

Commission de la Santé, des Matières sociales et de
l'Aide à la jeunesse du

PARLEMENT

DE LA

COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2008-2009

23 OCTOBRE 2008

COMPTE RENDU INTÉGRAL

SÉANCE DU JEUDI 23 OCTOBRE 2008

TABLE DES MATIÈRES

1	Ordre des travaux	3
2	Questions orales (Article 64 du règlement)	3
2.1	Question de Mme Véronique Jamouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, portant sur la « situation relative à l'encodage des données de suicide »	3
2.2	Question de M. Paul-Olivier Delannois à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, concernant le « suivi du projet relatif aux collaborations entre les hôpitaux transfrontaliers »	4
2.3	Question de M. Pol Calet à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à « l'élaboration d'une Charte de la parentalité en entreprises dans notre pays »	6
2.4	Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative aux « effets néfastes des matières plastiques sur la santé »	7
2.5	Question de M. Paul-Olivier Delannois à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, concernant le « suivi de la question relative à la prévention contre les nuisances sonores »	8
2.6	Question de Mme Véronique Bonni à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à « l'élaboration du prochain plan quinquennal de promotion de la santé »	10

Présidence de M. André du Bus de Warnaffe.

– *L'heure des questions et interpellations commence à 14 h 20.*

M. le président. - Mesdames, messieurs, la séance est ouverte.

1 Ordre des travaux

M. le président. – La question orale de Mme Florine Pary-Mille relative aux « enseignements éventuels à tirer des récentes statistiques de l'aide à la jeunesse » est transformée en question écrite.

2 Questions orales (Article 64 du règlement)

2.1 Question de Mme Véronique Jamouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, portant sur la « situation relative à l'encodage des données de suicide »

Mme Véronique Jamouille (PS). – À l'initiative de M. Elsen, notre parlement a récemment abordé la question du suicide en Communauté française et les actions de prévention à développer. La première recommandation du rapport insistait sur la nécessité de disposer d'un outil efficace d'analyse de l'ampleur du problème et d'évaluer ainsi l'impact des mesures mises en place.

Madame la ministre, le problème de retard d'encodage des données de décès en Communauté française est-il aujourd'hui réglé ? Pouvez-vous nous apporter des précisions sur le travail de résorption mené par la direction de la santé ? Quel est l'état actuel de l'arriéré ? Dispose-t-on de données relatives aux tentatives de suicide ? Comment s'effectue l'enregistrement de ces informations ? Il est indispensable de disposer de statistiques sur les tentatives de suicide qui précèdent souvent un suicide « réussi ». Sans ces statistiques, il est difficile de savoir comment intervenir et auprès de qui.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Le retard dans l'encodage des certificats de naissance et de décès de moins d'un an est complètement résorbé. Une première publication sur les données de l'année 2004 a été envoyée à tous les médecins de la Communauté française. Au début de cette législature, l'enregistrement des naissances et des décès en Communauté française accusait un retard de sept ans. Cette situation était due à un encodage manuel.

À la demande d'Eurostat, j'ai donné la priorité à l'année 2004. Les déclarations de l'année 2008 sont traitées mensuellement. Si je souhaitais une remise à jour, je voulais surtout éviter d'accumuler à nouveau du retard. J'ai demandé à l'administration d'accorder un haut degré de priorité à ce problème et de trouver une solution efficace et rapide.

À cet effet, j'ai fait appel à une firme privée belge qui a travaillé entre autres pour l'Otan. La Communauté française a par ailleurs choisi un système de lecture optique et un traitement informatisé des documents. Ce système de reconnaissance permet de traiter des volumes d'informations importants en un minimum de temps. Il n'est toutefois pas entièrement automatisé. En effet, le logiciel utilisé permet en moyenne la codification automatique de 60 % des déclarations. Les 40 % restants nécessitent l'intervention d'un codeur spécialisé qui doit choisir parmi divers codes proposés par le logiciel. Assez fréquemment d'ailleurs, il doit reprendre contact avec le médecin certificateur pour obtenir des précisions.

Les causes de décès sont saisies littéralement dans les termes employés par le médecin certificateur. Mais pour une même cause de décès, le terme utilisé par le médecin certificateur peut varier. Un médecin peut, par exemple, mentionner un décès par « accident vasculaire cérébral », un autre écrira « AVC », un troisième, « thrombose » et un quatrième, « cause indéterminée ». Pour être traitées statistiquement, les maladies doivent être codifiées selon la classification internationale des maladies (CIM) établie par l'OMS qui contient 12 165 codes. Chaque déclaration de décès mentionne au moins une cause, mais souvent aussi un enchaînement de causes. On demande toujours au médecin la cause initiale du décès. Le diagnostic et la terminologie ne correspondent pas nécessairement. Il faut ensuite relier chaque cause au code correspondant dans la CIM. Quand il y a plusieurs causes, il faut alors sélectionner celle qui sera considérée comme la cause déterminante, selon les règles de l'OMS.

Sur les données de suicides, la Communauté française ne récolte pas d'information. Les décès par suicide apparaissent dans les 12 165 codes du CIM.

La récolte de données concernant les tentatives de suicide est encore plus compliquée. Dans son rapport au parlement de la Communauté française le 16 septembre dernier, M. Elsen soulignait que depuis octobre 2003 tous les hôpitaux de Belgique sont tenus de collecter un minimum d'informations sur leurs patients. Parmi ces informations

figure le motif de la visite, ventilé en quatre catégories : accident, maladie, tentative de suicide et examen de contrôle.

Les hôpitaux pourront bientôt fournir des données relatives aux tentatives de suicide. Toutefois, ces données ne pourront concerner que les tentatives de suicide qui font l'objet d'une consultation aux urgences ou dans un milieu hospitalier, lors d'une consultation en psychiatrie par exemple. Le rapport de M. Elsen précise qu'en ce qui concerne l'enregistrement par les médecins généralistes des données relatives aux tentatives de suicide, seuls des enregistrements ponctuels ont été réalisés par des médecins vigies de l'Institut scientifique de Santé publique durant les années 1993-1995 et 2000-2001.

Quand les hôpitaux fourniront des données sur les tentatives de suicide via l'État fédéral ou la Région, nous aurons une meilleure idée de la dimension du problème même s'il ne s'agira que de la partie visible de l'iceberg. Les tentatives de suicide revêtent différentes formes. Parfois, il s'agit simplement d'un appel à l'aide ou d'une menace de passage à l'acte ne nécessitant pas de soins vitaux mais seulement une prise en charge. Malheureusement, ces appels à l'aide ou ces menaces se répètent souvent et, parfois, aboutissent à une issue fatale.

Mme Véronique Jamouille (PS). – Je me réjouis de la résorption du retard considérable accumulé. J'imagine que les services de l'administration prendront le relais lorsque la firme privée aura terminé son travail.

Compte tenu de la difficulté d'interpréter les certificats de décès et de recueillir des données statistiques, je crois qu'il serait judicieux d'organiser une Conférence interministérielle réunissant tous les ministres compétents. Elle permettrait peut-être d'obtenir une meilleure information des médecins certificateurs, de revoir les formations et de trouver une meilleure méthode de travail avec les hôpitaux.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Nous en avons déjà discuté plusieurs fois en Conférence interministérielle.

La formation n'est pas en cause. Il n'est pas facile d'établir un certificat de décès.

Mme Véronique Jamouille (PS). – Je veux simplement des statistiques correctes. Il appartient à la ministre de trouver un moyen de les obtenir.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – La première

chose à faire, c'était de résorber sept ans de retard. Actuellement, l'administration n'a pas les moyens de mener à bien cette tâche. Je continuerai donc à travailler pendant quelque temps en sous-traitance avec cette firme privée.

Mme Véronique Jamouille (PS). – Je ne dis pas qu'il faut se passer immédiatement de ses services mais ce travail incombe à l'administration. Si le personnel n'est pas assez nombreux ou suffisamment formé, il faut y remédier.

2.2 Question de M. Paul-Olivier Delannois à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, concernant le « suivi du projet relatif aux collaborations entre les hôpitaux transfrontaliers »

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – Madame la ministre, il y a un an, le CHR de Mons-Belgique et le groupe hospitalier de l'université catholique de Lille signaient un accord-cadre de coopération afin d'établir une véritable collaboration dans les domaines de la recherche, de la formation, de la mobilité, de l'offre de soins et de l'échange d'expériences et de pratiques.

Il s'agissait de faciliter la mobilité pour répondre au déficit de personnel médical dans la région Nord-Pas-de-Calais et en Hainaut. Le rapprochement devait aussi déboucher sur le développement de recherches cliniques communes, la rationalisation des coûts grâce à des investissements conjoints, le partage des ressources humaines, matérielles et pratiques scientifiques et, enfin, sur l'accueil de médecins et d'étudiants belges et français.

Madame la ministre, quelles sont les progrès dans ce rapprochement ? Quelles actions ont-elles été concrétisées ? Quelles actions le seront-elles prochainement ?

En qualité de ministre de la Santé de la Communauté française, avez-vous pu valoriser vos compétences ? De quels moyens disposez-vous pour stimuler cette dynamique ?

Le développement de la recherche et la formation sont deux objectifs importants de l'accord-cadre ; vous êtes-vous concertée avec Mme Simonet, chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique ? Des discussions avaient-elles été engagées avec Mme Simonet ? Avez-vous planifié un calendrier ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – L'accord-cadre entre les gouvernements belge et français sur

la coopération sanitaire transfrontalière a été signée à Mouscron le 30 septembre 2005.

Il définit un cadre juridique unique dans lequel des conventions de coopération sanitaire peuvent être conclues entre des institutions situées dans la zone frontalière. Il permet de plus la création d'organismes de coopération et de structures communes.

Les conventions doivent notamment prévoir les conditions et modalités obligatoires d'intervention des structures de soins, des organismes de sécurité sociale et des professionnels de la santé, ainsi que de prise en charge des patients.

L'entrée en vigueur de cet accord-cadre est prévue après sa ratification et sa notification au parlementaire par les deux parties.

Pour la Communauté française, la procédure est en cours. Un avant-projet portant assentiment à l'accord-cadre a fait l'objet d'une première lecture au gouvernement le 3 octobre 2008. L'avis du Conseil d'État a été sollicité.

Par cet accord-cadre, les acteurs politiques veulent encourager les coopérations hospitalo-universitaires pour répondre aux besoins de santé, consolider l'offre de soins et permettre de rationaliser les coûts. Ce dernier point n'est pas de ma compétence.

Les conventions de coopération déjà existantes doivent être conformes à l'accord-cadre, comme c'est le cas pour le Groupe hospitalo-universitaire eurorégional franco-belge, alliance entre le CHR Mons-Warquignies et le groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille.

Dès mai 2009, y seront également associées l'Université catholique de Lille et l'Université catholique de Louvain, qui seront toutes deux présentes dans la *gouvernance* du CHR Mons-Warquignies.

En tant que ministre de la Santé de la Communauté française, je salue le travail accompli par ces institutions pour créer ce Groupe. Je rappelle qu'il s'agit d'une initiative privée. Il me semble logique d'intensifier les rapprochements entre des villes et communes frontalières comme Courtrai, Tournai, Mouscron, Silly, Enghien et d'autres, proches de Lille et de l'Eurométropole.

Au titre de représentant de la Communauté française, je me dois de faire le lien entre les uns et les autres, et d'appuyer cette démarche très intéressante.

Le groupe hospitalo-universitaire eurorégional franco-belge veut couvrir plusieurs domaines. Le premier, sanitaire, prévoit une coopération

pour le développement de programmes de soins pour les services d'urgence, la mise en œuvre du Plan cancer et la concertation des services d'urologie avec le département du Nord, plus précisément avec l'Avesnois. Un deuxième axe porte sur l'enseignement et la recherche appliquée. Il veut favoriser les échanges d'enseignement et de compétence entre les universités et les structures hospitalières (échange de médecins stagiaires, d'assistants ou de professeurs). Un troisième point porte sur la mobilité des professionnels belges de la santé (oncologues, chirurgiens, etc.) sur le territoire français, ou inversement. Il tentera de relever les enjeux de la démographie médicale. Enfin, le projet Interreg, dédié à la prise en charge de la douleur, permettra le partage de savoir-faire technique en évaluation et traitement de la souffrance à l'hôpital. Il vise l'amélioration de la prise en charge de la douleur, le renforcement de la coopération transfrontalière, l'enrichissement de la gamme des outils proposés et, le cas échéant, la création de structures médicales de proximité comme des comités de lutte contre la douleur ou des unités de traitement de la douleur.

Tous ces projets sont d'un grand intérêt. Les malades ne connaissent pas les frontières, moins dans cette région encore qu'ailleurs. Nous devons en tenir compte et développer des partenariats bénéfiques pour les patients.

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – Je trouve également que cette initiative privée est intéressante. Par le passé, des problèmes spécifiques avaient été identifiés lorsque des patients tournaisiens devaient être soignés à Lille ou inversement. Normalement, la cellule Eurométropole devrait tenter d'y remédier.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Une série de projets gravitant autour de l'Eurométropole ont été lancés qui ne concernent pas seulement le secteur de la santé. Toutefois, il reste des obstacles à franchir. L'Eurométropole ne résoudra pas tous les problèmes dans l'immédiat.

Mais nous n'avons pas attendu la création de l'Eurométropole pour avancer. Prenons l'exemple des patients dialysés. Une convention existait déjà qui offrait aux patients français la possibilité de se faire dialyser à l'hôpital de Mouscron car il n'existait pas de centre spécialisé dans la zone frontalière française.

Vous avez raison d'évoquer les potentialités de l'Eurométropole, mais il est important qu'il y ait d'autres partenariats.

L'Europe favorise tout de même les contacts

entre les mondes médical et paramédical belges et ceux des autres pays membres.

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – La fibre optique entre Tournai et Lille fonctionnait très bien. Par ailleurs, au sein de l'Eurométropole, des personnalités comme Pierre Mauroy ont décidé d'avancer sans se soucier des freins français, wallons ou flamands. Pierre Mauroy, Alain Lamasoure ou d'autres avaient beaucoup de difficultés à comprendre nos problèmes belgo-belges. Cet exemple devrait nous aider à progresser malgré nos sept ministres de la Santé afin que les citoyens s'y retrouvent.

2.3 Question de M. Pol Calet à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à « l'élaboration d'une Charte de la parentalité en entreprises dans notre pays »

M. Pol Calet (PS). – En France, la charte de la parentalité en entreprises a été lancée le 11 avril au ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, en présence du ministre du Travail, Xavier Bertrand, et de la secrétaire d'État à la Famille, Nadine Morano. C'est une initiative de Jean-Claude Legrand, directeur mondial de la diversité chez L'Oréal, et de Charlotte Lavril, fondatrice de SOS Prema. Son objectif est de limiter le nombre de naissances prématurées dues au stress accumulé dans l'entreprise, d'améliorer le quotidien des parents salariés en leur permettant de concilier plus aisément vie familiale et professionnelle, et de prévenir et éliminer les pratiques discriminantes qui freinent leur évolution professionnelle.

Pratiquement les principes et valeurs de cette charte se traduisent par le développement de crèches d'entreprise, l'amélioration des conditions de travail des femmes enceintes par l'aménagement de leurs horaires, la suppression des réunions tardives, la promotion du télétravail et l'accompagnement des salariées lors de leur départ et retour de congés de maternité.

Une trentaine d'associations et d'entreprises ont déjà signé cette charte dont L'Oréal, Adecco, Alstom, Bouygues, Carrefour, France Télécom, Orange, PSA, Total ou Suez. Pour les aider à appliquer la charte, un Observatoire de la parentalité en entreprise, dirigé par un cabinet de conseil en ressources humaines, a été créé. Sa principale vocation est de permettre la réflexion et l'échange sur la parentalité, et de transmettre des exemples de bonnes pratiques.

Que pensez-vous de cette initiative? Est-elle

transposable dans notre pays? Pensez-vous pouvoir amener les ministres du gouvernement fédéral et des entités fédérées à une pareille démarche? Des actions similaires ont-elles déjà été envisagées par votre cabinet? Comment jugez-vous la représentation de la parentalité dans nos entreprises?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Le début de votre intervention m'a surpris. Selon mes informations, cette charte est une initiative privée. Elle donc difficilement comparable avec le modèle belge de négociation. Le congé parental est une proposition des partenaires sociaux. En outre, les modifications apportées par le gouvernement fédéral aux différents congés thématiques doivent toujours passer par le Conseil national du Travail.

En Belgique, il y a divers types de congés comme le congé parental, le congé de paternité, le congé lié à la maladie de l'enfant ou le crédit-temps. Dans la comparaison des dispositions en vigueur dans les pays européens, la Belgique arrive en queue de peloton tant pour la durée, l'accès ou la rémunération du congé, en particulier pour les congés de maternité et parentaux. Les quinze semaines de congé de maternité octroyées aux salariés vivant en Belgique sont inférieures aux dix-huit recommandées par l'Union européenne. Et je ne parlerai pas de la situation des indépendants, qui est pire encore.

Malgré la législation sur la protection maternelle, les discriminations au travail persistent. Les femmes accèdent à un éventail moins large de métiers que les hommes tandis qu'elles sont surreprésentées dans certaines professions et fonctions. La parentalité renforce ce phénomène. Les femmes sont plus touchées par les effets de « plafond de verre » et de « plancher gluant », ces barrières invisibles qui les empêchent d'accéder à des postes de haut niveau. C'est sans doute lié au fait que, lorsqu'elles sont mères, les employeurs les perçoivent comme moins disponibles, moins motivées et moins productives. Ce constat semble confirmé par le fait qu'on compte davantage de femmes sans enfant que de mères dans les postes hiérarchiques supérieurs.

Les crèches d'entreprise n'existent pas en tant que telles en Belgique. Le plan SEMA (synergies employeurs-milieux d'accueil) est ce qui s'en rapproche le plus. Il permet aux employeurs de réserver des places dans des crèches dont ils ne sont pas le pouvoir organisateur. C'est l'ONE qui est le pouvoir subsidiant. Ce système évite que l'employeur ait une quelconque main-mise sur la vie privée de ses employés.

Le Sénat examine actuellement diverses pro-

positions pour améliorer les congés thématiques. Les conditions de travail sont du ressort de l'État fédéral. C'est donc à ce niveau qu'il faudrait agir, comme ce fut le cas pour la Charte sur la diversité. Le soutien des partenaires sociaux avait d'ailleurs été obtenu. Ce modèle pourrait inspirer ce projet-ci.

M. Pol Calet (PS). – Je comprends très bien. Cela se passe essentiellement au niveau fédéral. En France, l'initiative est privée. Il n'est pas dans nos traditions d'entreprises de réaliser ce genre de projets. Sur le terrain, il y a pourtant un vrai problème. C'est donc aux pouvoirs publics, quel que soit le niveau, de lancer l'idée auprès des grandes entreprises.

2.4 Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative aux « effets néfastes des matières plastiques sur la santé »

Mme Eliane Tillieux (PS). – Madame la ministre, cette question a déjà fait couler beaucoup d'encre dans de nombreux pays, mais malheureusement peu dans le nôtre. Un nombre considérable d'études très sérieuses ont mis en évidence que l'exposition à des composants chimiques très répandus comme le bisphénol A (BPA), les phtalates ou des substances ignifugeantes comme les polybromodiphényléthers, est dangereuse pour la santé.

Les études publiées dans le numéro d'octobre de la revue *Environmental Research* aboutissent à la même conclusion : ces composants sont des perturbateurs endocriniens qui peuvent bloquer la production de la testostérone, mimer l'action de l'œstrogène ou interférer avec les hormones thyroïdiennes. Elles mettent également en évidence des modifications des organes reproducteurs lorsque le fœtus est exposé aux phtalates.

Le 16 septembre dernier, une autre étude, publiée dans le journal de l'association médicale américaine, a pour la première fois démontré l'existence d'un lien entre des concentrations élevées de BPA dans les urines et une augmentation de 39 % du risque de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 et d'anomalies hépatiques. Cette recherche sur les effets du BPA sur la santé humaine est la plus étendue à ce jour.

Les conclusions des premières études réalisées sur ces composants chimiques ont longtemps été controversées. On peut légitimement penser que c'est dû aux enjeux très importants pour l'industrie chimique. Pour rappel, le BPA est un des pro-

duits chimiques les plus utilisés dans le monde. L'Agence américaine de réglementation des médicaments et des produits alimentaires, la FDA, et les autorités sanitaires européennes estimaient, respectivement en août et en juillet dernier, que le BPA ne présentait pas de risque pour la santé. La communauté scientifique internationale et les groupes de protection des consommateurs ont d'ailleurs fortement critiqué cette position.

Mais aujourd'hui, de nouvelles études, réalisée suite aux récents progrès en matière de toxicologie, prouvent que le doute n'est plus permis. Il existe bel et bien une association entre le BPA et des désordres ou anomalies de santé chez l'homme.

Le Canada a été le premier pays à avoir évalué les effets de ce produit en collaboration avec l'industrie. Aujourd'hui, estimant qu'il présente un risque non négligeable pour la santé, cet État s'appête à interdire son utilisation dans des produits destinés aux enfants. Celui-ci entre en effet dans la composition de biberons en plastique, de bouteilles d'eau réutilisables de type gourde et de revêtements de boîtes de conserve alimentaire. Personnellement, en accord avec le principe de précaution, je suis d'avis qu'il faudrait envisager cette interdiction chez nous.

Madame la ministre, je sais que le contrôle de la qualité des produits et de leur influence éventuelle sur la santé relève du niveau fédéral. Néanmoins, je voudrais avoir votre avis sur la question. Quelles initiatives la Communauté française peut-elle prendre pour contribuer à réduire les risques sanitaires de l'exposition à ces produits chimiques ?

Dans un premier temps, il me semble opportun de sensibiliser la population, notamment les jeunes parents, et d'organiser des rencontres avec les grandes chaînes de magasins pour envisager un retrait des marchandises contenant ces substances comme cela se fait au Canada. Pourriez-vous également porter ce sujet à l'ordre du jour d'une prochaine conférence interministérielle de la Santé ?

Madame la ministre, nous ne devons pas oublier l'histoire du plomb et de la mélamine. On a parfois l'impression que les catastrophes d'hier se répètent. Nous avons pourtant le devoir d'en tirer des leçons pour éviter aujourd'hui un nouveau drame, celui du BPA.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Pour éviter toute confusion, n'assimilons pas l'actualité de la Chine avec le sujet dont il est ici question.

Le problème de l'utilisation du bisphénol A

dans la fabrication de matériaux en polycarbonate destinés au contact avec les aliments, et plus particulièrement des biberons, est bien connu. L'arrêté royal du 3 juillet 2005 relatif aux matériaux et objets en matière plastique destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires transpose la directive européenne 2002/72/CE et ses modifications. En particulier, il fixe une limite de migration spécifique stricte pour le BPA. Cette limite a été déterminée sur la base de l'avis de l'autorité européenne de sécurité des aliments, l'EFSA. Tant l'application et le contrôle de cette norme que sa révision éventuelle relève des compétences fédérales.

Les contrôles de ces matériaux sont effectués par l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, l'AFSCA. Dans le cadre de ses programmations d'échantillons, des contrôles sur la migration de BPA dans les biberons en polycarbonates ont conclu que toutes les concentrations mesurées étaient inférieures à la limite légale.

Je ne connais absolument pas les études que vous citez ni les limites fixées par d'autres pays non européens. Il est vrai que, les 5 et le 6 mai 2008, un comité d'experts de la Commission européenne a discuté de l'interdiction envisagée par le Canada avec un représentant du EFSA. Il a été demandé à l'autorité européenne de sécurité des aliments de procéder à la réévaluation de la limite autorisée du BPA à la lumière des nouvelles données canadiennes et américaines.

Les conclusions de cette réévaluation sont connues depuis le mois de juin 2008. Elles précisent que les normes européennes sont largement suffisantes pour assurer la protection de toutes les catégories de consommateurs, y compris les plus faibles, en l'occurrence les bébés. Elles précisent qu'il n'est pas nécessaire de revoir les normes. Dès lors, la Commission européenne et les États membres n'envisagent pas de modifier la réglementation.

À ce stade, en toute logique, il n'est pas question de campagne de sensibilisation. Dans le cas où des études complémentaires aboutiraient à des conclusions différentes, des campagnes de sensibilisation et d'information devraient évidemment être lancées mais, par ailleurs, il faudrait impérativement modifier les normes au niveau fédéral. Se limiter à le faire à l'échelon de la Communauté française serait interprété comme une manifestation de défiance vis-à-vis de l'action du gouvernement fédéral et engendrerait une cacophonie dont les consommateurs seraient les premières victimes.

Les biberons relèvent de compétences différentes. Le service Sécurité des consommateurs du SPF Économie, PME, Classes moyennes et Éner-

gie veille à la sécurité générale des produits. Le SPF Santé publique contrôle l'utilisation des phtalates et des N-nitrosamines. Enfin, la question du contact alimentaire est traitée par l'AFSCA, notamment. Je mets à disposition de Mme Tillieux un relevé des différentes législations.

En conclusion, nous devons être à la fois vigilants et prudents, tout en évitant d'exposer les consommateurs, les jeunes mères en particulier, à une cacophonie préjudiciable.

M. le président. – Le relevé sera joint au rapport.

Mme Eliane Tillieux (PS). – Je suis heureuse de recevoir les tableaux de la ministre car ils contiennent des données techniques très intéressantes.

Je me rallie à son souci de cohérence mais des inquiétudes subsistent nonobstant la position actuelle du gouvernement fédéral. À l'avenir, nous apprendrons encore bien des choses sur de nombreuses substances. Vigilance et prudence seront plus que jamais de mise.

Dans un communiqué daté du 17 octobre, le gouvernement canadien fait savoir qu'il est sur le point d'interdire l'importation et la vente de biberons en polycarbonate, qui contient du bisphénol A, ainsi que la publicité pour ces produits. Il prendra aussi des mesures pour limiter les quantités de bisphénol A rejetées dans l'environnement en raison de la décomposition très lente de cette substance. Voilà qui donne à réfléchir.

Les scientifiques ont conclu que les niveaux d'exposition au bisphénol A chez les nourrissons et les bébés sont inférieurs à ceux qui entraînent des effets. Cependant, sur la base d'autres études portant sur les effets potentiels de ce produit à faible concentration, le gouvernement du Canada s'apprête à prendre des mesures pour protéger les nourrissons et les jeunes enfants. Donc, si la situation n'est pas alarmante, il y a bel et bien un risque incitant le Canada à se conformer au principe de précaution.

2.5 Question de M. Paul-Olivier Delannois à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, concernant le « suivi de la question relative à la prévention contre les nuisances sonores »

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – Madame la ministre, je vous interpelle régulièrement sur le problème des nuisances sonores.

Récemment, la presse a encore attiré notre at-

attention sur le fait que l'usage fréquent de baladeurs et autres lecteurs MP3, de plus en plus performants, peut provoquer des lésions irréversibles des fonctions auditives. Cette mise en garde est lancée aujourd'hui par le Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux (CSR-SEN), dépendant de la Commission européenne, qui a publié les conclusions de son étude. Je cite : « Les propriétaires d'un baladeur risquent des pertes auditives irréversibles s'ils règlent le son trop fort et se servent de cet appareil pendant plus d'une heure par jour, toutes les semaines pendant au moins cinq ans. » Or cela concerne 5 à 10 % des utilisateurs de lecteurs, soit deux à dix millions de personnes. La commissaire en charge de la Protection des consommateurs n'a pas tardé à se manifester, en soulignant la nécessité d'agir rapidement et en préconisant des mesures de prévention et des mesures normatives pour la commercialisation de ces appareils.

Chez nous, plusieurs instances d'avis se sont également penchées sur ce problème de santé publique. Ainsi les experts du Conseil supérieur d'hygiène ont proposé de restreindre le volume autorisé sur ces appareils pour limiter les lésions auditives. À la Communauté française, le Conseil supérieur de promotion de la Santé a également été sollicité pour faire des propositions en matière de prévention et d'information.

Vu l'importance grandissante accordée par tous les niveaux de pouvoir à cette question, je souhaiterais connaître les actions que la Communauté française a déjà entreprises. Existe-t-il des données nous permettant de prendre la mesure du problème ? Ne faudrait-il pas insérer cette question dans les prochaines enquêtes sur les comportements des jeunes afin de mieux connaître leurs habitudes d'écoute de la musique ? Envisagez-vous de lancer une campagne sur les nuisances sonores, en collaboration avec les acteurs concernés ?

Vous annoncez votre intention d'organiser une séance d'information pour les services PSE et les centres PMS sur la prévention des traumatismes domestiques. A-t-elle eu lieu ? La prévention des nuisances sonores a-t-elle été abordée avec ces professionnels de la santé ? Quelles nouvelles actions spécifiques ces services et centres comptent-ils entreprendre pour sensibiliser et informer les jeunes sur les risques de l'usage abusif des baladeurs, pour les inciter à baisser le volume d'écoute et à ne pas vivre avec les écouteurs collés aux oreilles ?

Par ailleurs, en plus des actions de sensibilisation destinées aux professionnels de la musique, pensez-vous également impliquer les associations

dans la prévention dans les écoles et autres milieux fréquentés par les jeunes ? Vous avez également relevé l'importance de se concerter avec les Régions pour évaluer la portée du problème et s'accorder sur les aspects normatifs et environnementaux. Avez-vous porté ce point dans la *Task Force*, qui est le niveau le plus adéquat pour la prévention en matière de santé et d'environnement ? Pensez-vous aussi l'évoquer avec le niveau fédéral à l'occasion d'une prochaine conférence interministérielle ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – L'impact du bruit sur la santé a été abondamment documenté. Les normes de niveau sonore s'appliquent à de nombreux types de produits et milieux de vie. Cette question est devenue une priorité dans notre société tant se multiplient les sources et les effets néfastes sur la santé. Il revient aux autorités régionales d'agir en amont.

Le Conseil supérieur d'hygiène a rendu en 2007 un avis qui recommande des actions de prévention ainsi que des mesures normatives. Il insiste sur deux déterminants pour la survenue de dégâts éventuels : l'intensité et la durée d'utilisation. Pour la Communauté française, j'avais ensuite sollicité l'avis du Conseil supérieur de la prévention de la santé sur la question des nuisances sonores, plus particulièrement dans les milieux festifs. Pour cet organisme, il s'agit d'une question à aborder globalement. En effet, l'exposition volontaire au bruit est une conduite à risque, comme celles qui mènent aux accidents de la route ou la consommation abusive et qui caractérisent la population jeune entre quinze et trente ans.

Cette problématique s'intègre dans une approche globale de la prévention des traumatismes et de la promotion de la sécurité et de la santé, qui constitue un des axes prioritaires du plan communautaire opérationnel. Je compte demander au service d'information en promotion éducation/santé de l'ULB d'étudier ce sujet dans la prochaine enquête HBC prévue en 2010. Cela nous permettra d'avoir une idée des habitudes des jeunes adolescents face au bruit, lors des sorties en boîtes de nuit, en concert ou à l'écoute d'un MP3.

Diverses actions de prévention sont menées en Communauté française par des asbl, les CLPS et les services PSE. Elles visent plus particulièrement un public cible fortement exposé aux nuisances sonores comme les professionnels de la musique et les jeunes festivaliers. Les asbl Court-Circuit et Modus Fiesta via Modus Vivendi financées par la Communauté française mènent des actions de prévention, comme une distribution de boules Quies

auprès de professionnels de la musique, tels que les DJ, les musiciens, les ingénieurs du son.

Les CLPS mettent à la disposition des établissements scolaires le kit pédagogique « Décibelle et Groboucan, les chasseurs de bruits », à destination d'enfants entre dix et douze ans. D'autres outils pédagogiques existent sur cette problématique et sont à disposition des écoles qui développent un projet sur ce thème ou qui y sont sensibilisées. Dans le cadre des missions PSE, les services effectuent un bilan audiométrique des enfants et des jeunes. Nous avons aussi mis en place un dépistage de la surdité néonatale, à ne pas confondre avec la surdité acquise. Le test audiométrique des jeunes est l'occasion d'informer ces derniers sur les dangers d'une longue exposition au bruit. Une information précoce est d'autant plus importante que ces troubles auditifs sont réversibles. Certains services PSE affichent des messages sur les nuisances des MP3 et des GSM, à côté des appareils de test auditif. D'autres souhaitent améliorer l'accueil des enfants et des enseignants lors des visites médicales, en modifiant la configuration des locaux dans le but de diminuer le bruit. On est parfois étonné de l'intensité du bruit causée par le rassemblement d'un grand nombre d'enfants en un même lieu. D'autres PSE améliorent le contexte environnemental lors des repas, notamment dans les écoles, en fixant pour objectif une réduction du bruit, parfois assourdissant dans les cantines.

La problématique est vaste et dépasse mes compétences. Je songe notamment aux nuisances du trafic routier et aérien.

Maîtriser l'ensemble des bruits est malheureusement impossible. C'est pourquoi nous devons accorder toute notre attention à ce problème et multiplier les messages de prévention, notamment sur l'intensité et la durée de l'exposition au bruit.

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – Madame la ministre, je prends note que vous avez intégré cette question dans la prochaine étude. Les campagnes de prévention doivent être mûrement réfléchies car elles s'adressent aux jeunes. Il faut qu'elles soient bien accueillies. Mes deux filles utilisent également, parfois abusivement, un lecteur MP3. Leur dire simplement que c'est nuisible est insuffisant. Il faut un message accrocheur. Pourquoi ne pas tout simplement apposer un logo sur les cédés ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – L'idée n'est pas mauvaise. Vous devriez en parler à Mme Laanan !

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – Je ne sais pas si le texte brutal apposé sur les paquets de ci-

garettes a un effet bénéfique mais un message bien ciblé à l'adresse des jeunes ne peut pas faire de tort.

2.6 Question de Mme Véronique Bonni à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à « l'élaboration du prochain plan quinquennal de promotion de la santé »

Mme Véronique Bonni (PS). – En vertu du décret du 14 juillet 1997 portant l'organisation de la promotion de la santé, un plan quinquennal a été arrêté par le gouvernement en 2004. Ce plan définit pour la Communauté française les lignes de force de la politique de la promotion de la santé ainsi que celles de la politique de médecine préventive. Dix problèmes de santé prioritaires ont ainsi été définis : prévention des assuétudes, des cancers, des maladies infectieuses, des traumatismes, promotion de l'éducation physique, de la santé bucco-dentaire, de la santé cardio-vasculaire, du bien-être et de la santé mentale, de la santé de la petite enfance et d'un environnement sain. Ce programme quinquennal couvre la période du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2008.

Je souhaiterais savoir, madame la ministre, si un nouveau plan quinquennal est en cours d'élaboration. Dans l'affirmative, quand sera-t-il adopté ? Pourriez-vous nous informer de son cheminement au niveau fédéral et auprès des instances consultatives ? Y a-t-il une base légale déterminant une procédure précise ? De nouvelles priorités seront-elles proposées ? Quand le parlement pourra-t-il prendre connaissance de cette actualisation pour les cinq prochaines années ? À l'échéance du plan, le gouvernement est-il tenu d'en élaborer un nouveau ? Je vous remercie d'avance, madame la ministre, de nous éclairer sur l'élaboration de ce plan.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Madame Bonni, votre question me donne l'occasion de susciter un débat intéressant.

Vous avez évoqué les instances consultatives, dont le Conseil supérieur de promotion de la santé. En septembre, j'ai reçu un projet de plan quinquennal, que j'estime insatisfaisant. Ce document ne repose sur aucune évaluation du programme précédent. En matière de santé et de la promotion de celle-ci, l'analyse de ce qui a été accompli est essentielle pour définir les options des cinq années à venir, surtout si l'on veut se donner des objectifs quantifiés.

Le document qui m'a été remis, contrairement

à celui qui lui précède, ne comprend d'approche par thèmes qui me paraît indispensable pour envisager efficacement la politique des cinq prochaines années.

Face à cette situation, deux réactions sont possibles. La première serait de faire pression sur le Conseil supérieur et l'administration, les contraignant à réaliser en quelques semaines une évaluation valable et à rédiger sur cette base un programme définissant les thèmes appropriés. Mais je doute qu'un travail ainsi fait à la hâte réponde à nos exigences.

La deuxième réaction serait de mener une étude approfondie, étalée sur plusieurs mois, tenant compte d'analyses épidémiologiques et qui établirait les thèmes de santé publique prioritaires, y compris avec des objectifs chiffrés. Ce travail serait l'œuvre du Conseil supérieur de la santé en collaboration avec l'administration et l'Institut scientifique de santé publique (ISP).

Adopter ce projet insatisfaisant et en faire porter la responsabilité au prochain gouvernement qui aura la tâche de mettre en œuvre 90 % du plan quinquennal, n'est pas une attitude défendable. Ceux qui nous succèdent doivent avoir l'opportunité de fixer leur politique dans de bonnes conditions, une politique qui repose sur un travail d'évaluation sérieux et scientifique, et sur des objectifs chiffrés déterminés par l'ensemble des partenaires dont l'ISP.

Je désapprouve le fait d'imposer à mon successeur mes propres choix en les bétonnant dans des décrets et programmes.

Mon successeur mènera la politique de son choix. Il nous reste quelques mois pour nous consacrer à l'évaluation du plan échu.

Je compte avoir une discussion au gouvernement pour décider de l'option à prendre. Je privilégie un travail sur le fond car les enjeux sont importants et la manière de les définir est une étape cruciale.

Mme Véronique Bonni (PS). – En tant que parlementaires, nous aurions dû aussi poser plus tôt des questions sur ce plan quinquennal et faire des propositions pour lui donner une base légale.

M. le président. – Voilà qui clôt l'heure des questions et interpellations.

– *L'heure des questions et interpellations se termine à 15 h 30.*