enfants. Mais d'autres cancers, tel celui de la thyroïde, peuvent aussi être étudiés.

Dans la littérature, on constate que de telles analyses se font sur la base de données échelonnées dans le temps en raison de l'apparition rare de semblables cas et afin de diminuer le risque de fluctuations dues au hasard. La qualité de la base de données représente l'un des principaux facteurs de la qualité de l'étude. C'est pour cette raison que le Registre du Cancer s'emploie actuellement à améliorer la validité de ses données pour garantir sa compétence et son exactitude sur le plan national. L'investissement opéré par le Registre du Cancer dans la qualité de la base de données est énorme, mais aussi précieux, car il nous permettra de disposer de données fiables dans le futur.

À l'échelle nationale, nous détenons des informations correctes pour les années 2004 à 2006. Un premier recensement établi par la Fondation Registre du Cancer montre que les cancers de la thyroïde seraient deux fois plus fréquents en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre, comme vous l'avez mentionné. Cette différence géographique pourrait s'expliquer par la diversité des diagnostics et des pratiques cliniques. Par exemple, le nombre de thyroïdectomies est deux fois plus élevé à Bruxelles et trois fois plus en Wallonie qu'en Flandre. Le Centre fédéral d'expertise de soins de santé a été chargé d'examiner dans quelle mesure des différences réelles existent dans l'incidence, le diagnostic et le traitement des cancers de la thyroïde entre les Régions du pays.

Le projet vise à synthétiser les données probantes sur le diagnostic et le traitement du cancer de la thyroïde et à formuler des recommandations fondées sur celles-ci. Les résultats sont attendus en 2011.

Si les premières données brutes confirment la disparité Nord-Sud – je parle, bien entendu, de la Belgique –, on observe d'énormes différences au sein d'une même zone du point de vue du nombre de cas recensés. Par exemple, dans la zone située dans un rayon de vingt kilomètres autour de Fleurus ou encore de la

centrale nucléaire de Chooz, située essentiellement sur notre territoire, le taux d'incidence moyen est supérieur à la moyenne wallonne, mais la répartition des cas au sein de ces mêmes zones est très contrastée. Des disparités similaires ont été observées en d'autres endroits éloignés d'un site d'activité nucléaire. Ces variations pourraient résulter de la période considérée, trop courte aux yeux des experts, et du petit nombre de cas étudiés.

La Fondation Registre du Cancer travaille à la récupération des données 2007-2008. Cela permettra à l'ISP de disposer d'une base plus large pour mener son enquête.

En fin d'année, lorsque le Registre du Cancer aura des données fiables pour la période 2004-2008, les analyses pourront commencer sur une période plus large, soit sur 5 années de références. En effet, une étude réalisée sur une période de moins de 5 ans n'est, aux yeux des experts, pas pertinente.

Les résultats de ces travaux menés conjointement par la fondation Registre du Cancer et l'ISP seront validés par un comité d'accompagnement composé d'experts nationaux et internationaux.

Tout comme pour l'étude menée en parallèle par le KCE, les résultats définitifs sont attendus courant 2011.

**01.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Je vous remercie et remercie Mme la ministre pour cette réponse qui nous permet de resituer cette étude qui est bien nécessaire.

Il est vrai que, heureusement, le nombre de cas n'est pas important. Pouvez-vous me dire s'il y a une collectivisation de ce type de travail d'analyse avec les pays voisins ou d'autres pays européens pour essayer d'avoir un plus grand nombre de cas? Dans la négative, ce pourrait être intéressant de la mettre sur pied. La présidence belge pourrait lancer l'initiative.

Je suis heureuse de savoir que les données sont disponibles jusque 2008. J'ai noté qu'elles n'étaient pas encore traitées mais que ce travail était en cours.

Selon moi, il est de fait important que le KCE identifie les différences "diagnostic/traitement" mais surtout en retire une façon d'harmoniser les choses. On rencontre souvent cette difficulté en Belgique, à savoir qu'un grand nombre de données relatives à la santé n'ont pas été répertoriées de la même manière. Ce n'est pas seulement une question de clivage Flandre/Wallonie mais aussi Hainaut, Liège, Anvers et Bruxelles où l'on travaille différemment. Il est donc très difficile de pouvoir en déduire des pratiques préventives généralisées significatives.

Nous suivrons l'évolution de ces données.

**01.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame Gerkens, je note votre suggestion - et je la soumettrai à Mme Onkelinx - d'avoir un échange de données avec nos pays voisins, France et Pays-Bas. Je pense que ce sont les deux pays avec lesquels nous pouvons coopérer de manière très précise puisqu'il y a des centrales situées aux frontières. Nous pourrions alors voir s'il y a, de l'autre côté de la frontière, des données similaires qui permettraient d'avoir une vision plus large.

Il y a la question de l'échange d'information et celle de la mise en commun des recherches.

Je soumetts cette suggestion à Mme Onkelinx.

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

*Présidente: Muriel Gerkens.  
Voorzitter: Muriel Gerkens.*

## **02 Questions jointes de**

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le prix des cigarettes" (n° 21046)**

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

**timbre fiscal" (n° 21063)**

**02 Samengevoegde vragen van**

**- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de sigarettensprijs" (nr. 21046)**

**- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verkoop van tabaksproducten onder de prijs van de fiscale zegel" (nr. 21063)**

**02.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, cette question a été déposée le 26 mars, dont nous sommes déjà loin. Elle est donc quelque peu déconnectée de l'actualité. Elle porte sur le prix de vente des cigarettes. Depuis 1994, il était obligatoire de vendre le tabac au prix mentionné sur le timbre fiscal mais depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009, en vertu d'un arrêté ministériel rendu par M. Reynders, cette obligation est devenue caduque. Selon la presse, il est alors apparu que des paquets de cigarettes sont vendus, en farde ou pas, à un prix inférieur à celui indiqué sur le timbre fiscal.

Mme Onkelinx a fait part de sa désapprobation de cette vente au rabais qui risque de remettre en cause les efforts du gouvernement en matière de lutte contre le cancer. Il est évident que le prix est un facteur déterminant dans la lutte contre le tabagisme. Autoriser une baisse des prix est un signal totalement contradictoire aux mesures qu'on prend contre le tabac. Madame la ministre, monsieur le secrétaire d'État, il semble que les partenaires du gouvernement soient divisés sur ce sujet. Comment comptez-vous sortir de cette contradiction et assurer la cohérence de vos politiques? Je sais qu'il s'est passé des choses depuis mais je souhaite entendre le point de vue de la ministre à ce sujet.

**02.02 Koen Bultinck** (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik wil even terugkomen op dezelfde problematiek. Ik weet ook dat minister Reynders in de commissie voor de Financiën daarover reeds werd ondervraagd. Het antwoord van minister Reynders geeft ons echter niet veel duidelijkheid, ook niet over de blijvende verdeeldheid binnen de meerderheid in dit dossier. Daarom wil ik ook u, en in casu mevrouw Onkelinx, ondervragen. Het zou wel eens kunnen dat wij met dit dossier nog naar een derde regeringspartner, een derde bevoegde minister, zullen moeten gaan.

Het gaat inderdaad over het fameuze ministerieel besluit van 23 oktober 2009 dat in werking trad op 1 november 2009. Volgens artikel 26 mochten tabaksfabrikanten niet meer verkopen tegen een hogere prijs dan de fiscale zegel op het product. Dienaangaande is er een probleem met de Europese Commissie, die ons verbiedt minimumprijzen voor tabaksproducten op te leggen. Dat is uiteraard een belangrijk element in het debat.

Ik heb het antwoord van minister Reynders in de commissie voor de Financiën nagelezen. Op technisch vlak heeft het mij wat inzicht gegeven hoe de vork aan de steel zit. Het heeft echter allesbehalve duidelijkheid geschapen over het standpunt van de regering. Ik heb akte genomen van wat mevrouw Onkelinx heeft gezegd. Volgens haar visie op volksgezondheid en het gevoerde tabaksbeleid staat dit haaks op wat wij doen.

Ik zou eindelijk willen weten wat de stand van dit dossier is. Is er overleg geweest met minister Reynders? Wat is het resultaat van dat overleg? Is er intussen een aangepast ministerieel besluit geformuleerd en al dan niet gepubliceerd?

Volgens het antwoord van minister Reynders in de commissie voor de Financiën is hij immers bereid mee te werken aan een nieuwe regeling, maar is hij niet bevoegd omdat men moet kijken wat Economische Zaken hierover te zeggen heeft. Graag kreeg ik dus een concrete stand van zaken vanwege het departement van mevrouw Onkelinx.

**02.03 Staatssecretaris Jean-Marc Delizée:** Mevrouw de voorzitter, ik zou graag willen beginnen met te zeggen dat het incident gesloten is of dat het debat gesloten is, maar goed.

Il y a une certaine chronologie dans les questions et, en l'occurrence, on enfonce en quelque sorte une porte ouverte! Chers collègues, je porte à votre connaissance la courte réponse de Mme Onkelinx.

Comme chacun d'entre vous, j'ai pris connaissance, dit-elle, des conséquences de la modification de l'article 26 de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> août 1994 relatif au régime fiscal des tabacs manufacturés,

modification opérée par l'arrêté ministériel du 23 octobre 2009 paru au *Moniteur belge* le 29 octobre 2009.

En tant que ministre de la Santé, je ne puis évidemment pas accepter une mesure allant à l'encontre des efforts de lutte contre le cancer. Vous l'avez dit vous-mêmes! Cependant, comme vous l'aurez lu ou entendu, je confirme que M. le vice-premier ministre et ministre des Finances, M. Reynders, a repris un nouvel arrêté ministériel le 26 mars 2010, publié au *Moniteur belge* le 29 mars 2010, afin de supprimer la disposition incriminée et de revenir à la situation antérieure. Mme Onkelinx conclut en disant que le débat est clos. Het debat is nu gesloten!

La **présidente**: Madame Snoy, le débat est-il également clos à vos yeux?

**02.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Nous pouvons saluer qu'il y ait eu une réaction dans le bon sens de M. Reynders mais nous pouvons quand même nous étonner qu'en novembre 2009, alors que Mme Onkelinx avait déjà développé son Plan Cancer, que nous essayons tous de mettre des forces convergentes pour lutter contre le tabagisme, il y ait eu encore ce genre de décisions qui soient prises au niveau d'un gouvernement. Il y a une incohérence assez flagrante au sein du gouvernement. Que faut-il attendre comme autre coup fourré?

C'est troublant du point de vue du gouvernement, mais aussi du point de vue des commerçants et des consommateurs. Nous pouvons imaginer que l'application de ce genre de décisions soit tout aussi chaotique que les mesures prises. Il faut que les contrôles soient réalisés de manière à ce qu'il soit vérifié qu'il n'y ait pas de réductions pour les ventes en gros ou de fardes, etc., et que ce soit véritablement appliqué. Il y a de quoi en perdre la tête aussi, au niveau des commerçants, même des plus honnêtes. Nous ne pouvons qu'attendre une meilleure cohérence gouvernementale dans ce domaine.

**02.05 Koen Bultinck** (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, wij nemen akte van het voorlopige antwoord in dit dossier. Het probleem is als het ware voorlopig opgelost. Ik denk dat inderdaad terecht kan worden gewezen op het feit dat het merkwaardig is dat dit in 2009 kon, terwijl het kankerplan van mevrouw Onkelinx al lang was ingediend.

De vraag blijft voor mij wel onduidelijk. Zijn wij er zeker van dat de Europese Commissie in dit dossier niet opnieuw lastig zal doen, omdat er een duidelijke regelgeving van de Europese Commissie is die ons verbiedt om minimumprijzen voor tabaksproducten op te leggen? Is dit dossier met andere woorden definitief afgesloten met de publicatie van het nieuw ministerieel besluit? Dat is een cruciale bijkomende vraag. Ik begrijp dat u als plaatsvervanger niet meteen op een dergelijke vraag kunt antwoorden, maar het zou wel eens kunnen dat wij opnieuw problemen met de Europese Commissie krijgen, ook als is het ministerieel besluit opnieuw aangepast.

**02.06** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Ik heb de indruk dat het debat inderdaad definitief is gesloten.

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

La **présidente**: Certaines personnes ont demandé le report de leur question. D'autres, comme Mme Avontroodt, arriveront plus tard. Mme della Faille est excusée. Nous arrivons donc au point 14 de l'agenda.

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

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

**03.01 Françoise Colinia** (MR): Monsieur le secrétaire d'État, récemment, le tribunal de Mons s'est penché sur un cas de viol incestueux particulier commis à Soignies. L'homme, en aveux pour viol, a cependant justifié son geste en avançant l'excuse de la maladie dont il dit souffrir, la sexsomnia, un trouble du sommeil pendant lequel la personne, inconsciente, entreprend des gestes sexuels qui peuvent aller jusqu'à la relation sexuelle. Suite à cette justification, l'homme a été acquitté au bénéfice du doute.

Cette maladie est extrêmement rare puisque d'après mes lectures, seuls onze cas dans le monde ont été reconnus. Disposons-nous des chiffres exacts recensant les personnes atteintes de ce trouble? Comment

est-il possible de reconnaître cette affection? Existe-t-il des critères précis pour identifier ce trouble? Sinon, vous ou Mme Onkelinx avez-vous déjà eu des contacts avec les médecins compétents pour qu'ils travaillent dans ce sens? L'origine de cette maladie a-t-elle été établie? Sinon, avez-vous envisagé la possibilité de confier des recherches sur le sujet à des médecins compétents?

Enfin, j'ai lu également qu'il existait des traitements efficaces pour lutter contre les parasomnies sexuelles. À quel point sont-elles efficaces? Un homme conscient de sa maladie comme ce père aurait-il pu éviter ce viol incestueux s'il avait suivi un traitement adéquat?

Ce jugement risque de faire jurisprudence et cela peut être dangereux car d'autres hommes pourraient à l'avenir justifier leurs abus de la même façon. Des critères clairs et précis à propos de ce trouble permettraient d'éviter qu'un tel jugement ne soit à nouveau prononcé.

**03.02** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Je remercie Mme Colinia pour sa question. Tout comme vous, Mme Onkelinx a été interpellée par le jugement rendu dans cette affaire d'abus sur une mineure d'âge. Il ne lui appartient pas comme ministre de la Santé publique de commenter un jugement, en raison du principe de la séparation des pouvoirs. Toutefois, elle souligne le fait qu'il ne s'agit pas d'un jugement coulé en force de chose jugée puisqu'un appel peut être formé. Les conséquences éventuelles de cette décision, à savoir l'appréhension de ce phénomène peu connu qu'est la sexsomnie doivent être analysées à la lumière de toutes les données en notre possession.

Il apparaît dans le DSM4, le Manuel diagnostique des troubles mentaux, que la sexsomnie est classée dans les troubles du sommeil. Il s'agit d'une parasomnie caractérisée par un comportement de type sexuel pendant le sommeil, soit une variante du somnambulisme classique.

Toutefois, il faut prendre cette notion avec toutes les précautions d'usage, car nous savons tous que le DSM4 est une interprétation des troubles issue de la psychiatrie "à l'américaine", laquelle ne correspond pas toujours aux conceptions européennes.

Cette très rare parasomnie n'est cependant pas anodine, puisqu'elle provoque aussi bien des problèmes physiques, moraux, mais aussi juridiques – comme dans le cas qui nous occupe – chez la personne qu'elle affecte. Toutefois, les spécialistes du sommeil et les sexologues belges interrogés à ce sujet disent n'avoir jamais entendu parler d'une telle forme de somnambulisme.

Dans la littérature, on retrouve les informations suivantes. Ce trouble, qui peut toucher les deux sexes, est caractérisé par le fait que le sujet n'en garde aucun souvenir. Ce sont ses proches ou victimes qui l'informeront de ses comportements nocturnes anormaux. Parfois, les témoins de ces événements déclarent que la personne avait l'air "possédée", tenant un langage beaucoup plus cru et se comportant de manière plus agressive qu'en temps normal.

Ensuite, la manière la plus classique d'identifier ce trouble consiste à enregistrer le sommeil et à recourir à une polysomnographie. Autrement dit, il s'agit d'étudier différents enregistrements du sommeil au moyen d'une vidéo. Le plus souvent, ce trouble survient, comme le somnambulisme, durant le sommeil lent, mais il peut aussi surgir en sommeil paradoxal. Ce problème peut aussi être d'origine épileptique.

Dans ce cadre, il appert que la prise d'alcool, ainsi que de certains médicaments et drogues, peut favoriser l'apparition d'épisodes de sexsomnie. Il faut en rapprocher certains troubles du comportement, du type compulsif - par exemple les jeux d'argent ou l'hypersexualité -, en rapport avec une intolérance aux médicaments dopaminergiques qui sont souvent utilisés dans le traitement du syndrome des jambes sans repos ou la maladie de Parkinson. Quelques somnifères, dits de "nouvelle génération", ont été également rendus responsables d'épisodes dits de "somnambulisme complexe", avec possibilité d'agressions à caractère sexuel, suivis d'une amnésie totale des faits.

Enfin, les traitements employés pour soigner ce trouble du sommeil ne sont pas nécessaires dans ses formes les plus bénignes, c'est-à-dire lorsque les agissements nocturnes de la personne affectée ne concernent qu'elle-même, mais ils le sont dans les cas les plus graves, lorsque le trouble met en danger aussi bien le sujet que ses proches et qu'il y a véritable contrainte.

Il y a lieu d'avoir recours aux benzodiazépines avant le coucher ou encore aux traitements antidépresseurs. Ce trouble étant exceptionnel, voire inconnu, nous ne disposons d'aucun chiffre concernant cette forme de

parasomnie.

Voilà, madame Colinia, les informations en possession de Mme la ministre sur ce dossier à ce stade.

**03.03 Françoise Colinia** (MR): Monsieur le secrétaire d'État, loin de moi l'idée de commenter le jugement. Je me suis renseignée sur la parasomnie et me suis rendu compte que de nombreuses formes existaient. Pensez-vous qu'il soit possible de centrer les études? Le professeur Robert Poirier, qui dirige le Centre d'étude des troubles du sommeil de Liège et qui a établi une classification internationale, ne reprend justement pas toutes ces classifications. Compte-t-on y accorder une attention particulière, étant donné que peu de cas sont détectés?

**03.04 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame Colinia, cette situation est effectivement nouvelle et exceptionnelle. Je ne doute pas que Mme Onkelinx y prêtera toute son attention sur la base de ce cas très interpellant au niveau de la connaissance psychiatrique ou de la médecine et au vu des conséquences en termes juridiques et en rapport avec la législation en vigueur dans notre pays. Soyez certaine de l'attention que Mme Onkelinx portera à ce dossier dans les mois à venir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**04.01 Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, van de slaap- naar de pepmiddelen.

Uit het onderzoek van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties verneem ik verontrustende cijfers. Het aantal jongeren dat stimulerende middelen gebruikt voor betere sportprestaties of betere intellectuele prestaties in examenperiodes bedraagt 15 % in het algemeen secundair onderwijs. Een vijfde van de ondervraagde jongeren neemt producten tegen fysieke vermoeidheid, waarbij minder dan 1 op 10 het hield bij die ene keer.

Het gaat om geneesmiddelen die als drug worden gebruikt, waaronder kalmerende middelen, oppeppers en amfetamines. Zo'n 20 % zou die regelmatig gebruiken. Daarnaast vermelden we ook het gebruik van solventen als lijm, vernis en aceton, die dan op een of andere kunstzinnige manier worden geïnhaleerd.

Mijnheer de minister, het is toch verontrustend dat bij onze jongeren zoiets gebeurt, want zij worden toch geacht gezond te zijn en niet daarop te moeten terugvallen om hun prestaties zagezegd te verhogen. Er is dus een probleem. Kalmerende middelen en amfetamines zijn niet zonder voorschrift te bekomen, of toch niet aan betaalbare prijzen. Ik weet dat er een zwarte marktcircuit is, maar ik ga er van uit dat zij dat toch op voorschrift bekomen.

Moet er bij de artsen geen campagne opgezet worden of moet er geen waarschuwing gegeven worden om bij het voorschrijfgedrag grote voorzichtigheid aan de dag te leggen?

Is het niet wenselijk overleg te plegen met de Gemeenschappen en Gewesten inzake preventie, zowel op het vlak van sport als dat van onderwijs?

Gaat men niet naar situaties waarbij het gezonde competitieve element wordt overstegen en op een of andere manier in de scholen en op het sportveld de nood aan pepmiddelen bestaat en groeit bij jongeren?

**04.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, mevrouw Onkelinx had een globaal antwoord voor de drie leden van deze commissie op hun drie vragen.

Ik heb kennis genomen van de resultaten van de enquête gevoerd door het OIVO. Dit is geen onbekend probleem en uiteraard is het zeer verontrustend. In antwoord op vraag nr. 19.431 van mevrouw Detiège heb ik al gezegd niet over andere cijfers te beschikken die deze resultaten bevestigen.

De problematiek van het gebruik van psychotrope stoffen in het algemeen en bij jongeren in het bijzonder moet multidisciplinair en door de verschillende federale, gemeenschaps- en gewestelijke autoriteiten bevoegd voor gezondheid en preventie worden aangepakt, om tot een gezamenlijke aanpak te komen.

De Cel Gezondheidsbeleid Drugs waarin alle ministers van Volksgezondheid zetelen en de Hoge Gezondheidsraad zijn reeds bij deze problematiek betrokken.

De geneesmiddelen zijn inderdaad alleen op medisch voorschrift verkrijgbaar. Het voorschrijven van methylfenidaat, rilatine en fenitilincaptagon is bovendien speciaal gereguleerd bij toepassing van het koninklijk besluit van 22 januari 1998 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies.

De artsen die dergelijke psychotrope stoffen voorschrijven, kunnen ertoe worden gebracht hun voorschrijfgedrag te rechtvaardigen voor de Provinciale Geneeskundige Commissie. Ik denk niet dat het nodig is om het gebruik van stimulerende of andere middelen door studenten te stigmatiseren.

Een campagne, gericht op studenten, moet eerder betrekking hebben op het aannemen van goede leefgewoonten tijdens de examenperiode met betrekking tot rustpauzes, voeding, gebruik van geneesmiddelen en voedingssupplementen.

**04.03** **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik zal niet nalaten om daarop door te gaan. Ik zal bij de Provinciale Geneeskundige Commissie vragen in hoeverre zij daarvoor reeds verantwoording hebben laten afleggen. Op elk niveau moet daaraan de nodige aandacht blijvend worden besteed.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

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

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

**05.01** **Alexandra Colen** (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, op 18 maart sprak een jury Jessica Bily vrij van moord. Zij had haar kind na de bevalling in paniek verstikt omdat zij zich tot op het moment van de bevalling niet bewust was geweest van haar zwangerschap.

Naar aanleiding van de vrijspraak gaf mevrouw Lucie Van Crombrugge, die jarenlang werkzaam is geweest in een abortuscentrum in Gent, een reactie in een radio-interview op de VRT.

Tijdens het interview vertelt zij dat zij tijdens haar loopbaan vrouwen op consultatie heeft gehad die inderdaad pas in de 26<sup>ste</sup>, 27<sup>ste</sup> of 28<sup>ste</sup> week van hun zwangerschap vernamen dat zij zwanger waren.

Op de vraag of een vrouw haar zwangerschap kan verdringen, antwoordt zij letterlijk: "Dat zeg ik niet alleen, dat heb ik ook meegemaakt in de 20, 30 jaar dat ik in de abortushulpverlening zit en gesprekken met vrouwen heb gevoerd en vrouwen heb vergezeld naar Spanje voor late abortussen."

Mevrouw Van Crombrugge zegt dus openlijk dat zij in haar hoedanigheid van begeleidster van vrouwen die onverwacht zwanger zijn herhaaldelijk met vrouwen naar Spanje ging om daar een kind te laten aborteren dat zich reeds 27 of 28 weken in de moederschoot had ontwikkeld. Volgens de Belgische wetgeving is abortus na de 12<sup>de</sup> week van de zwangerschap een strafbaar misdrijf dat valt onder de artikelen van het Strafwetboek handelend over moord en doodslag.

Hoewel mevrouw Van Crombrugge tewerkgesteld was in het kader van de Belgische abortuswetgeving in een erkende en gesubsidieerde instelling is zij met Belgische vrouwen naar het buitenland getrokken om daar feiten te plegen die in strijd zijn met de Belgische wetgeving.

Mijnheer de staatssecretaris, ik heb de volgende vragen. Hebt u weet van deze feiten? Werden deze feiten opgenomen in de verslagen van de evaluatiecommissie die moet toezien op de correcte naleving van de abortuswetgeving? Werden deze feiten door de evaluatiecommissie aan Justitie gesignaleerd? Indien niet, waarom?

Het is best mogelijk dat mevrouw Van Crombrugge in haar hoedanigheid van hulpverleenster er ook voor heeft gezorgd dat de bewuste onwettige abortussen werden terugbetaald via de ziekteverzekering. De abortuscentra krijgen immers een forfaitaire terugbetaling voor elk intakegesprek en uitgevoerde abortus. Zult u onderzoeken of dit het geval is geweest?

Wat de problematiek betreft van baby's die ongewenst zijn omdat de moeder de zwangerschap heeft verdrongen of te laat ontdekt, is de minister het met mij eens dat de oplossing voor dergelijke vrouwen niet moet worden gezocht in het doden van het kind maar in het voorzien van mogelijkheden om anoniem te bevallen en het kind af te staan voor adoptie?

**05.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, ik zal u het antwoord van de minister voorlezen.

Ik kan u medelen dat de jaarverslagen van de instelling waaraan mevrouw Van Crombrugge tot vorig jaar verbonden was enkel melding maken van doorverwijzingen naar Nederland of het Verenigd Koninkrijk van vrouwen met een zwangerschapsduur van meer dan 14 weken.

Vrouwen die niet meer in aanmerking komen voor abortus worden eveneens geadviseerd over de adoptie van hun kind. Het behoort echter zeker niet tot onze bevoegdheid noch tot die van andere professionelen die hen ter plaatse opvangen om die vrouwen te verplichten hun kind voor adoptie af te staan. Het is een zuiver persoonlijke keuze.

De verklaringen van mevrouw Van Crombrugge in een radio-interview vallen uiteraard onder haar persoonlijke verantwoordelijkheid. De jaarverslagen van het Collectief Anticonceptie Gent geven de nationale evaluatiecommissie geen aanleiding tot opmerkingen omdat de Belgische wetgeving betreffende abortus wordt nageleefd.

Ik wil u ook herinneren aan het laatste lid van artikel 1 van de wet van 13 augustus 1990: "De door de commissie ingewonnen inlichtingen zijn vertrouwelijk en mogen niet aan enige instantie, met inbegrip van de rechterlijke macht, worden meegedeeld". Het is onmogelijk om de kostprijs van de abortussen uitgevoerd in het buitenland te becijferen want alleen de in België uitgevoerde vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen worden gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV.

Mevrouw Colen, tot hier het antwoord van de minister.

*Présidente: Thérèse Snoy et d'Oppuers.*  
*Voorzitter: Thérèse Snoy et d'Oppuers.*

**05.03 Alexandra Colen** (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik concludeer uit dit antwoord dat wat mevrouw Van Crombrugge publiek op de radio vertelt niet te zien is in de verslagen van de instelling waar zij werkzaam was. Ik wil erop aandringen dat dit onderzocht wordt want uiteindelijk geeft dat toch duidelijk aanleiding tot het vermoeden dat er eventueel fraude gepleegd is met het insturen van de gegevens voor de evaluatiecommissie. Daar staat of valt uiteindelijk heel de controle op de abortuswetgeving mee.

U hebt terecht gezegd dat die instelling verplicht is tot vertrouwelijkheid en het zelfs niet aan de justitie kan doorgeven wanneer zij weet zou hebben van misdrijven.

Ik zou er dus op willen aandringen om even naar een transcriptie van de bewuste VRT-uitzending te kijken en te onderzoeken of de werkwijze binnen de abortusinstellingen totaal bonafide en volgens de letter van de wet is.

Vele betrokkenen doen natuurlijk gewoon hun werk binnen het kader van de wetgeving. Er zijn echter ook een heel aantal activisten die de wetgeving liever verruimd zouden zien. Het is geweten dat zij er fier op zijn dat zij in de tijd vóór abortus was gelegaliseerd, criminele feiten hebben gepleegd.

Het is dus nuttig om na te gaan of er op voornoemd vlak totaal transparant, open en eerlijk wordt gewerkt. In het andere geval gaat immers het hele draagvlak verloren van wat indertijd tijdens het abortusdebat in België tot stand is gekomen.

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

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

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

**06.01 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, ma question porte sur le déroulement de la réforme de la santé mentale. Je suis particulièrement heureuse que cette réforme ait lieu et que nous nous mettions dans la logique de la charte d'Helsinki que nous avons ratifiée. Elle vise à travailler le plus possible dans le milieu de vie des personnes, le plus tôt possible, pour détecter des problèmes de santé mentale, d'intégration et de participation sociale rencontrés par ces personnes, et à réserver les structures hospitalières pour les soins plus intensifs ou plus graves, ou pour des pathologies bien particulières.

Par contre, comme je suis intéressée par le sujet et que j'ai l'occasion de rencontrer régulièrement des personnes qui travaillent dans le secteur, je suis inquiète en ce qui concerne la manière dont ce processus se déroule pour le moment. Les représentants de différentes plates-formes de santé mentale me disent qu'elles ne sont plus impliquées dans le processus depuis un certain temps déjà et que le coordinateur fédéral travaillerait avec une mini task force désignée par la conférence interministérielle.

Or, ces plates-formes sont subsidiées et ont pour mission d'organiser la concertation entre les services et les institutions, de manière à veiller à ce qu'une organisation optimale et partenariale puisse avoir lieu entre les acteurs de la santé mentale. Ceci est d'autant plus important dans cette réforme que les caractéristiques des acteurs qui devront travailler ensemble vont de l'hôpital psychiatrique à l'hôpital ordinaire avec un service psychiatrique, à des habitations protégées, à des services travaillant en milieu ouvert, et de manière ambulatoire. Or, nous savons que cette réforme représente des enjeux dans la manière de travailler, mais aussi des enjeux financiers. L'ambulatoire, qui est toujours le parent pauvre dans toutes les politiques, a également besoin d'être soutenu. Cette réforme ne pourra se faire que s'il y a une réelle volonté de tous les acteurs de travailler ensemble.

Pouvez-vous me donner l'état des lieux et me dire comment ce processus se déroule actuellement avec les différentes étapes? Avec quels acteurs du terrain, quels ministères et administrations fédérales de la Santé, mais aussi quelles entités fédérées, la collaboration se fait-elle? Dans quel timing? De quelle manière est-il prévu de veiller et de préserver la diversité des acteurs et des pouvoirs organisateurs publics et associatifs? Il y a une volonté de trouver des critères de qualité de travail. De quelle manière sont-ils élaborés?

L'objectif est de sortir de la logique des projets-pilotes pour aller vers des projets exploratoires, si j'ai bien compris. Quelle est la signification exacte des projets exploratoires? Sur base de quels critères seront-ils sélectionnés?

On dit aussi qu'il faut s'adapter aux besoins des régions et des personnes et c'est bien. L'évaluation se fera-t-elle sur base de bassins de vie et de soins ou sur base des structures existantes qui sont à développer ou à reconvertir?

Je m'aperçois que le texte écrit de ma question est bourré de fautes d'orthographe car j'ai vite fait cette question avant les vacances. Je vous prie de m'en excuser!

**06.02** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Chère collègue, votre question recouvre un sujet difficile mais très important. Mme Onkelinx va vous donner certains éléments en réponse à vos interrogations.

L'organisation future des soins de santé mentale belges en réseaux et circuits de soins a donc été approuvée, comme chacun le sait, par l'ensemble des membres de la Conférence interministérielle Santé publique dans la déclaration conjointe du 24 juin 2002 des ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale et, dans sa suite, par l'amendement à cette déclaration d'intention du 24 juin 2002. Vous y avez fait référence et je crois que c'était effectivement un très bon point. Il faut poursuivre, bien entendu.

L'autorité fédérale ainsi que les Communautés et les Régions se sont engagées, à la Conférence interministérielle du 28 septembre 2009, à ouvrir leur offre de soins de santé mentale existante pour la réalisation et/ou l'intensification de la collaboration entre les structures intra-murales et extra-murales. Cette CIM a aussi donné à la task force, composée des membres des cabinets, des administrations fédérales, des Communautés et des Régions et de l'INAMI, le mandat de se réunir toutes les deux semaines. Des réunions intermédiaires regroupant un coordinateur par Région et Communauté et le coordinateur fédéral sont également organisées si besoin est. Ces réunions visent à préparer une politique cohérente entre les différents niveaux de pouvoir et à permettre que le secteur puisse être consulté afin de garantir la participation de chacun et de soutenir leurs intérêts.

Cette politique cohérente a été traduite dans des guides qui seront soumis pour approbation à la Conférence interministérielle qui aura lieu le 26 avril prochain, c'est-à-dire mardi prochain si je ne me trompe. Il s'agit d'un projet de grande envergure dont l'ambition est d'intégrer toutes les ressources et compétences, qu'elles soient fédérales, régionales ou communautaires.

Il est important de veiller à la participation de l'ensemble du secteur de la santé mentale et de chacun de ses membres à l'élaboration et au développement d'une proposition de modèle global dans le cadre de cette réforme. Les plates-formes de concertation en matière de santé mentale seront évidemment intégrées au sein de ce processus évolutif qui débutera par la mise en place d'une phase exploratoire.

Afin d'affiner les concepts, des échanges et des débats ont déjà eu lieu, mais un plan de communication est en cours pour intensifier encore plus ces moments d'échanges après le 26 avril prochain, notamment avec le secteur.

En ce qui concerne les critères de qualité, une équipe de recherche sera chargée de les définir à l'aide d'une démarche d'élaboration basée sur les preuves scientifiques (*evidence based medicine*) et de la prise en considération des recommandations disponibles.

La volonté est donc de fournir un modèle opérationnel de travail en réseau en tenant compte des intérêts et des compétences de chacun et ayant pour objectif final de fournir une réponse sur mesure, continue et la plus adaptée possible aux besoins du patient.

Telle était, madame Gerkens, la réponse de la ministre, à votre question.

**06.03** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour cette réponse.

Je constate qu'au niveau interministériel, le travail, l'agenda et le timing sont bien présents. Je ne sais pas quand débutera la phase exploratoire mais je suppose qu'il conviendra que j'interroge Mme Onkelinx à ce sujet à un autre moment.

Cela dit, vous avez parlé de la consultation du secteur pour un modèle global et de la phase exploratoire qui permettra l'implication des différents acteurs. Mais cette phase ne débutera qu'après un appel à projets et durera un certain temps. Cela signifie que, pour le moment, la task force ne travaille pas avec les plates-formes et les acteurs de terrain. Elle travaille avec du personnel de l'administration, de l'INAMI et des cabinets.

Je voudrais insister à nouveau sur le fait que, selon moi, une réforme dans ce genre de matière est bonne quand elle implique tous les acteurs. Il faut impliquer des acteurs diversifiés. Les rapports de force dans le secteur de la santé mentale sont inégaux. Il y a, d'une part, les structures hospitalières qui mobilisent la majorité des moyens financiers et, d'autre part, les structures ambulatoires. Même si l'on conserve les institutions, une résistance au changement s'exprimera, comme lors de tout phénomène institutionnel. Une mobilisation sera donc nécessaire.

En ce qui concerne le travail ambulatoire et le milieu ouvert, je voudrais attirer l'attention sur la nécessité de consulter plusieurs acteurs et pas seulement le coordonnateur fédéral. Certes, M. Jacobs est hautement compétent. J'ai eu l'occasion de travailler avec lui pendant de nombreuses années, mais il a sa façon de travailler, utilise ses propres outils et privilégie ses réseaux. Lorsqu'on est coordonnateur fédéral, il importe de pouvoir travailler avec des acteurs qui ont d'autres approches tout aussi bonnes. Cela n'empêche pas d'harmoniser.

Si on ne consulte pas et si on n'implique pas l'ensemble des acteurs, je crains que l'on n'arrive à des dérives et des méthodologies de travail, avec des acteurs qui risquent de ne pas participer ou d'être exclus du processus.

Je voudrais vous demander de relayer ma demande auprès de la ministre Onkelinx, de veiller à consulter les plates-formes le plus rapidement possible, avant le démarrage de la phase exploratoire, pour que la recherche des critères de qualité et des méthodes de travail inclue les divers acteurs et permette d'équilibrer les rapports de force, tout en évitant que des personnes comme le coordonnateur se retrouvent parfois en situation de conflit d'intérêts.

**06.04** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame la présidente, je prends bonne note de la réplique de Mme Gerken. Je peux la rassurer sur un point. Je réaffirme la volonté tant de Mme Onkelinx que des ministres de la Conférence interministérielle d'aller dans le sens de la consultation-participation de l'entière du secteur. Bien entendu, des différences d'appréciation, d'intérêts et autres peuvent survenir. Le dialogue apparaît donc important. Cela transparaît dans la réponse, mais je veux souligner le fait que chacun apporte son expérience, son point de vue et que les intérêts des uns et des autres sont également pris en compte dans ce dialogue. L'élément de consultation-participation est très important de même que celui du dialogue avec tous les acteurs. En tout cas, nous relayerons auprès de Mme Onkelinx vos préoccupations en la matière.

**06.05** **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie de relayer ma demande auprès de Mme Onkelinx. Toutefois, il subsiste des questions auxquelles je n'ai pas reçu de réponse. En quoi consiste cette phase exploratoire? Quel est le timing pour la suite? Comment les critères de qualité seront-ils élaborés? Mais j'interviendrai à nouveau après la prochaine Conférence interministérielle.

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

La **présidente**: La question n° 21250 de Mme Nathalie Muylle est reportée.

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

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

**07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, j'ai eu l'occasion de rencontrer une association de personnes malentendantes et sourdes du Brabant wallon.

J'ai entendu exprimer différentes revendications dont beaucoup portent sur l'intégration de ces personnes dans l'enseignement et dans la vie citoyenne en général. Elles insistent beaucoup sur leur appartenance à une communauté, en tant que personnes sourdes et sur l'identité culturelle que leur apporte la maîtrise de la langue des signes. J'ai d'ailleurs découvert ce double désir: d'une part, un désir d'intégration dans la vie normale, l'enseignement, la vie de tous les jours et, d'autre part, ce sentiment d'une identité communautaire dont l'outil est la langue des signes.

La Communauté française est donc sollicitée dans le cadre de ses compétences pour octroyer des interprètes en langue des signes. Je sais que cela ne relève pas de la compétence de la ministre mais en ce qui concerne les compétences fédérales, j'ai retenu particulièrement deux problèmes que je voulais vous soumettre.

Premièrement, la difficulté pour ces personnes de s'exprimer et de se faire comprendre dans les hôpitaux. Il est rare que les prestataires de soins maîtrisent la langue des signes et qu'un interprète soit disponible. Deuxièmement, les parents d'enfants sourds estiment que les appareils implantés chez les tout petits enfants sourds le sont parfois trop tôt et empêchent l'enfant de stimuler les capacités d'audition qui lui restent. Ils sont alors classés parmi les "entendants" et n'apprennent pas la langue des signes, sans être pour autant capables de s'intégrer réellement parmi les gens qui parlent et entendent.

Existe-t-il une règle dans les hôpitaux pour que des personnes soignantes comprennent la langue de signes et soient disponibles pour accueillir les personnes sourdes et malentendantes?

L'implantation d'appareils est systématique chez les enfants sourds. Cela s'avère-t-il efficace pour le développement socio-affectif de l'enfant. Des études ont-elles été menées à ce sujet? Dans le cas contraire, ne serait-il pas pertinent de les lancer?

**07.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Chère collègue, je vous remercie pour votre question fort intéressante en termes de santé publique et qui m'intéresse directement.

Avant de vous donner la réponse de Mme la ministre de la Santé publique, je voudrais vous dire que la question de l'accès aux droits reconnu dans une convention des Nations unies et ratifié par notre pays va nous amener à entamer une réflexion beaucoup plus large sur l'ensemble des droits, dont le droit à l'information, à la communication, à l'accès aux soins, soit tout ce qui concerne l'information de manière plus générale. Cela demandera d'ailleurs la mobilisation de plusieurs niveaux de pouvoir. Mais il s'agit d'un débat que nous aurons ultérieurement puisque l'implémentation des droits de la convention de l'ONU au niveau des pays européens sera l'un des thèmes de la présidence belge.

Vous avez posé deux questions, mais Mme Onkelinx m'a remis une seule réponse très circonstanciée.

Pour ce qui concerne le premier point, il n'existe aucune obligation générale concernant l'utilisation d'interprètes professionnels en langage des signes dans les structures hospitalières.

En outre, tous les sourds ne maîtrisent pas nécessairement la langue des signes.

Toutefois, comme vous le savez sans doute, les hôpitaux peuvent introduire, sur base volontaire, une demande pour le financement d'un médiateur interculturel. Cette fonction consiste à assister l'hôpital au niveau des aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec certains patients, avec en ligne de mire la prise en compte de certains problèmes spécifiques des langues et des caractéristiques culturelles des patients hospitalisés. Pour ce faire, un montant maximum est prévu. Le budget annuel alloué pour cette mesure est de 2,35 millions d'euros.

Il est ainsi explicitement prévu dans l'arrêté royal relatif au financement hospitalier (article 80 de l'arrêté royal du 25 avril 2002) que le médiateur interculturel doit maîtriser en plus d'une des langues nationales, au moins une des langues de l'un des groupes cibles et parmi ces derniers, figurent les personnes sourdes et malentendantes qui s'expriment en langue des signes.

Le choix des minorités linguistiques et/ou culturelles pour lesquelles un hôpital engage des médiateurs

interculturels relève intégralement de la responsabilité des hôpitaux concernés. Le constat est de dire que peu d'hôpitaux ont engagé de telles personnes pour les sourds et les malentendants.

Des initiatives existent également au niveau des entités fédérées, par exemple le droit à un certain nombre d'heures d'interprétariat en Flandre ou l'accès à une assistance linguistique en Communauté française, mais il me revient régulièrement que ces mesures sont parfois trop restreintes, notamment en cas de maladies graves. Par ailleurs, on peut rencontrer, dans certains cas, des problèmes de disponibilité des interprètes.

Je suis bien consciente, nous dit Mme Onkelinx, que les sourds et malentendants éprouvent parfois des problèmes de communication considérables dans les soins de santé. Comme vous le savez, la loi du 22 août 2002 sur les droits des patients prévoit que "le patient reçoit, de la part des praticiens professionnels, toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable et ce, dans une langue claire".

Un problème se pose dès lors lorsqu'aucun interprète en langue des signes n'est sollicité. Les patients sourds et malentendants sont parfois insuffisamment informés sur leur affection et sur le traitement qu'ils vont subir. Mais il faut également relever que le nombre de patients sourds et malentendants dans un hôpital ne justifie que très rarement la présence permanente d'un interprète en langage des signes ou d'un médiateur interculturel pour ce groupe.

Une expérience en cours dans certains hôpitaux consistant à assurer la médiation via un système de vidéoconférence me paraît être une piste intéressante. Je veillerai à ce que l'on examine dans ce cadre si cette méthode peut être utilisable à l'avenir pour l'intervention des interprètes en langue des signes dans les hôpitaux. Des systèmes semblables sont utilisés avec succès, entre autres aux États-Unis.

En ce qui concerne le recours aux implants, je vous informe que, depuis 1994, l'INAMI prévoit un remboursement des implants cochléaires sous certaines conditions. Le dossier relatif au remboursement est basé sur des données scientifiques et a été élaboré en concertation avec différents acteurs concernés.

Des études concernant les implants cochléaires ont été effectuées et ont prouvé l'efficacité de ces implants. L'INAMI a également mis sur pied un projet pour implanter un deuxième appareil auditif à 42 enfants de moins de 12 ans, afin d'examiner la plus-value des implantations bilatérales.

Les résultats étant positifs, l'INAMI a décidé d'autoriser le remboursement d'une deuxième aide auditive complète. Cette autorisation est d'application depuis le 1<sup>er</sup> février de cette année. L'implantation de tels appareils a pour objectif d'offrir à certains enfants malentendants la possibilité de restaurer un certain niveau d'audition. Pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire pour le placement d'un implant cochléaire, le patient doit répondre à une série de critères évalués par des tests d'audiométrie vocale et/ou tonale.

Seuls les patients atteints de perte d'audition bilatérale ou de neuropathies évolutives et qui atteignent un certain score aux tests peuvent prétendre à un remboursement.

Quant à l'implantation chez les enfants, elle n'est possible que chez les enfants âgés de plus de 12 mois. La condition d'âge pour pouvoir bénéficier d'une deuxième aide auditive complète est de 12 ans maximum sauf pour les enfants souffrant d'ossification bilatérale éminente. Dans ce cas, l'âge minimum est de 18 ans. Une prise en charge logopédique doit être effectuée jusqu'à leur 18<sup>e</sup> anniversaire par un centre d'implantation disposant d'un service spécialisé d'oto-rhino-laryngologie ou par un centre de réadaptation fonctionnelle ouïe et parole disposant d'une équipe disciplinaire composée au moins d'un logopède à temps plein, d'un audicien-audiologue à temps plein et d'un médecin ORL à temps plein.

Toutefois, le choix du recours à l'implant chez un enfant relève en définitive de ses parents. Il en va de même pour le choix d'une éducation basée uniquement sur la langue orale (monolinguisme) ou basée sur la langue orale et la langue des signes (bilinguisme). À titre indicatif, en 2008, 649 patients de moins de 18 ans ont été appareillés et 210 ont été implantés. Voilà la réponse de la ministre de la Santé publique à vos questions.

**07.03** **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Je vous remercie, monsieur le secrétaire d'État. Cette réponse est plutôt complète et très illustrative du fait que les moyens sont en effet très restreints. Je comprends aussi la difficulté de savoir combien de patients sourds vont aboutir dans un hôpital et quelle est

la priorité à leur donner sur des allochtones ou étrangers parlant d'autres langues. Tout de même, il faut pouvoir former quelqu'un dans un hôpital. Je vais rencontrer bientôt une infirmière qui travaille de la sorte. Il s'agit souvent de personnes qui se sont initiées à la langue des signes et qui viennent bénévolement au secours du patient. Cela se fait de manière informelle mais il devrait y avoir, selon moi, un minimum de systématisation.

De façon générale, même si cela relève sans doute de la Communauté française, se pose la question de la langue des signes et de son utilisation. Il me semble qu'il y a moins de traductions en langue des signes des journaux télévisés et des émissions d'information générale. La langue des signes recule et perd des moyens plutôt qu'elle n'en gagne. Nous poserons cette question à vos collègues de la Communauté française.

Pour ce qui est du recours aux implants, je vous remercie pour vos réponses. Je n'ai rien à ajouter si ce n'est que la question n'est pas purement médicale. Il y a un aspect psychologique et culturel dont il faut tenir compte avant d'installer des implants à de tout petits enfants.

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

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

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

**08.01** **Koen Bultinck** (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik kom terug op de berichten met betrekking tot de nieuwe drugs mephedrone, die blijkbaar zonder probleem in Antwerpen kan worden geproduceerd.

Het is een nieuwe drugs die vooral bij Britse jongeren vrij populair blijkt te zijn en die vergelijkbaar is met cocaïne en eveneens wordt gesnoven. Het merkwaardige aan de berichtgeving was dat een Schot in Antwerpen labo's runt die de drugs produceren.

Uit een aantal technische berichten blijkt dat de drugs mephedrone niet op de lijst van verboden producten staat. Dat soort dossiers evolueert zelfs tijdens het paasreces en ik heb dus akte genomen van de aankondiging van de minister dat zij het nodige zal doen en een koninklijk besluit zal uitvaardigen om het product op de lijst van verboden producten te zetten.

Ik wil graag een stand van zaken. Is dat ondertussen gebeurd? Hoever staan we met het dossier?

In afgeleide orde, vanuit de problematiek volksgezondheid, wat zijn de risico's van het product voor de gezondheid?

**08.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, op 4 augustus 2009 werd mephedrone voor het eerst signaleerd in ons land.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten werd vooraf geïnformeerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving en het WIV delen mij mee dat er nog geen systematische onderzoeksresultaten bestaan over de effecten van mephedrone.

Wel heeft het EWDD een lijst bezorgd van bijwerkingen die door gebruikers werden gerapporteerd. Die omvatten het verlangen naar een nieuwe dosis van de drugs, irritatie van de neus ten gevolge van het snuiven van de drugs in poedervorm, pupilverwijding, veranderingen in lichaamstemperatuur, hartkloppingen, versnelde hartslag, verhoogde bloeddruk, problemen met het kortetermijngeheugen, rusteloosheid, slapeloosheid, verkrampde kaakspieren, tandenknarsen en een gevoel van lichtheid in het hoofd.

Een gebruiker vermeldde symptomen die wezen op adervernauwing, ernstige angst en agitatie. De symptomen werden echter niet medisch vastgesteld. Een rapport van intoxicatie vermeldt opnieuw de

symptomen agitatie, hartkloppingen, verstoord gezichtsvermogen en een iets lagere lichaamstemperatuur dan normaal.

Een autopsie in Zweden toonde een overlijden ten gevolge van mephedrone aan. Er bestaat wel degelijk een gevaar voor afhankelijkheid van mephedrone. Daarom lijkt een reglementair initiatief mij opportuun. Op 17 augustus jongsleden werd de procedure opgestart om de stof te klasseren en op te nemen in het koninklijk besluit van 22 januari 1998 houdende regeling van sommige psychotrope stoffen en betreffende risicobeperking en therapeutisch advies, meer bepaald om artikel 2, § 2, van voornoemd koninklijk besluit aan te vullen met 4-methylmethcathinone of mephedrone. Op die wijze zal de verkoop van het product binnenkort gereguleerd zijn.

Het ontwerp van besluit zal nu vrijdag, 23 april, voorgelegd worden aan de Ministerraad en nadien ter advies voorgelegd worden aan de Raad van State. Tot hier het antwoord van de minister.

**08.03 Koen Bultinck** (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik kan u alleen danken voor een dergelijk duidelijk antwoord.

Ik stond erop die vraag te stellen vanuit mijn bezorgdheid om de hele drugsproblematiek. Als het product op de lijst van de verboden producten komt, zijn we ook met het dossier goed aan het land. Ik kan dus als parlements lid alleen tevreden zijn.

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

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

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

**09.01 Koen Bultinck** (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik kom terug op de problematiek van de onafhankelijke huisartsenbezoekers. De anciens van de commissie weten dat dit dossier reeds jaren geleden hangende was. Zowel vanuit onze fractie als vanwege de liberale collega's werd toen de kritiek geformuleerd of dit wel zou bijdragen tot wat wij fundamenteel willen doen. De farma-industrie heeft immers een enorme impact en maakt via haar huisartsenbezoekers weleens misbruik. Een aantal collega's, waaronder ikzelf, was niet echt overtuigd dat de onafhankelijke huisartsenbezoekers daarop het goede antwoord zouden zijn.

In die zin krijgen wij post factum gelijk vanwege het zeer recente rapport van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg met betrekking tot de impact van de onafhankelijke huisartsenbezoekers. Ik weet wel dat de steekproef te beperkt was en dat daarom geen definitieve conclusies kunnen worden getrokken. Daarnaast stel ik vast dat het federale Geneesmiddelenagentschap aardig wat middelen verleent aan de vzw Farmaka die de medische afgevaardigden als onafhankelijke afgevaardigden naar de huisartsen zendt.

Hoewel de steekproef te beperkt was om definitieve wetenschappelijke conclusies te trekken, doet men toch een aantal suggesties. Ik geef er een aantal. Men stelt te moeten komen tot een betere integratie in andere initiatieven van de onafhankelijke huisartsenbezoekers. Men moet er ook op toezien dat de gekozen onderwerpen tegemoetkomen aan de grote kwaliteitsdoelstellingen met betrekking tot de volksgezondheid. Niet onbelangrijk is ook dat de ingezette financiële middelen meer doelgericht moeten worden gebruikt. In laatste orde moet men ook gebruikmaken van andere communicatiemiddelen dan nu bij de onafhankelijke huisartsenbezoekers.

Ik heb drie concrete vragen. Wat is de eerste reactie van de minister op die wetenschappelijke studie, rekening houdend met de restrictie dat, aangezien de steekproef vrij beperkt was, nader onderzoek nog nodig zal zijn voor definitieve conclusies?

De cruciale politieke vraag luidt als volgt. Wordt het project van de onafhankelijke huisartsenbezoekers voortgezet, akte nemend van het feit dat het Kenniscentrum fundamentele kritiek heeft?

Ten slotte, komt er op basis van dit rapport al dan niet een bijsturing van het beleid?

**09.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, het onderzoek van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is zeker nuttig om de toekomstige acties van de onafhankelijke artsenbezoekers te bepalen. Er moet echter rekening worden gehouden met het feit dat het een retrospectieve studie betreft die een niet-representatieve groep artsen omvat die met het onderzoek hadden ingestemd en groen licht hadden gegeven voor de analyse van hun voorschrijfgedrag. Daarnaast werd het project progressief uitgebreid en het budget van 1 200 000 euro werd pas sinds 2009 integraal aangewend.

Het is dan ook voorbarig om nu reeds definitieve conclusies te trekken over de impact van het voorschrijfgedrag. Er kunnen wel al interessante hypothesen worden geformuleerd. Het belang en de relevantie van elk van die hypothesen zullen binnenkort door het begeleidend comité van het project met betrekking tot onafhankelijke artsenbezoekers worden besproken. Er zal moeten worden onderzocht welke nieuwe wegen eventueel met dit informatiemiddel kunnen worden ingeslagen om de doeltreffendheid van de kwaliteit van het voorschrijfgedrag te verbeteren, om zo optimaal aan de wensen van de artsen tegemoet te komen, om de juiste groepen te bereiken, relevante thema's te behelzen die in overleg met de betrokkenen worden uitgekozen, efficiënte communicatiemiddelen te gebruiken en vooral een coherente aanvulling te zijn op de verschillende informatie-initiatieven van gezondheidsprofessionals.

De actie rond de onafhankelijke artsenbezoekers in een bredere context plaatsen, inclusief alle aspecten van permanente vorming, is zonder twijfel een goede zaak. Er wordt momenteel een denkoefening gemaakt over de permanente vorming met de organisatoren van de permanente vorming, alsook met de verantwoordelijken van de feedback en de onafhankelijke artsenbezoekers.

Een ander interessant gegeven is dat het Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik op 12 april 2010 een rapport uitbracht dat aantoont dat de kwaliteit en doelmatigheid van het voorschrijven door huisartsen verbeterd is door het inzetten van een onafhankelijk artsenbezoeker.

**09.03** **Koen Bultinck** (VB): Mijnheer de staatssecretaris, ik neem er akte van dat men erkent dat het een nuttig onderzoek is geweest.

Ik hoor dat het begeleidend comité binnen afzienbare tijd de hele procedure en alle studieresultaten zal bekijken. Heeft u enig zicht op de chronologie van die bespreking?

Als parlementsleden volgen we uiteraard graag een dossier verder op zodat we, zo nodig, kunnen terugkoppelen met mevrouw de minister.

**09.04** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: U hebt de chronologie van het dossier gekregen. Ik zal echter graag aan de minister vragen u een rechtstreeks antwoord te sturen.

**09.05** **Koen Bultinck** (VB): Waarvoor dank.

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

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

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

**10.01** **Mathias De Clercq** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, de Vlaamse Vereniging van Logopedisten en haar Waalse zustervereniging, de UPLF, zijn sinds hun ontstaan in 1980 een gespreks- en onderhandelingspartner met het RIZIV met betrekking tot de logopedische verstrekkingen in het kader van de ziekteverzekering.

Eind 2008 werd binnen de overeenkomstencommissie Logo-mut een nieuwe conventie afgesloten. Een

belangrijke bepaling bij het afsluiten van deze conventie was dat een ontwerp van KB zou worden uitgewerkt dat de voorwaarden en toekenningmodaliteiten voor de financiering van de representatieve beroepsverenigingen van logopedisten vastlegt en dat vanaf 2009.

In maart 2009 werd dit goedgekeurd door het verzekeringscomité en heeft de Dienst voor Geneeskundige Verzorging het dossier aan staatssecretaris Wathelet, bevoegd voor Begroting, bezorgd en de noodzakelijke middelen vastgelegd in het kader van de administratiekosten van het RIZIV.

Ondanks de goedkeuring van het dossier door minister Onkelinx en ondanks het feit dat de middelen voor 2009 en 2010 in de begroting van het RIZIV zijn opgenomen, blijkt het KB nog steeds niet te zijn uitgevoerd.

Mijnheer de staatssecretaris, bent u op de hoogte van deze problematiek? Waarom werd het KB nog niet uitgevoerd? Wanneer zal het desbetreffende KB wel degelijk worden uitgevoerd? Wordt een overleg met staatssecretaris Wathelet gepland?

**10.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, op 27 november 2008 werd een nationale overeenkomst afgesloten tussen de logopedisten en de verzekeringsorganismen. Een van de aanbevelingen was de invoering van een financiering van de beroepsorganisaties voor logopedisten voor hun activiteiten in het RIZIV en dit vanaf 2009.

Ik heb deze overeenkomst goedgekeurd en deze is tot 31 december 2010 van toepassing.

Het voorstel van financiering moest voor 30 april 2009 aan het verzekeringscomité van het RIZIV worden overgemaakt. Er werd een systeem ingesteld voor de logopedisten die prestaties leveren en die niet onderworpen zijn aan verkiezingen, in tegenstelling tot de artsen, tandartsen en kinesitherapeuten die van de financiering genieten.

Er werd een ontwerp van koninklijk besluit uitgewerkt en het werd op 2 maart 2009 goedgekeurd door het verzekeringscomité. Na positief advies van de inspectie van Financiën op 12 maart 2009 werd het dossier door mijn beleidscel op 17 maart 2009 overgemaakt aan de staatssecretaris voor Begroting. De staatssecretaris voor Begroting heeft op 13 november 2009 schriftelijk geen akkoord gegeven voor het ontwerp. Het voornaamste argument was dat de financiering van de beroepsorganisaties voor logopedisten een nieuw initiatief was en dat het dossier dat voorgelegd werd aan de staatssecretaris voor Begroting niet verwees naar eender welke beslissing van de Algemene Raad van het RIZIV of van de Ministerraad.

In een brief van mijn beleidscel aan de staatssecretaris, een brief van 27 november 2009, werd geantwoord dat in tegenstelling tot wat de staatssecretaris naar voren schoof, de Algemene Raad die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de regering waarbij elk van de vijf leden een voorstel moet goedkeuren betreffende het budget van de verzekering geneeskundige verzorging, zich wel degelijk op 19 december 2008 gunstig uitsprak over een nota die bijliggend de volledige inventaris herneemt van de projecten die samengebracht zijn in de rubriek artikel 56 en die ten laste zijn van de administratiekosten van het RIZIV.

Onder de maatregelen van deze inventaris staat een maatregel ondersteuning van de beroepsorganisaties in het kader van het overleg. Een deel van het gebudgetteerde bedrag in 2009, 2,4 miljoen euro, moet de werking financieren van de representatieve beroepsorganisaties voor logopedisten. Dit bedrag van 2,4 miljoen euro diende in 2009 al voor de financiering van de werking van de representatieve beroepsorganisaties voor kinesitherapeuten voor 370.000 euro en voor tandartsen voor 371.000 euro. Het saldo moest toegekend worden aan de apothekers voor 350.000 euro, aan de logopedisten voor 217.000 euro en aan de verpleegkundigen voor 357.000 euro.

Ik zoek uiteraard naar een mogelijkheid om tot overeenstemming te komen met de staatssecretaris voor Begroting, des te meer omdat de huidige blokkering het afsluiten van een overeenkomst tussen logopedisten en verzekeringsorganen vanaf 2011 ernstig in gevaar zou kunnen brengen.

Tot hier het antwoord van de minister.

**10.03** **Mathias De Clercq** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor het antwoord. Ik meen dat dit een heel ernstige problematiek is. De noodzakelijke middelen zijn vastgelegd in een bepaald kader. Nu moet er echt werk gemaakt worden van de uitvoering van het KB. Ik hoop op een snelle oplossing, in goed overleg met de vice-eerste minister en de staatssecretaris.

Ik zal niet nalaten om deze problematiek verder te blijven opvolgen en staatssecretaris Melchior Wathelet aan te porren om deze belangrijke problematiek ter harte te nemen en het KB uit te voeren.

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

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

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

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

**11.01** **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mijnheer de staatssecretaris, uit cijfers van een recent onderzoek van de Vlaamse Liga tegen Kanker blijkt dat dagelijks maar liefst 115 000 kinderen in de rook van hun ouders zitten. Een paar weken geleden publiceerde een twintigtal Britse onderzoekers een rapport met de schadelijke gevolgen van passief roken.

Ik weet dat u niet overtuigd hoeft te worden van de gevaren van roken voor de gezondheid. Kinderen zijn nog kwetsbaarder en kunnen daarenboven, zeker als het om zeer jonge kinderen gaat, hun eigen wil niet uitdrukken. Toch wil ik de gevaren nog eens kort vermelden. Kinderen die dagelijks rook inademen, lopen 100 % meer kans op wiegendood en 100 % meer risico op hersenvliesontsteking.

De cijfers van de Britse onderzoekers zijn dan ook ronduit angstaanjagend. Passief roken leidt jaarlijks bij 20 000 Britse kinderen tot middenoorontsteking, bij 22 000 kinderen tot astma en bij 200 kinderen tot meningitis. Daarom pleiten Britse onderzoekers voor een rookverbod in wagens in aanwezigheid van kinderen.

Graag krijg ik dan ook een antwoord van de minister op de volgende vragen. Heeft de minister de intentie om roken in de wagen in aanwezigheid van kinderen te verbieden of te ontraden? In geval van ontrading, welke initiatieven zal zij nemen om de burger hiervoor te sensibiliseren? Zal zij het punt eventueel ook aankaarten bij haar Europese collega's tijdens het komende Belgische voorzitterschap?

**11.02** Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, ik dank mevrouw della Faille voor haar vraag en lees het antwoord van de minister voor.

De minister herinnert eraan dat zij de voorkeur geeft aan parlementaire initiatieven in verband met het rookverbod.

In heel de discussie stelt zij uiteraard de invoering van het rookverbod in openbare plaatsen als prioriteit. Het Parlement heeft eind vorig jaar een beslissing genomen over de invoering van het rookverbod in eetgelegenheden vanaf 2010 en een totaal rookverbod in alle horeca-inrichtingen tegen uiterlijk 2014.

Nu een rookverbod invoeren in wagens is dan ook niet onmiddellijk een prioriteit. Het lijkt haar zeer voorbarig om zo'n verbod in te voeren. Ze suggereert om dus eerst het rookverbod in openbare plaatsen in te voeren en toe te passen.

Uiteraard staat zij achter ontradingscampagnes om niet te roken in auto's, en zeker niet in het bijzijn van kinderen, maar dergelijke initiatieven behoren niet tot haar bevoegdheid.

**11.03** **Katia della Faille de Leverghem** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, dit is een kort antwoord.

Ik vind het jammer dat het geen prioriteit is voor de minister, omdat de artikels hebben aangetoond dat er maar liefst 100 % meer wiegendoden en meningitis bij jonge kinderen waren in geval van roken in de wagen.

Jonge kinderen zijn veel kwetsbaarder.

Omdat de kinderen zich dan in een gesloten ruimte bevinden, vind ik het probleem in wagens schrijnender dan in horecazaken. Ik zal niet nalaten daarover opnieuw vragen te stellen en andere initiatieven te nemen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 21409 van mevrouw della Faille de Leverghem wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

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

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

**12.01** **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, selon l'arrêté du 3 août 2007 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance, l'INAMI rembourse un certain nombre d'interventions chirurgicales, comme par exemple le placement d'un anneau gastrique destiné aux personnes atteintes d'obésité morbide.

Toutefois, avant que l'opération ne puisse avoir lieu et afin de pouvoir vérifier l'absolue nécessité de celle-ci, l'arrêté exige que le patient remplisse certaines conditions. Par exemple, son indice de masse corporelle (le fameux BMI) doit être supérieur ou égal à 40; le patient doit être âgé entre 18 et 60 ans et doit suivre à ses frais un parcours multidisciplinaire d'une durée d'un an.

L'obésité et l'obésité morbide sont des maladies chroniques affectant le mode de vie des personnes concernées. Le seul traitement validé scientifiquement à ce jour consiste à modifier durablement le mode de vie des patients qui, souvent, pour des raisons diverses est devenu difficile. Modifier ainsi les habitudes de vie des patients nécessite l'aide d'une équipe pluridisciplinaire afin de guider et de mettre en place de meilleures pratiques dans la vie des personnes atteintes d'obésité.

Le traitement pluridisciplinaire met en présence un médecin, un diététicien et un psychologue. Cette équipe peut aider à remettre le patient sur le chemin adéquat qui lui permettra d'atteindre une perte de poids modérée mais significative et surtout réalisable de 5 à 10 % sur un an. Cette perte de poids permet de réduire de manière spectaculaire les risques de morbidité liés à la maladie.

Les techniques reconnues visant des pertes de poids plus rapides qui sont validées scientifiquement sont la pharmacopée et la chirurgie, mais la Belgian Association for the Study of Obesity, la BASO, précise que ni la pharmacopée ni la chirurgie ne constituent la base du traitement mais d'excellents outils à la perte de poids, outils dont l'utilisation est soumise à des critères stricts.

Mes questions sont dès lors les suivantes.

Pensez-vous que les mesures prises dans l'arrêté royal cité ci-dessus permettent suffisamment l'accès à ce traitement pluridisciplinaire?

Ce traitement précède l'opération mais rien n'est prévu après – ou je l'ignore. Que pensez-vous d'une mise en place d'un suivi pluridisciplinaire post-opératoire afin de prévenir les risques de rechute ou le phénomène de shopping chirurgical et ainsi nous assurer de la durabilité du traitement de base et de l'efficacité de l'outil chirurgical mis en place?

Le concept de santé durable n'est-il pas, dans le cadre de cette affection, un élément primordial à installer afin de nous assurer un meilleur retour possible de la qualité de vie de nos concitoyens. Il m'est en effet revenu que beaucoup de ces opérations n'avaient pas un effet aussi important qu'attendu. De nombreux patients retrouvent donc leur poids initial quelques années après et sont donc très déçus.

**12.02 Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame la présidente, je ne vais pas réduire la réponse de Mme la ministre, qui est conséquente. Pour rappel, le traitement chirurgical de l'obésité est réservé au seul traitement de l'obésité morbide – qui entraîne donc des complications potentiellement mortelles – et réfractaire, qui a résisté aux autres formes de traitement. Cependant, il faut être rigoureux dans l'indication de la chirurgie et choisir un type d'intervention en fonction du type d'obésité.

En effet, il est malheureusement démontré que l'efficacité de l'intervention peut se dégrader avec le temps. Il est donc très important que le professionnel fasse la balance entre le risque de la maladie, d'une part, l'espérance de vie sans doute raccourcie et la co-morbidité, et les risques, c'est-à-dire les possibilités et les limites du traitement chirurgical, d'autre part, car la mortalité opératoire varie de 0,1 à 5 % en fonction de différents critères (le sexe, le type d'intervention, l'expérience, ...). C'est la raison pour laquelle l'arrêté royal du 3 août 2007 auquel vous faites allusion donne un minimum de conditions de gravité de l'obésité pour bénéficier de cette chirurgie.

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

Parallèlement à la perte de poids, on voit également diminuer les facteurs de morbidité. Malheureusement, il y a peu d'études sérieuses consacrées à l'impact de ces interventions sur la qualité de vie. Avec le temps (un à deux ans), on observe souvent une détérioration des résultats. La performance de perte de poids varie avec le type d'intervention selon qu'elle se base exclusivement ou partiellement sur une contrainte mécanique. Les contraintes mécaniques s'usent ou se contournent et on assiste à une reprise de poids quasi-instantanée avec lâchage d'agrafes, dilatation de la poche ou du *banding* gastrique ou encore une dérive vers des aliments plus faciles à ingérer – ou plus caloriques.

Il est certain qu'un soutien post-opératoire à long terme pourrait trouver son intérêt chez les patients ayant bénéficié de ce type de chirurgie pour obésité morbide. Il ne s'agit plus uniquement de prendre en charge le patient sous le seul aspect chirurgical mais de tenir compte de trois autres axes tout aussi importants: la diététique, l'exercice et la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et du bien-être.

C'est pourquoi la réflexion de la politique menée actuellement au niveau de la santé publique va dans ce sens: offrir une meilleure prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité à chacun, via une structuration de celle-ci. Le travail a déjà été amorcé avec la mise en place des équipes nutritionnelles et est en réflexion vers un travail interdisciplinaire de prise en charge de l'obésité au sein des structures hospitalières.

Si, actuellement, la prise en charge de la phase aiguë de l'obésité morbide se fait par des équipes multidisciplinaires, hautement spécialisées dans des centres de troisième ligne, un suivi à long terme par celles-ci pose des problèmes d'accessibilité géographique et financière. Il est donc nécessaire de développer des modèles de prise en charge primaires en définissant ou redéfinissant le rôle de certains prestataires de soins dans ce domaine, y compris les patients consommateurs et leurs associations. C'est pourquoi ce point délicat qu'est la prise en charge de la lutte contre la surcharge pondérale et l'obésité va être mis à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle Santé du mois de septembre prochain, afin de mettre autour de la table tous les acteurs compétents dans ce domaine.

Finalement, ce dont toute la population a besoin dans ce domaine, pas uniquement les patients ayant bénéficié de chirurgie, ce sont des conditions et une qualité de vie qui favorisent l'exercice physique et l'accès à une meilleure alimentation. Cet objectif, un ministre de la Santé publique ne peut l'atteindre seul. Les entités fédérées ont également d'importants rôles à jouer. Mais de nombreuses initiatives dans le domaine du remboursement des chirurgies, comme dans ce cas, mais d'autres, comme la poursuite future de notre Plan National Nutrition Santé, devraient y contribuer.

**12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Je vous remercie. Mme la ministre a mis le doigt très honnêtement sur les faiblesses du système actuel, sur le manque d'études sur l'après chirurgie, le manque de soutien post-opératoire. Nous connaissons les solutions globales mais elles sont très difficiles effectivement à mettre en œuvre à long terme. Ce que demandent les associations d'obèses actuellement, c'est que l'obésité soit reconnue comme maladie chronique, et à ce titre, qu'un suivi sur du long terme soit possible et remboursé. Il y a toujours des difficultés pour les patients de payer un diététicien à certains

moments.

C'est vrai que cela s'inscrit dans la question globale de l'alimentation à propos de laquelle je harcèle pas mal Mme la ministre. Mais c'est le sommet de l'iceberg. Nous allons encore trop vite vers la chirurgie, au lieu de mettre plus de moyens à la disposition des personnes pour qu'elles puissent éviter justement l'intervention chirurgicale qui, à mon avis, ne peut pas apporter beaucoup de solutions sauf peut être dans certains cas, je ne porte pas de jugement. Mais à long terme, le mieux est d'arriver à l'éviter.

**12.04** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame Snoy et d'Oppuers, je pense qu'avoir une politique globale coordonnée avec les différents ministres responsables dans une Conférence interministérielle est la bonne approche. Vous avez tout à fait raison de dire que la question est globale. La bonne information et la prévention sont aussi des éléments très importants.

Je note également votre demande de considérer l'obésité au niveau des maladies chroniques et d'avoir des remboursements appropriés. Cet élément sera porté à la connaissance de la ministre fédérale de la Santé publique.

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

### **13** Questions jointes de

- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la contrefaçon de médicaments" (n° 21373)**
- **Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la contrefaçon de médicaments" (n° 21413)**

### **13** Samengevoegde vragen van

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

**13.01** **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Monsieur le secrétaire d'État, la contrefaçon des médicaments, qui est un commerce très lucratif, ne cesse d'augmenter, surtout sur internet où de petites quantités de médicaments peuvent plus facilement être écoulées à un grand nombre d'acheteurs. Selon un rapport de l'Alliance européenne pour l'accès à des médicaments sûrs, plus de 60 % des médicaments vendus en ligne sont contrefaits. C'est impressionnant! Il s'agit principalement de médicaments analgésiques, de stimulants de l'érection, d'antidépresseurs, de somnifères, d'anabolisants, de produits visant à améliorer les performances ou d'amaigrissants. Ces faux médicaments n'offrent aucune garantie en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité et sont susceptibles de nuire à la santé du consommateur.

La Belgique ferait office de plaque tournante du commerce international de médicaments illégaux, du fait de sa position centrale et de sa vocation logistique au sein de l'Union européenne. En 2009, la douane belge a saisi 295 000 médicaments contrefaits et cinq sites internet ont été fermés.

Selon l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, le problème serait lié à l'application non harmonisée de réglementations faibles voire absentes ainsi qu'à un manque de collaboration et de transmission des informations. Le secrétaire d'État à la Coordination de la lutte contre la fraude, Carl Devlies, a déjà annoncé qu'il comptait remédier aux lacunes de la loi de 2007 en matière de répression de la contrefaçon, en instaurant un système en cascade consistant à faire supporter les frais aux différents responsables.

Monsieur le secrétaire d'État, quelles mesures la ministre compte-t-elle prendre en matière de santé pour lutter contre la contrefaçon des médicaments? Je sais que tout ne relève pas de ses compétences. Néanmoins, quel est son point de vue et que compte-elle faire vis-à-vis de ses collègues?

**13.02** **Jean-Marc Delizée**, secrétaire d'État: Madame Snoy, le site web de l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé (AFMPS) et, en particulier, la campagne intitulée "*Médicaments par internet? Ne surfez pas avec votre santé!*" mettent en garde contre les dangers liés à l'achat de médicaments via internet, en dehors de tout circuit légal en général. En effet, l'utilisateur risque de recevoir

des médicaments contrefaits ou falsifiés dont il est impossible de garantir la qualité.

En ce qui concerne les sites de réseaux sociaux, aucun effort particulier n'a été fait jusqu'à présent pour informer le public. Je ne pense pas qu'il soit opportun de réagir par une *newsletter* à chaque éclosion d'un nouveau danger relatif à la vente de médicaments par internet. Le seul message qu'il faut absolument faire passer est qu'il n'y a qu'une seule façon de se procurer des médicaments en toute sécurité, c'est dans une pharmacie autorisée en Belgique et éventuellement sur son site internet, quand il s'agit de médicaments non soumis à prescription.

Je partage toutefois votre point de vue quant à la publicité qu'il faut entretenir en faveur du site médicaments-par-internet.be. Ce site reste l'outil de base de la campagne d'information menée par l'AFMPS qui invite tous ses partenaires à l'aider dans cette démarche, en faisant connaître l'adresse du site de la manière la plus large possible.

Lors de la création de l'AFMPS en 2007, une unité spéciale d'enquête a été créée. En outre, l'AFMPS participe à la Commission interdépartementale pour la coordination de la lutte contre la fraude dans les secteurs économiques du SPF Économie. Au niveau Intérieur, une collaboration a également été établie entre la police, la douane, l'AFMPS, l'AFSCA, la Direction générale Animaux, Plantes et Alimentation et la Justice et ce, au sein de la cellule multidisciplinaire Hormones.

Pour l'heure, les mandats de cette cellule ont trait à l'engraissement illégal, au dopage dans le monde sportif et à tout ce qui se rapporte à la contrefaçon de médicaments et autres formes de criminalité pharmaceutique. Il va de soi que la collaboration au sein de l'AFMPS avec les autres inspecteurs en matière de détection, prévention ou répression d'irrégularités constitue également un facteur important.

Au niveau de l'Union européenne, la HMA WGEO (Heads of Medicines Agencies – Working group of Enforcement Officers) fut créée en 2004. Cette plate-forme multidisciplinaire et multisectorielle composée de la police, de la douane et de l'Inspection des médicaments constitue un réseau effectif qui aide à lutter contre la criminalité pharmaceutique au-delà des frontières et qui prévoit également des formations en la matière.

Le Conseil de l'Europe constitue une autre plate-forme. Il a préparé la Convention Medicrime de lutte contre la contrefaçon de médicaments et la criminalité connexe constituant une menace pour la santé publique. Cette convention sera soumise pour ratification aux États membres en novembre 2010. Il s'agit d'une convention pénale qui criminalise la fabrication et la distribution de médicaments et de dispositifs médicaux contrefaits. Elle prévoit aussi des mesures en matière de juridictions, poursuites, sanctions, préventions, coopérations et enquêtes. Il va de soi que ce nouvel instrument légal constituera une amélioration importante dans le cadre de la lutte contre la contrefaçon de médicaments et la criminalité connexe.

Des initiatives législatives ont également été entreprises au niveau de l'Union européenne, notamment la modification d'une directive européenne de 2001 du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un Code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, le but étant surtout de lutter contre les dangers des médicaments contrefaits au sein des circuits de distribution légaux avant que les médicaments ne se retrouvent dans les pays de l'Union européenne.

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

Telle est la réponse de la ministre de la Santé publique.

**13.03** **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Je vais relire avec attention cette réponse. L'important est d'agir le plus en amont possible, mais il y a aussi la question de la sensibilisation des citoyens et de la mise en valeur du rôle du pharmacien. Enfin, j'estime que le site dont vous parlez n'est pas encore suffisamment connu et mériterait une plus grande promotion.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 12.12 heures.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.1 uur.*