

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

25 septembre 2003

SESSION EXTRAORDINAIRE 2003

PROPOSITION DE LOI SPÉCIALE

**visant à rétablir au niveau fédéral,
dans un souci de santé publique,
la cohérence des politiques en matière de
médecine préventive et curative en
modifiant l'article 5 de la loi spéciale du
8 août 1980 de réformes institutionnelles**

(déposée par M. Yvan Mayeur)

SOMMAIRE

1. Résumé	3
2. Développements	4
3. Proposition de loi	18
4. Annexe	19

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

25 september 2003

BUITENGEWONE ZITTING 2003

VOORSTEL VAN BIJZONDERE WET

**teneinde de beleidslijnen inzake preventieve
en curatieve gezondheidszorg opnieuw op
het federale niveau samen te brengen, om
aldus de volksgezondheid ten goede te
komen, via een wijziging van artikel 5 van de
bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot
hervorming der instellingen**

(ingediend door de heer Yvan Mayeur)

INHOUD

1. Samenvatting	3
2. Toelichting	4
3. Wetsvoorstel	18
4. Bijlage	19

<i>cdH</i>	: <i>Centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&V</i>	: <i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>ECOLO</i>	: <i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
<i>FN</i>	: <i>Front National</i>
<i>MR</i>	: <i>Mouvement Réformateur</i>
<i>N-VA</i>	: <i>Nieuw - Vlaamse Alliantie</i>
<i>PS</i>	: <i>Parti socialiste</i>
<i>SP.a - SPIRIT</i>	: <i>Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.</i>
<i>VLAAMS BLOK</i>	: <i>Vlaams Blok</i>
<i>VLD</i>	: <i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

<i>DOC 51 0000/000</i>	: <i>Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA</i>	: <i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV</i>	: <i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>
<i>CRIV</i>	: <i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>
<i>CRABV</i>	: <i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>
<i>PLEN</i>	: <i>Plenum (witte kaft)</i>
<i>COM</i>	: <i>Commissievergadering (beige kaft)</i>

Abréviations dans la numérotation des publications :

<i>DOC 51 0000/000</i>	: <i>Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA</i>	: <i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV</i>	: <i>Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>
<i>CRIV</i>	: <i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)</i>
<i>CRABV</i>	: <i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>
<i>PLEN</i>	: <i>Séance plénière (couverture blanche)</i>
<i>COM</i>	: <i>Réunion de commission (couverture beige)</i>

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>	<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>

RÉSUMÉ

L'auteur de la présente proposition part du constat que l'essentiel de la politique de dispensation de soins relève de la compétence de l'État fédéral alors que la médecine préventive relève, elle, de la compétence des Communautés. L'auteur relève cependant, exemples à l'appui, que les aspects préventifs et curatifs des soins de santé sont à ce point liés que ne pas les appréhender dans une même perspective conduit inévitablement à des incohérences. Il propose dès lors de modifier l'article 5, § 1^{er}, 1, 2^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles afin de retirer des compétences communautaires la protection sanitaire et les activités de médecine préventive tout en laissant aux Communautés de soin de réglementer les questions liées à l'information et à l'éducation sanitaire.

SAMENVATTING

De indiener van dit voorstel van bijzondere wet gaat uit van de vaststelling dat het beleid inzake zorgverstrekking grotendeels een bevoegdheid is van de federale overheid, terwijl de preventieve gezondheidszorg tot de bevoegdheden van de gemeenschappen behoort. Aan de hand van een aantal voorbeelden stipt de indiener echter aan dat de preventieve en curatieve aspecten van de gezondheidszorg dermate samengaan dat versnippering onvermijdelijk leidt tot een incoherente aanpak. Derhalve stelt hij een wijziging voor van artikel 5, § 1, 1, 2^o, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, teneinde de bescherming van de gezondheid en de preventieve gezondheidszorg uit de gemeenschapsbevoegdheden te lichten.

De gemeenschappen zouden wel regelgevend blijven optreden voor aangelegenheden op het stuk van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi reprend le texte de la proposition de loi DOC 50 2056/001.

La place occupée aujourd'hui par le droit à la santé tant en droit constitutionnel interne qu'en droit international est révélatrice de l'importance acquise par cette matière à la fois pour la population et les pouvoirs publics. Cette récente évolution illustre le besoin d'une plus grande effectivité de ce droit⁽¹⁾.

Le développement du droit à la santé au sens large ⁽²⁾ doit demeurer une priorité sociale ainsi qu'une exigence collective. La protection de la santé de chaque individu quels que soient sa situation financière ou son statut administratif devient un droit fondamental dont il est nécessaire d'assurer l'effectivité.

Les principes de base du système de santé en Belgique sont, outre le droit à la santé :

- la solidarité dans le financement des soins ;
- l'universalité de la couverture obligatoire et l'accessibilité aux soins ;
- la qualité des soins ;
- la liberté thérapeutique et le libre choix du patient.

La santé publique reste une conquête difficile et tous les moyens doivent être mis en œuvre afin de garantir un accès permanent pour l'ensemble de la population aux différents services de santé.

Cela nécessite une organisation cohérente et structurée capable de dépister et de traiter les maladies latentes, actuelles ou potentielles et ce, à l'échelle nationale.

Il subsiste cependant, et les différents rapports sur la pauvreté le démontrent, une inégalité flagrante au sein de la population : tous ne bénéficient pas du même accès à des soins de santé de qualité.

¹ Constitution, article 23.

² étant l'état complet de bien-être physique mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (...), voy. : United Nations, Economic and Social Council, Report of the International Health Conference, New York, 19 juin-22 juillet 1946, p.41.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel van bijzondere wet neemt de tekst over van voorstel van bijzondere wet DOC 50 2056/001.

Zowel in het Belgische grondwettelijk recht als in het internationale recht neemt het recht op gezondheid vandaag een belangrijke plaats in, wat aangeeft dat die aangelegenheid de bevolking én de overheid thans na aan het hart ligt. Die recente evolutie toont de behoefte aan om dat recht concreter gestalte te geven¹.

De uitbouw van het recht op gezondheid in de ruime zin van het woord² moet een maatschappelijk prioriteit én een collectieve eis blijven. De bescherming van de gezondheid van elk individu - ongeacht zijn/haar financiële of administratieve positie - is aan het uitgroeien tot een grondrecht, dat daadwerkelijk uitvoering moet krijgen.

De grondbeginselen van het Belgische stelsel voor de gezondheidszorg zijn, behalve het recht op gezondheid:

- solidariteit bij de financiering van de zorg;
- de veralgemeende verplichte verzekering en toegankelijkheid van de zorg;
- de kwaliteit van de zorg;
- de therapeutische vrijheid en de vrije keuze van de patiënt.

De volksgezondheid blijft een moeilijke verworvenheid en alles moet in het werk worden gesteld om te garanderen dat de hele bevolking permanent toegang heeft tot de verschillende gezondheidsdiensten.

Een en ander vereist een coherente en gestructureerde organisatie, die bij machte is op nationaal vlak latente, bestaande of potentiële ziekten op te sporen en te behandelen.

Uit de diverse armoedeverslagen blijkt evenwel dat er nog steeds een flagrante ongelijkheid heerst onder de bevolking: niet iedereen heeft even makkelijk toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

¹ Artikel 23 van de Grondwet.

² Waarbij het gaat om een volledig fysiek, geestelijk en sociaal welzijn, en dus niet alleen om het gespaard blijven van ziekten of gebreken. Tot de grondrechten van elk menselijk wezen behoort het recht op een leven in de voor hem of haar best mogelijke gezondheidstoestand. Zie *United Nations, Economic and Social Council - Report of the International Health Conference, New York, 19 juni tot 22 juli 1946, blz. 41.*

En effet, la précarité engendre des inégalités liées à l'état de santé ⁽³⁾ et celles-ci ne font que s'accroître à défaut d'une politique globale de prévention, par manque d'information ou en raison d'un accès limité aux systèmes de soins pour des raisons financières, sociales ou culturelles ⁽⁴⁾.

Qualité de vie et santé sont évidemment intimement liées : L'hygiène, l'emploi, le logement, le niveau de revenu, l'alimentation, etc. constituent des éléments influençant de manière positive ou négative le niveau d'espérance de vie en bonne santé. Le lien intrinsèque existant entre le niveau socio-économique et la santé ne fait aucun doute. Les politiques de santé doivent tenir compte de ces disparités.

Il ressort d'une étude visant à dépister de manière systématique l'asthme chez l'enfant réalisée au sein de divers établissements scolaires dont la population est socio-économiquement défavorisée ⁽⁵⁾ que dans la population d'enfants étudiée la prévalence de l'asthme est évaluée à 14 %. La moitié des enfants asthmatiques recensés, ont été dépistés à l'occasion de ce travail !

Il est donc impératif de garantir collectivement à chacun le droit à la protection de la santé sans exception par la mise en œuvre de politiques sociales adéquates, cohérentes et soucieuses du respect du principe d'égalité.

Favoriser le développement de la santé, prévenir les comportements nocifs et limiter les maladies, conscientiser les plus défavorisés aux enjeux de la santé sont des actions essentielles contribuant à la lutte contre l'exclusion, mais aussi à une meilleure utilisation des ressources de la sécurité sociale.

L'exposé général des budgets des recettes et des dépenses pour l'année budgétaire 2002 ⁽⁶⁾ prévoit d'ailleurs que la politique sociale en matière de soins de santé doit avoir pour objectif «la garantie de l'accès de l'ensemble de la population à un large éventail de soins de santé de haute qualité à la mesure du patient».

³ Voy. Rapport Peers, Gillet, Hermesse et Polus, 1999, «Les soins de santé en Belgique, Défis et opportunités», pages 171 et suiv. : «la nécessité d'une vision globale en matière de santé».

⁴ Voy. l'étude de Myriam De Spiegelaere de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale : «Prévention et inégalités sociales de santé».

⁵ «L'asthme, un symptôme de l'époque», film réalisé par l' a.s.b.l. Santé à l'école, le Centre Médical Galilée et le CHU Saint Pierre, 2000.

⁶ Doc. parl. 50 1446/001, p.51.

Doordat sommige mensen in bestaansonzekerheid verkeren, bereikt niet iedereen een gelijkwaardig gezondheidsniveau³. Die ongelijkheid wordt nog schrijnender indien geen werk wordt gemaakt van een algemeen preventiebeleid, onvoldoende voorlichting wordt gegeven of de toegang tot de gezondheidszorg wordt beperkt om financiële, sociale of culturele redenen⁴.

Uiteraard zijn levenskwaliteit en gezondheid nauw met elkaar verbonden: hygiëne, werkgelegenheid, huisvesting, inkomensniveau, voeding enzovoort zijn factoren die een positieve of een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de levensverwachting en -kwaliteit. De intrinsieke band tussen het sociaal-economisch levenspeil en de kwaliteit van de gezondheid staat buiten kijf. Het gezondheidsbeleid moet met die bestaande ongelijkheden rekening houden.

Uit een studie waarin systematisch werd gepeild naar astma bij kinderen in diverse onderwijsinstellingen met een sociaal-economisch achtergestelde schoolbevolking, blijkt dat bij 14% van de onderzochte kinderen astma voorkomt⁵. Bij die kinderen kwam de helft van de geregistreerde astmagevallen pas naar aanleiding van die studie aan het licht!

Het is derhalve noodzakelijk iedereen collectief en zonder uitzonderingen het recht te waarborgen op de bescherming van zijn of haar gezondheid, via de tenuitvoerlegging van een passend en coherent sociaal beleid, waarbij het gelijkheidsbeginsel wordt geëerbiedigd.

Door de gezondheid te bevorderen, schadelijk gedrag te voorkomen, ziekten terug te dringen en de minst-bedeelden te wijzen op het belang van een goede gezondheid, levert men een wezenlijke bijdrage tot de strijd tegen uitsluiting, alsook tot een betere aanwending van de middelen van de sociale zekerheid.

In de algemene toelichting bij de begroting van ontvangsten en uitgaven voor het begrotingsjaar 2002⁶ staat overigens te lezen dat het sociaal beleid inzake gezondheidszorg tot doel moet hebben «de toegang van de gehele bevolking tot een breed pakket van kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg op maat van de patiënt» te waarborgen.

³ Zie het rapport-Peers, Gillet, Hermesse en Polus, «Gezondheidszorg in België: uitdagingen en opportuniteiten», 1999, blz. 171 e.v. «De noodzaak van een globale visie op gezondheid».

⁴ Zie de studie van Myriam De Spiegelaere van het «Centrum voor Gezondheidsobservatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest», *Prévention et inégalités sociales de santé*.

⁵ *L'asthme, un symptôme de l'époque*, film die werd gedraaid door de vzw *Santé à l'école*, het *Centre Médical Galilée* en het *CHU Saint-Pierre*, 2000.

⁶ Kamer van volksvertegenwoordigers, DOC 50 1446/001, blz. 51.

1) Une santé publique préventive ?

Le droit à la prestation de services de soins, efficaces, vigilants et de bonne qualité constitue l'un des droits fondamentaux du patient. Il en va autant des soins curatifs que des soins préventifs. Pour ces derniers, l'accès demeure encore très limité pour les couches défavorisées de la population alors que les politiques de prévention sont d'une importance capitale et qu'elles influencent considérablement l'aspect curatif des soins et la lourdeur de traitement de certaines pathologies.

Les causes de l'inégalité d'accès aux soins de santé préventifs sont multiples : des conditions de vie précaires, le coût financier qu'engendre une prévention efficace, la mauvaise interaction entre les organes de prévention et ceux traitant du volet curatif, une répartition de compétences institutionnelles qui s'avère, à l'expérience, (cf. l'étude citée date d'il y a 10 ans) mal adaptée aux réalités sociales et politiques ⁽⁷⁾ ainsi qu'aux modes de fonctionnement des différents intervenants de terrain .

La prévention et le dépistage permettent non seulement d'améliorer l'état de santé général de la population, mais également à long terme d'éviter certaines dépenses dans le secteur des soins de santé.

Les aspects préventifs et curatifs des soins de santé étant liés, ne pas les appréhender dans une même perspective conduit inévitablement à des incohérences voire même à des effets néfastes pour l'ensemble de la collectivité.

Le recours tardif aux soins de santé, et l'absence de soins, entraînent un coût humain et financier, il est donc opportun de favoriser et de développer, à côté des soins curatifs, des soins préventifs efficaces. Une liaison rationnelle entre soins préventifs et curatifs permet de diminuer les coûts du secteur curatif.

Les politiques de Santé publique mises en œuvre doivent davantage tenir compte des réalités sociales, les soins préventifs et les soins curatifs devant constituer un ensemble.

⁷ Voy. Dony M. et Blero B., «La répartition des compétences en matière de politique de santé, in *Courrier Hebdomadaire du CRISP*, n°1330-1301 – 1990.

1) Een preventief beleid inzake volksgezondheid?

Het recht op doeltreffende, nauwgezette en kwalitatief hoogstaande zorgverlening vormt een van de grondrechten van de patiënt. Dat geldt zowel voor de curatieve als de preventieve zorgverlening. Vooral de preventieve zorgverlening staat nog slechts in beperkte mate open voor de minst bemiddelde lagen van de bevolking, terwijl net het preventiebeleid van heel groot belang is en een aanzienlijke invloed heeft op het curatieve aspect van de gezondheidszorg en op de zwaarte van de behandeling van bepaalde ziekten.

De ongelijke toegang tot de preventieve gezondheidszorg heeft diverse oorzaken: hachelijke levensomstandigheden, de kostprijs van doeltreffende preventie, de gebrekkige samenwerking tussen de preventieve en de curatieve instanties, een institutionele bevoegdheidsverdeling waarvan de ervaring heeft geleerd dat zij slecht aangepast is aan de maatschappelijke en politiek realiteit (zie de als voetnoot aangehaalde studie van tien jaar geleden)⁷, alsook de uiteenlopende werking van de diverse terzake optredende instanties.

Preventie en opsporing verbeteren niet alleen het algemene gezondheidsniveau van de bevolking, maar voorkomen op lange termijn ook sommige sociale-zekerheidsuitgaven.

Gelet op de nauwe band tussen het preventieve en het curatieve aspect van de gezondheidszorg zou een versnipperde aanpak onvermijdelijk leiden tot incoherenties en zelfs kwalijke gevolgen kunnen hebben voor de hele bevolking.

Zich te laat of niet laten verzorgen, heeft een prijs - zowel op menselijk als op financieel vlak. Derhalve verdient het aanbeveling om, naast de curatieve zorg, ook een doeltreffende preventieve zorg te bevorderen en uit te bouwen. Een rationele onderlinge afstemming van de preventieve en de curatieve zorg zal de kostprijs van de curatieve zorg drukken.

De beleidslijnen inzake volksgezondheid moeten meer inspelen op de maatschappelijke realiteit en daarom behoren de preventieve en de curatieve zorg één geheel te vormen.

⁷ Zie Dony M. en Blero B., *La répartition des compétences en matière de politique de santé*, in: *Courrier Hebdomadaire du CRISP*, nr. 1330-1331, 1990.

2) Qui doit agir ?

L'essentiel de la politique de dispensation de soins (en particulier l'assurance soins de santé obligatoire) relève de l'État fédéral. La prévention incombe aux Communautés.

La politique de la santé fait partie des matières dites «*personnalisables*» qui, aux termes de l'article 59bis, § 2 bis, de la Constitution, relèvent de la compétence des Communautés.

Les matières personnalisables sont celles se rapportant aux matières sociales et «*étroitement liées à la vie de l'individu dans sa communauté*»⁽⁸⁾.

Lors de la révision de l'article 59 bis de la Constitution, seul l'aspect linguistique avait été évoqué pour justifier le rattachement de ces matières aux Communautés⁽⁹⁾. Un certain nombre d'exceptions ont toutefois été maintenues au niveau fédéral.

L'article 5, § 1^{er} de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles dispose que «les matières personnalisables visées à l'article 59 bis, § 2 bis, de la Constitution sont :

I. En ce qui concerne la politique de la santé : (...) 2° l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales». (...).

L'autorité fédérale reste néanmoins compétente pour une série d'exceptions instituées dans le domaine de la politique de la santé⁽¹⁰⁾ et notamment pour les mesures prophylactiques nationales.

Il va de soi qu'une politique de soins de santé fragmentées entre différents niveaux de pouvoir est moins cohérente et entre en contradiction avec une démarche globale de santé publique. La limite qui sépare ces deux domaines est parfois très floue, ce qui, pour la vaccination notamment, n'est pas de nature à simpli-

⁸ Ibidem

⁹ Ibidem

¹⁰ Voy. art. 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

2) Wie moet optreden?

De federale Staat is grotendeels bevoegd voor het beleid inzake zorgverstrekking (inzonderheid voor de verplichte ziekteverzekering). De preventie is een bevoegdheid van de gemeenschappen.

Het gezondheidsbeleid maakt deel uit van de zogenaamde «persoonsgebonden» aangelegenheden die, overeenkomstig artikel 128, § 1, van de Grondwet, onder de bevoegdheden van de gemeenschappen ressembleren.

De persoonsgebonden materies hebben betrekking op de maatschappelijke aangelegenheden en zijn nauw verbonden met het leven van het individu in zijn gemeenschap⁸.

Ten tijde van de herziening van het toenmalige artikel 59bis van de Grondwet werd uitsluitend het taalaspect als beweegreden ingeroepen om die aangelegenheden aan de gemeenschappen toe te wijzen⁹. Niettemin werd een aantal materies bij wijze van uitzondering federaal gehouden.

Artikel 5, § 1, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen bepaalt het volgende: «De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59bis, 2bis, van de Grondwet zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft: (...) 2° De gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis. (...).

De federale overheid blijft echter bevoegd voor een reeks van uitzonderingen op het stuk van het gezondheidsbeleid¹⁰ en inzonderheid voor de nationale maatregelen inzake profylaxis.

Het spreekt voor zich dat een over diverse bevoegdheidsniveaus versnipperd gezondheidsbeleid minder coherent is en haaks staat op een algemeen beleid inzake volksgezondheid. Er valt vaak geen duidelijke scheidingslijn te trekken tussen die beide aangelegenheden, waardoor de zaken moeilijker worden,

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Zie artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.

fier les choses ⁽¹¹⁾, voire même est susceptible d'entraîner des effets indésirés (multi-résistance des virus par exemple).

La médecine préventive est donc, à la seule exception des mesures prophylactiques nationales, de compétence communautaire et comprend, outre les activités et services de médecine préventive :

1. l'éducation sanitaire ⁽¹²⁾ ;
2. la protection sanitaire ⁽¹³⁾ ;
3. le dépistage et la lutte contre les maladies transmissibles et sociales ;
4. l'inspection médicale scolaire ;
5. le contrôle sanitaire dans les entreprises ;
6. les missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), à Kinderzorg en Gezinsondersteuning (K & G) et à Dienst Für Kind Und Familie.

Le dépistage et la lutte contre les maladies transmissibles et sociales sont du ressort des Communautés mais les vaccinations obligatoires échappent à la compétence de celles-ci au titre de «mesures prophylactiques nationales» car la vaccination obligatoire ne serait pas une mesure liée à l'individu dans sa Communauté ⁽¹⁴⁾ mais une mesure de police sanitaire nationale.

¹¹ Par exemple, un nouveau vaccin sera bientôt mis sur le marché, l'«hexavalent», combinant diphtérie, tétanos, coqueluche, Hib, hépatite B et polio. Cette injection de 6 antigènes devra être financée par trois intervenants différents, etc., voy. *Le journal du médecin*, 1428, 3 mai 2002, p.23.

¹² Il s'agit de l'information et de l'éducation sanitaire de la population notamment par la prévention du cancer et l'amélioration de l'état sanitaire de la population soit dans le cadre d'une éducation sanitaire soit par d'autres moyens appropriés (C.A. n°7/93, 27 janv. 1993, R.W., 1992/1993, col. 987), sous quelque forme que ce soit, et notamment dans le cadre de campagnes organisées en collaboration avec des organismes tels que la Croix-Rouge ou l'ONE.

¹³ Il s'agit de la protection sanitaire de la population, et particulièrement la prévention du cancer et de la tuberculose, soit par la diffusion d'informations, soit par des activités préventives ainsi que la protection de la mère et de l'enfant, notamment par l'information et toutes autres activités poursuivies dans les crèches, les consultations de nourrissons, les pouponnières, les maisons maternelles, les gardes à domicile, les centres de vacances et d'hébergement, voy. F. Delpérée, Le «Système constitutionnel de la Belgique», *Répertoire notarial*, n°207, p.171.

¹⁴ Avis du Conseil d'État n° L 14.172/2 du 30 juin 1981.

met name op het stuk van de inenting,¹¹ of waardoor zelfs ongewenste effecten kunnen ontstaan (zoals multiresistentie van virussen).

De gemeenschappen zijn dus, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis, bevoegd inzake preventieve geneeskunde. Die behelst, naast de activiteiten en diensten voor preventieve geneeskunde :

1. de gezondheidsopvoeding¹²;
2. de bescherming van de gezondheid¹³;
3. de opsporing en de bestrijding van de overdraagbare en sociale ziekten;
4. het medisch schooltoezicht;
5. de gezondheidscontrole in de ondernemingen;
6. de opdrachten van het *Office de la Naissance et de l'Enfance* (ONE), «Kind en Gezin» (K & G) en de *Dienst für Kind und Familie*.

De gemeenschappen zijn bevoegd voor de opsporing en de bestrijding van de overdraagbare en sociale ziekten maar niet voor de verplichte inentingën omdat het om «nationale maatregelen inzake profylaxis» gaat. De verplichte inenting zou geen maatregel zijn die gebonden is aan het individu in zijn gemeenschap¹⁴ maar een maatregel van nationale gezondheidspolitie.

¹¹ Zo komt binnenkort een nieuw, hexavalent vaccin op de markt dat een combinatie vormt van een vaccin tegen difterie, tetanus, kinkhoest, Hib, hepatitis B en polio. Die injectie van zes antigenen zal door drie verschillende instanties moeten worden gefinancierd. Zie *Le journal du médecin*, 1428, 3 mei 2002, blz. 23.

¹² Het betreft de gezondheidsopvoeding en –voorlichting van de bevolking, meer bepaald door de kankerpreventie en de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking, hetzij in het kader van de gezondheidsopvoeding, hetzij door andere passende middelen (arrest Arbitragehof nr. 7/93 van 27 januari 1993, R.W., 1992/1993, col. 987, ongeacht in welke vorm dat gebeurt, en onder meer in het kader van campagnes die worden georganiseerd in samenwerking met organisaties zoals het Rode Kruis of Kind en Gezin.

¹³ Het betreft de bescherming van de gezondheid van de bevolking en in het bijzonder de preventie van kanker en van tuberculose (door de verspreiding van informatie dan wel door preventieve activiteiten), alsmede de bescherming van moeder en kind, onder meer door informatie en alle andere activiteiten in de crèches, de zuigelingenconsulten, de kinderdagverblijven, de kleuterverblijven, de thuisopvangvoorzieningen en de vakantie- en verblijfscentra (zie F. Delpérée, *Le système constitutionnel de la Belgique*, *Répertoire notarial*, nr. 207, blz. 171).

¹⁴ Advies van de Raad van State nr. L 14.172/2 van 30 juni 1981.

De même, si le contrôle sanitaire des entreprises relève des compétences communautaires, la législation relative au bien-être des travailleurs, la prévention et la protection du travail sont dans le giron fédéral.

3) La santé pour tous les Belges ?

Est-il concevable que les règles d'application et de contrôle en matière de médecine préventive ne soient pas uniformes sur tout le territoire ? Ne serait-ce pas contraire à l'intérêt de l'ensemble de la population ?

Voici quelques exemples récents où l'État fédéral a joué un rôle actif dans la prévention à la demande des Communautés :

1. Les vaccinations :

La politique de vaccination dépend de la compétence des Communautés française et flamande. Le seul vaccin obligatoire (poliomyélite) et le vaccin en tant que médicament (enregistrement, prix, remboursement, etc.) ressortissent aux compétences fédérales.

Les vaccinations obligatoires échappent à la compétence communautaire en tant que «mesures prophylactiques⁽¹⁵⁾ nationales» visées par l'article 5, §1^{er}, 1, 2°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

Par conséquent, l'autorité fédérale supporte seule la gestion de cette politique.

L'exception est légalement consacrée mais il va sans dire qu'il s'agit bien de mesures préventives.

L'exemple de la méningite C :

La méningite est une maladie infectieuse terrible touchant surtout les jeunes enfants⁽¹⁶⁾. Elle est responsable d'infections invasives rapidement évolutives. Le traitement préventif de cette maladie doit se situer au-delà de la simple information, mais doit se faire via des campagnes systématiques sur l'ensemble du territoire dès lors que la maladie frappe à l'aveuglette et son incidence est complètement hétérogène.

¹⁵ La prophylaxie étant l'ensemble des mesures prises pour prévenir l'apparition ou la propagation des maladies.

¹⁶ Cfr. Tableau de bord de la Santé – Région de Bruxelles Capitale – Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale, 2001, p.40.

Zo ook zijn de gemeenschappen bevoegd voor de gezondheidscontrole in de ondernemingen, maar zijn de wetgeving inzake het welzijn van de werknemers, de preventie en de bescherming van de arbeid federale bevoegdheden.

3) De gezondheid voor alle Belgen?

Is het denkbaar dat op het Belgisch grondgebied geen eenvormige toepassings- en controleregels gelden inzake preventieve geneeskunde? Zou dat niet indruisen tegen het belang van de hele bevolking?

Hieronder gaan enkele voorbeelden waarbij de federale Staat op verzoek van de gemeenschappen een actieve rol heeft gespeeld inzake preventie :

1. De inenting

De Vlaamse en de Franse Gemeenschap zijn bevoegd voor het inentingsbeleid. Het enige verplichte vaccin (tegen kinderverlamming) en het vaccin als geneesmiddel (registratie, prijs, terugbetaling enzovoort) zijn federale bevoegdheden.

De verplichte inenting is «nationale maatregelen inzake profylaxis¹⁵» zoals bedoeld in artikel 5, § 1, 1, 2°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, en vallen dus niet onder de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Derhalve komt dat beheer volledig voor rekening van de federale overheid.

De uitzondering is wettelijk bekrachtigd, maar het ligt voor de hand dat het wel degelijk om preventieve maatregelen gaat.

Het voorbeeld van hersenvliesontsteking C

Hersenvliesontsteking is een heel erge besmettelijke ziekte die vooral de jonge kinderen treft¹⁶. Ze veroorzaakt snel evoluerende invasieve infecties. De preventieve behandeling van die ziekte moet meer inhouden dan de loutere voorlichting; ze moet gebeuren via systematische campagnes op het hele grondgebied aangezien de ziekte blindelings toeslaat en haar incidentie volkomen heterogeen is.

¹⁵ De profylaxis of profylaxe is het geheel van maatregelen ter voorkoming van het optreden of het verspreiden van ziekten.

¹⁶ Zie «Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest», Centrum voor Gezondheidsobservatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2001, blz. 40.

La plupart des spécialistes soutiennent que la maladie doit être éradiquée par le biais de vaccinations massives.

En effet, les campagnes de vaccination limitées à une portion d'un territoire donné, voire limitées dans le temps, provoquent des effets négatifs sur la population et notamment sur les personnes ayant déjà bénéficié de la vaccination.

Un de ces effets pervers est le risque de baisse de vigilance face à la méningite à méningocoques. Par exemple, à Bruxelles, une diminution des cas de méningites de type C a été enregistrée en 2001 mais corrélativement une augmentation de cas de méningites de type B (pour laquelle le vaccin n'agit pas) a été constatée.

Le constat fait à Bruxelles par l'Observatoire de la Santé relevant de la Commission communautaire commune (CoCom) est que chaque Communauté a sa façon de communiquer avec le public et les prestataires, et les méthodes de distribution et de commande des vaccins diffèrent aussi entre elles. Bruxelles doit donc composer avec ces éléments, ce qui implique des retards, des incohérences et donc des messages peu clairs diffusés au public.

Une coordination non adéquate des politiques de vaccination impliquera un retard dans l'éradication de la maladie. Ce n'est donc pas l'aspect financier qui est visé ici.

A titre d'exemple, le Royaume-Uni a mené en 1999 une campagne de vaccination contre le méningocoque C qui a été couronnée de succès puisque la maladie a pour ainsi dire disparu. Pas moins de vingt millions de doses de vaccins ont été administrées à des catégories de personnes d'âges différents sur l'ensemble du territoire.

En 2001, ce type de méningite est devenu presque majoritaire en Belgique. La mise en place des diverses campagnes s'est opérée lentement.

La conférence interministérielle de la Santé publique comprenant l'ensemble des ministres (Fédéral et Communautés) a signé le 11 décembre 2001 un accord de protocole sur la vaccination contre la méningite C.

La campagne ainsi décidée permettra une vaccination gratuite (sur une base volontaire) contre la méningite C pour tous les enfants entre 1 et 5 ans (+/- 400.000

De meeste specialisten zijn van oordeel dat die ziekte moet worden uitgeroeid aan de hand van grootschalige vaccinaties.

De inentingcampagnes die beperkt blijven tot een deel van een bepaald grondgebied of slecht tijdelijk zijn, hebben immers negatieve gevolgen voor de bevolking en in het bijzonder voor de personen die reeds werden ingeënt.

Het risico van een verminderende waakzaamheid ten aanzien van de meningitis door meningokokken is een van die negatieve effecten. In Brussel bijvoorbeeld heeft men in 2001 een daling vastgesteld van het aantal gevallen van meningitis C, maar tegelijk ook een stijging van de gevallen van meningitis B (waarvoor de entstof niet werkzaam is).

In Brussel heeft het «Centrum voor Gezondheidsobservatie», dat ressorteert onder de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Cocom), vastgesteld dat elke gemeenschap zich op een eigen manier tot het publiek en tot de zorgverleners richt en er uiteenlopende methodes zijn voor de verspreiding en de bestelling van de vaccins. Brussel moet daar rekening meer houden, wat dus leidt tot vertragingen, onsamenhangendheden en derhalve weinig duidelijke boodschappen voor het publiek.

Een onaangepaste coördinatie van de beleidslijnen inzake inenting brengt met zich dat de uitroeiing van de ziekte trager verloopt. Hier wordt dus niet het financiële aspect bedoeld.

Zo heeft het Verenigd Koninkrijk in 1999 een vaccinatiecampagne gehouden tegen de meningokok C en dat is een succes geworden aangezien de ziekte nagenoeg verdwenen is. Er zijn landelijk niet minder dan twintig miljoen vaccindossissen toegediend aan personen van uiteenlopende leeftijdscategorieën.

Dat soort van meningitis maakt in 2001 in België bijna de meerderheid van de ziektegevallen uit. De verschillende campagnes zijn traag op gang gekomen.

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, met alle terzake bevoegde ministers (op federaal en gemeenschapsniveau), heeft op 11 december 2001 een protocolovereenkomst over de inenting tegen meningitis C ondertekend.

De campagne waartoe aldus werd beslist, zal de mogelijkheid bieden alle kinderen tussen 1 en 5 jaar (circa 400.000 kinderen) kosteloos in te enten tegen

enfants). Tous les enfants du pays, âgés entre 1 et 5 ans, peuvent désormais être vaccinés gratuitement contre cette affection particulièrement grave provoquant une inflammation des méninges et du liquide céphalorachidien qu'elles contiennent ; le nombre de cas est en constante et inquiétante augmentation.

La campagne de vaccination est par ailleurs en parfaite concordance avec la recommandation émise en février 2001 par le Conseil supérieur de l'Hygiène et de la Santé publique demandant d'inclure le vaccin dont question dans le schéma vaccinal actuellement en vigueur.

Un financement fédéral permettra que les campagnes de vaccination soient réalisées dans la totalité du pays rapidement et efficacement. Ainsi chacun pourra bénéficier d'un accès égal à ces campagnes.

La question qui doit légitimement être posée est de savoir si cette campagne aurait pu être coordonnée plus tôt, pour l'ensemble du pays, par les autorités sanitaires fédérales.

2. La campagne nationale de dépistage du cancer du sein :

Le dépistage, pour être efficace, doit permettre un traitement capable d'augmenter la durée et la qualité de la vie et non pas simplement révéler la maladie et il doit également être adapté à l'évolution de la maladie.

Une étude réalisée par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes ⁽¹⁷⁾ démontre que le cancer du sein demeure un grave problème de Santé publique ainsi que la principale cause de mortalité féminine dans notre pays ⁽¹⁸⁾.

Une campagne de dépistage, financée par l'I.N.A.M.I. et donc par mobilisation de moyens budgétaires au niveau fédéral, est orchestrée parallèlement à celle de vaccination contre la méningite C et ce sur l'ensemble du territoire belge.

¹⁷ Cfr. Le dépistage du cancer du sein en question, étude réalisée par le Dr V. Fabri, Direction générale d'étude, développement et information, Union Nationale des Mutualités Socialistes, Bruxelles, février 2001.

¹⁸ Cfr. «Tableau de bord de la Santé – Région de Bruxelles Capitale», Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale, 2001, p.39.

meningitis C. Alle Belgische kinderen tussen 1 en 5 jaar kunnen dus gratis worden gevaccineerd tegen die bijzonder erge ziekte die een ontsteking veroorzaakt van het hersenvlies en van de cerebrospinale vloeistof die het bevat. Het aantal gevallen stijgt voortdurend en dat is verontrustend.

De inentingscampagne sluit bovendien volkomen aan bij de aanbeveling van februari 2001 van de Hoge Gezondheidsraad, die vraagt dat het vaccin wordt opgenomen in het thans geldende inentingsschema.

Dankzij een financiering door de federale overheid zullen de vaccinatiecampagnes snel en doeltreffend op het hele grondgebied kunnen worden uitgevoerd. Zodoende zal iedereen op voet van gelijkheid toegang hebben tot die campagnes.

Men kan zich terecht afvragen of die campagne niet eerder had kunnen worden gecoördineerd, voor het hele land, door de federale gezondheidsoverheden.

2. De nationale campagne voor de opsporing van borstkanker

Om doeltreffend te zijn, moet de opsporing niet louter de ziekte aan het licht brengen, maar een behandeling mogelijk maken die de duur van het leven kan verlengen en de kwaliteit ervan kan verbeteren. De opsporing moet ook aangepast zijn aan het ziekteverloop.

Uit een onderzoek van het «Nationaal verbond van Socialistische Mutualiteiten»¹⁷ blijkt dat borstkanker een ernstig probleem van volksgezondheid blijft en dat het in België tevens de voornaamste doodsoorzaak is bij de vrouwen¹⁸.

Op het hele Belgische grondgebied loopt een campagne ter opsporing van bortsanker die gelijkloopt met die inzake de inenting tegen meningitis C. Die campagne wordt gefinancierd door het RIZIV en dus met federale begrotingsmiddelen.

¹⁷ Zie *Le dépistage du cancer du sein en question*, onderzoek door Dr. V. Fabri, , *Direction générale d'étude, développement et information, Union nationale des mutualités socialistes*, Brussel, februari 2001.

¹⁸ Zie het «Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest», Centrum voor Gezondheidsobservatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2001, blz. 39.

La politique de lutte contre le cancer du sein requiert, selon les recommandations européennes, un dépistage par mammographie répétés tous les deux ans chez les femmes âgées de 50 à 69 ans et remboursé par l'INAMI. Il s'agit d'une mesure de prévention ayant pour cible des femmes en bonne santé.

Si le dépistage du cancer du sein de cette couche précise de la population et mené à long terme (10 ans) n'est pas diligenté sur base d'une politique concertée et organisée, la maladie ne sera découverte que de manière spontanée et tardivement auprès des femmes se présentant volontairement à un examen médical qui n'aura la plupart du temps aucun rapport direct avec le cancer du sein. On parle à cet égard de dépistage sauvage.

Comment justifier raisonnablement qu'une telle politique puisse être menée de front par les Communautés sérieusement et avec le résultat escompté puisque l'on constate :

- qu'il existe des disparités géographiques quant à la proportion de femmes ayant subi l'examen ;
- qu'il existe une différence de fréquence du dépistage selon les catégories sociales.

Afin d'être pleinement efficace, un dépistage de masse par mammographie doit répondre à des critères de qualité⁽¹⁹⁾ portant sur la qualification et l'expérience des médecins et sur le contrôle de l'appareillage utilisé et sur l'organisation du processus d'invitation.

La démarche nécessite une approche méthodique (systématiser la couverture à l'ensemble d'une population définie⁽²⁰⁾) et moins discriminante⁽²¹⁾ du problème visant à la pérennisation du dépistage organisé, exigence essentielle de Santé publique.

¹⁹ admis aux niveaux international et européen, cfr. *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*, European Commission.

²⁰ les femmes de 50 à 69 ans et non un autre critère tel l'appartenance à une Communauté.

²¹ en surmontant notamment les obstacles psychologiques, socio-culturels, organisationnels et financiers.

Volgens de Europese aanbevelingen vereist het beleid ter bestrijding van borstkanker een opsporing aan de hand van een mammografie die om de twee jaar wordt herhaald bij de vrouwen tussen 50 en 69 jaar en die wordt terugbetaald door het RIZIV. Het betreft een preventieve maatregel die gericht is op de gezonde vrouwen.

Indien die langlopende (10 jaar) opsporing van borstkanker bij die welbepaalde bevolkingsgroep niet wordt uitgevoerd op grond van een overlegd en georganiseerd beleid, zal de ziekte slechts toevallig en laat worden ontdekt bij vrouwen die zich vrijwillig aanmelden voor een geneeskundig onderzoek dat doorgaans geen rechtstreeks verband houdt met borstkanker. Men heeft het dan over niet-doelgerichte opsporing.

Hoe kan men redelijkerwijs verantwoorden dat de gemeenschappen naast elkaar met de vereiste ernst en met kans op succes een dergelijk beleid voeren aangezien men vaststelt:

- dat er geografische verschillen bestaan op het stuk van het percentage vrouwen die werden onderzocht;
- dat er een verschil bestaat op het stuk van de frequentie van de opsporing naargelang de sociale categorieën.

Om doeltreffend te zijn, moet een grootschalige opsporing door mammografie beantwoorden aan kwaliteitscriteria¹⁹ inzake de beroepsbekwaamheid en de ervaring van de artsen, alsmede inzake het toezicht op de gebruikte apparaten en inzake de wijze waarop de uitnodigingsprocedure verloopt.

Het probleem vereist een systematische aanpak (de opsporing moet de hele bevolkingsdoelgroep betreffen²⁰), die ook minder discriminerend²¹ is. Streefdoel is de duurzaamheid van de georganiseerde opsporing, wat een essentiële vereiste is op het stuk van de volksgezondheid.

¹⁹ Die op internationaal en Europees niveau aanvaard zijn; zie *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*, Europese Commissie.

²⁰ De vrouwen tussen 50 en 69 jaar en niet een ander criterium zoals het behoren tot een Gemeenschap.

²¹ Waarbij onder meer de psychologische, sociaal-culturele, organisatorische en financiële obstakels worden weggewerkt.

Il en est de même du dépistage du cancer du col de l'utérus. Malgré une diminution de la mortalité due à ce type de cancer, le dépistage actuel, auquel une partie importante de la population – les pauvres notamment – n'ont pas accès, ne rencontre pas les objectifs recommandés par les autorités européennes ⁽²²⁾.

3. Le dépistage du Sida :

Nul n'ignore que l'épidémie du Sida a redémarré en Belgique.

L'épidémie demeure incontrôlée et trois nouveaux cas sont détectés chaque jour.

La lutte contre celle-ci nécessite une approche globale de type multidisciplinaire comprenant à la fois un aspect préventif ⁽²³⁾ et un aspect curatif lesquels sont, pour des raisons d'efficacité, indissociables. Diverses études réalisées à l'étranger ainsi que d'autres législations de pays de l'Union européenne vont dans ce sens. Les Communautés, (et par exemple la Communauté française via l'Agence de prévention du Sida) ⁽²⁴⁾, ont mis en œuvre des programmes et des campagnes d'information et de sensibilisation auprès des groupes dits à risques.

Récemment, la ministre en charge de la prévention Santé à la Communauté française a réduit drastiquement ⁽²⁵⁾ le budget alloué aux trois centres universitaires de référence en Communauté française (Saint-Luc (U.C.L.), CHU de Liège, CHU Saint-Pierre (U.L.B.)) sous prétexte que le contenu du projet soumis dépassait le cadre des compétences de la Communauté française, «strictement préventives», et donc n'envisageant plus le traitement de patients déjà atteints par la maladie en renvoyant ce dernier au fédéral. Cette conception restrictive de la prévention va à l'encontre de ce que doit être, au vu des besoins actuels, la politique de prévention dans le cadre de la lutte contre le Sida et révèle une incohérence qui ne peut être justifiée.

²² Voy. M. Arbyn, *Le dépistage organisé du cancer du col : enfin une réalité pour toute la Belgique ?*, in *Epi-Scoop*, n°1, février 2002.

²³ qui, comme le souligne le Dr Nathan Clumeck du CHU Saint-Pierre (voir *la Libre Belgique* des 15 et 16 décembre 2001, p.6.) comporte trois types d'intervention, savoir empêcher les gens de s'infecter, empêcher que des gens malades infectent des personnes saines et empêcher que les gens malades deviennent plus malades encore.

²⁴ créée en 1991 et intégrée par le décret du 15/12/1997 au sein du Ministère de la Communauté française.

²⁵ de 4 à 2,5 millions de francs (soit de 99.157, 41 à 61.973,38 euros)

Een en ander geldt ook voor de opsporing van baarmoederhalskanker. De sterfte als gevolg van dat soort van kanker daalt, maar toch voldoet de huidige opsporing, waartoe een aanzienlijk deel van de bevolking – onder meer de armen – geen toegang heeft, niet aan de door de Europese overheid vooropgestelde doelstellingen²².

3. Opsporing van aids

Het is genoegzaam bekend dat de aids-epidemie in België een heropflakking kent.

De epidemie krijgt men maar niet onder controle en dagelijks worden drie nieuwe gevallen ontdekt.

Om die epidemie te bestrijden is een multidisciplinaire totaalaanpak vereist die zowel een preventieve ⁽²³⁾ als een curatieve component omvat. Met het oog op de efficiëntie behoren beide componenten onlosmakelijk met elkaar verbonden te zijn. In het buitenland werden daarover diverse studies uitgevoerd en ook de wetgeving in een aantal EU-landen gaat die richting uit. De gemeenschappen hebben, ten behoeve van de zogenaamde risicogroepen, een aantal programma's alsmede voorlichtings- en sensibiliseringscampagnes opgezet (wat de Franse Gemeenschap betreft zij terzake verwezen naar het *Agence de prévention du Sida*) ⁽²⁴⁾.

Onlangs heeft de minister die in de Franse Gemeenschap bevoegd is voor gezondheidspreventie, de budgettaire middelen die de drie universitaire referentieziekenhuizen in de Franse Gemeenschap (*Saint-Luc* (U.C.L.), het *CHU-Liège*, het *CHU-Saint-Pierre* (U.L.B.)) toegewezen krijgen, drastisch teruggeschroefd ⁽²⁵⁾. Dat deed ze met als argument dat de inhoud van het voorgedachte ontwerp buiten de «strikt preventieve» bevoegdheidssfeer van de Franse Gemeenschap lag. Budgettair kon dus niet langer worden voorzien in de behandeling van reeds zieke patiënten; voor de verzorging werd naar het federale niveau doorverwezen. Die al te beperkende opvatting van «preventie» staat haaks op wat, gelet op de huidige behoeften, als beleid inzake aidspreventie behoort te gelden. Zulks wijst op een geenszins te rechtvaardigen incoherentie.

²² Zie M. Arbyn, *Le dépistage organisé du cancer du col : enfin une réalité pour toute la Belgique ?*, in *Epi-Scoop*, nr. 1, februari 2002.

²³ Zoals Dokter Nathan Clumeck van het *CHU Saint-Pierre* onderstreept, omvat die aanpak drie types van actie : voorkomen dat mensen besmet raken, voorkomen dat zieken gezonde personen besmetten en voorkomen dat zieke personen nog zieker worden (zie *La Libre Belgique* van 15 en 16 december 2001, blz. 6).

²⁴ Oppericht in 1991 en bij decreet van 15 december 1997 en ondergebracht bij het ministerie van de Franse Gemeenschap.

²⁵ Een vermindering van 4 tot 2,5 miljoen frank (of van 99.157, 41 tot 61.973,38 euro)

Il est impératif que la lutte contre le Sida s'inscrive dans des programmes annuels reconduits systématiquement afin de garantir une récolte permanente de données et de maintenir un contact continu avec le patient en sauvegardant les actions entreprises sur le terrain par les professionnels de la santé ainsi que par d'autres acteurs.

Une approche de la problématique du traitement de la maladie du Sida ne peut se concevoir raisonnablement que d'un point de vue national pour éviter toute discrimination ⁽²⁶⁾. Pour faciliter les traitements de prévention secondaire, la prévention primaire peut demeurer une compétence des Communautés puisqu'en ce qui concerne les campagnes d'information, la langue est un critère convaincant.

Les mesures prises en cette matière ne sont efficaces que si l'on peut identifier les personnes atteintes et leur proposer un traitement actif. Il s'agit aussi d'éviter la contamination en traitant les sujets atteints. Ceci est autre chose que de favoriser l'emploi de préservatifs etc. même si la prévention primaire permet néanmoins d'attirer l'attention du public quant à la connaissance d'une maladie mais cela est insuffisant en termes d'efficacité.

Le fait que la région de résidence des personnes atteintes de la maladie du Sida n'est connue que pour 55 % des patients et que parmi ceux-ci, 46 % «résident» à Bruxelles ⁽²⁷⁾, explique que les critères linguistiques ou territoriaux n'ont que peu d'utilité pour apprécier une situation qui doit l'être sociologiquement.

Les résultats de la récente mise en œuvre aux États-Unis d'une nouvelle politique ⁽²⁸⁾ concernant le contrôle de l'épidémie du Sida via un laboratoire de référence centralisateur ⁽²⁹⁾ a permis de sensibiliser

In verband met de aidsbestrijding is het absoluut noodzakelijk dat jaarlijks programma's lopen die systematisch worden voortgezet teneinde een permanente gegevensinzameling te waarborgen, voortdurend contact met de patiënt te onderhouden en de initiatieven te vrijwaren die op het terrein door beroepsmensen uit de gezondheidssector alsmede door andere actoren worden genomen.

Teneinde iedere discriminatie te voorkomen, is een andere dan nationale aanpak van de problematiek van de aidsbehandeling redelijkerwijs ondenkbaar ⁽²⁶⁾. Om de behandelingen op het vlak van de secundaire preventie te vergemakkelijken, kan de primaire preventie onder de gemeenschappen blijven ressorteren omdat bij de voorlichtingscampagnes de taal als een doorslaggevend criterium geldt.

De terzake genomen maatregelen zijn maar efficiënt zo men de besmette personen kan identificeren en hen een actieve behandeling voorstellen. Het is tevens zaak om door de behandeling van aidspatiënten nieuwe besmettingen te voorkomen. Dat is iets anders dan het gebruik van voorbehoedsmiddelen en dergelijke te promoten, ook al brengt de primaire preventie de ziekte bij het publiek onder de aandacht; om efficiënt te zijn, volstaat zulks echter niet.

Het feit dat van amper 55% van de patiënten bekend is in welk gewest ze wonen en dat 46% van hen in Brussel «verblijft» ⁽²⁷⁾, verklaart dat de territoriale of taalcriteria maar weinig nuttig blijken om een bepaalde situatie in te schatten; daarvoor moeten sociologische parameters gehanteerd worden.

Onlangs werd in de Verenigde Staten, een nieuw beleid ⁽²⁸⁾ inzake de controle op de aids-epidemie uitgestippeld via een referentielab dat alle gegevens centraliseert ⁽²⁹⁾. Er werd een opsporing uitgevoerd op vertrouwelijke basis en zonder dat het onderzoek enige sociale gevolgen kon sorteren.

²⁶ Cfr. «Tableau de bord de la Santé – Région de Bruxelles Capitale», Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale, 2001, p.45.

²⁷ Cfr. «Tableau de bord de la Santé – Région de Bruxelles Capitale», Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale, 2001, p.45.

²⁸ Voy. M. Mc Carthy, «New US HIV-prevention programme to target those already infected», in *Science and Medecine* - programme «SAFE» : Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic.

²⁹ CDC : Centers for Disease Control and Prevention

²⁶ Zie: «Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest», Centrum voor Gezondheidsobservatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2001, blz.45.

²⁷ Zie «Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest», Centrum voor Gezondheidsobservatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2001, blz. 45.

²⁸ Zie M. Mc Carthy, «New US HIV-prevention programme to target those already infected», in *Science and Medecine* - «SAFE»-programma : Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic.

²⁹ CDC : Centers for Disease Control and Prevention

la population quant aux comportements à risques grâce à un dépistage organisé et confidentiel et sans conséquences sociales, lequel a eu pour effet de briser les chaînes de transmission de la maladie. Cette pratique permet d'éviter le dépistage sauvage effectué automatiquement en milieu hospitalier lors d'une intervention sans lien avec la maladie du Sida.

On constate, après l'exposé des exemples repris ci-dessus, qu'il est illogique de séparer les vaccinations dites obligatoires de mesures telle que la vaccination contre la méningite C puisque dans les deux cas il est démontré d'une part, qu'il doit s'agir de vaccinations massives et que d'autre part, il s'agit d'une question de police sanitaire nationale.

L'exemple du dépistage répété du cancer du sein à l'échelon national souligne la nécessité d'une politique sans cesse renouvelée s'adaptant aux réalités sociales et la nécessité d'appliquer cet argument également dans la lutte contre l'épidémie du Sida.

Enfin, les catégories devant être protégées ne relèvent pas de critères géographiques ni d'appartenance à une Communauté mais bien de critères sociaux.

Il ne peut être question d'accepter une prévention n'ayant pas pour objectif de protéger l'ensemble d'une population saine contre la transmission des maladies et visant à protéger la personne malade par rapport à elle-même et par rapport à la population. La prévention se doit d'être collective si elle veut protéger une population entière.

Au delà du constat selon lequel la politique préventive est conduite et financée par les Communautés (avec cependant une participation Fédérale de plus en plus fréquente) alors que le pouvoir national est le principal bénéficiaire des «effets-retours» de cette politique préventive à travers l'assurance - soins de santé⁽³⁰⁾, il faut admettre qu'une prévention efficace et globale rétablit l'égalité entre les citoyens d'un même pays.

Il importe de ne pas devoir sans cesse renégocier entre les différents niveaux de pouvoir des campagnes de vaccination, mais bien d'instaurer au niveau national une politique unique et cohérente de vaccination pour le cas où une épidémie, par définition imprévisible, surviendrait.

³⁰ Doc. parl. Sénat 1979-1980, n°434/2, p.55.

Met de resultaten van dat beleid kon de bevolking alert worden gemaakt voor risicogedrag en kon de besmettingsspiraal worden doorbroken. Met die praxis kan niet-doelgerichte opsporing worden voorkomen (dus het feit dat het ziekenhuis automatisch een opsporingsonderzoek uitvoert bij patiënten die worden opgenomen voor een ingreep die geen enkele band met aids vertoont).

Uit voormelde voorbeelden blijkt dat het onlogisch is de zogenaamd verplichte inenting te zien los van bepaalde maatregelen zoals de inenting tegen meningitis C: in beide gevallen werd namelijk aangetoond dat de inenting op zeer grote schaal behoren te gebeuren en dat het een zaak van nationaal gezondheidsbeleid betreft.

Het voorbeeld van de herhaalde nationale screening op borstkanker, onderstreept hoe noodzakelijk het is een beleid uit te werken dat constant aan de sociale realiteit moet worden aangepast, en dat argument tevens uit te spelen in de strijd tegen de aids-epidemie.

Tot slot zij gesteld dat bij de aanwijzing van de categorieën die bescherming behoeven, geografische criteria noch criteria inzake de aanhorigheid bij een bepaalde gemeenschap mogen gelden, maar wel sociale criteria.

Er kan geen sprake van zijn een preventie te aanvaarden die niet tot doel heeft de gehele gezonde bevolking te beschermen tegen de overdracht van ziekten en de zieke persoon tegen zichzelf en tegen de bevolking te beschermen. Preventie die de bescherming van een hele bevolking beoogt, moet op een collectieve basis uitgebouwd zijn.

Nog afgezien van de vaststelling dat het preventiebeleid door de gemeenschappen wordt gevoerd en gefinancierd (waarin het federale niveau weliswaar almaar vaker participeert), terwijl het nationale beleidsniveau via de ziekteverzekering⁽³⁰⁾ de voornaamste begunstigde is van het «terugverdieneffect» van dat beleid, kan men er niet omheen dat een efficiënte en totaal-aanpak de gelijkheid tussen de burgers van een zelfde land herstelt.

Het is zaak ervoor te zorgen dat voor inentingscampagnes niet telkens opnieuw onderhandelingen tussen de diverse bevoegdheidsniveaus vereist zijn: op nationaal vlak moet een gestroomlijnd en coherent inentingsbeleid worden opgezet voor het geval een – per definitie onvoorspelbare - epidemie de kop opsteekt.

³⁰ Gedr. St. Senaat 1979-1980, nr. 434/2, blz..55.

Il faut reconnaître qu'il est nécessaire de développer une pratique de médecine préventive soucieuse du respect des recommandations de santé publique et axée sur des critères de qualités. En effet, le système de soins ne peut en aucun cas, pour des raisons de compétences institutionnelles et leurs conséquences financières notamment, venir pervertir des pratiques médicales dont l'efficacité est démontrée.

Les maladies et les traitements étant en constante évolution, il convient de pouvoir s'y adapter et de faire en sorte que les approches tant préventives que curatives soient coordonnées et complémentaires et non fragmentées et incohérentes afin de ne pas créer de discriminations entre les patients et de ne pas enrayer la régulation de l'ensemble du système de soins de santé.

Men kan er niet omheen dat het noodzakelijk is een praxis inzake preventieve geneeskunde te ontwikkelen die oog heeft voor de naleving van de aanbevelingen inzake volksgezondheid en daarbij kwaliteitscriteria laat primeren. Onder geen beding mag het zorgstelsel immers, om redenen van institutionele bevoegdheden en met name gelet op de daaruit voortvloeiende financiering, een bedreiging vormen voor medische praktijken waarvan de efficiëntie buiten kijf staat.

De ziektebeelden en de behandelingen evolueren voortdurend: men moet zich daaraan kunnen aanpassen en ervoor zorgen dat zowel de preventieve als de curatieve aanpak worden gecoördineerd en elkaar aanvullen; terzake is een versnipperd en incoherent beleid uit den boze. De patiënten mogen niet onderling gediscrimineerd worden en de regulering van het integrale gezondheidsstelsel mag niet worden gehinderd.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

La présente proposition de loi spéciale est bicamérale par référence aux articles 128 § 1^{er} et 77 de la Constitution.

Elle doit en outre être adoptée à la majorité spéciale prévue par l'article 4 de la Constitution.

Art. 2

Par «information et éducation sanitaire» on entend :

– L'information et l'éducation sanitaire sous quelque forme que ce soit et notamment dans le cadre de campagnes organisées en collaboration avec des organismes tels que la Croix-Rouge ou l'Office de la Naissance et de l'Enfance, *Kind en Gezin*, *Dienst Für Kind Und Familie*, ou d'autres organismes publics ou privés reconnus par les Communautés ;

– L'information de la mère et de l'enfant, ce qui implique, notamment, toutes activités dans les crèches, pouponnières, maisons maternelles, chez les gardiennes à domicile, dans les centres de vacances ou d'hébergement, ainsi que les consultations de nourrissons, à l'exception du remboursement des prestations médicales qui y sont prodiguées aux bénéficiaires de l'Assurance soins de santé obligatoire ;

– La diffusion d'informations et la mise en œuvre de campagnes de sensibilisations sur les maladies sociales comme notamment la tuberculose, le Sida et le cancer ;

– L'inspection médicale scolaire organisée par la loi du 21 mars 1964 ;

– Le contrôle médico-sportif obligatoire en vertu de la réglementation propre à l'exercice de certains sports (boxe, cyclisme) et le contrôle facultatif .

Yvan MAYEUR (PS)

COMMENTAAR BIJ DE ARTIKELN

Artikel 1

Onder verwijzing naar de artikelen 128, § 1, en 77 van de Grondwet, geldt voor dit voorstel van bijzondere wet de bicamerale behandeling.

Bovendien is voor de goedkeuring van de wet, conform artikel 4 van de Grondwet, een bijzondere meerderheid vereist.

Art. 2

Onder «gezondheidsvoorlichting en -opvoeding» wordt verstaan :

– ongeacht welke vorm van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, die met name wordt verstrekt in het raam van campagnes, opgezet in samenwerking met een aantal organisaties zoals het Rode Kruis, *L'Office de la Naissance et de l'Enfance*, *Kind en Gezin*, of de *Dienst für Kind und Familie*, dan wel met andere door de gemeenschappen erkende openbare of particuliere organisaties;

– voorlichting van moeder en kind, wat inzonderheid alle activiteiten impliceert die plaatsvinden in kinderdag- en nachtverblijven, moedertehuizen, bij onthaalmoeders, in de vakantie- of verblijfcentra, alsmede in de zuigelingenverzorging, met uitzondering van de terugbetaling van de medische prestaties die er worden verstrekt aan de personen die onder de verplichte gezondheidsverzekering vallen;

– de voorlichting en het opzetten van sensibiliseringscampagnes over de sociale ziekten met, zoals onder meer tuberculose, aids en kanker ;

– de bij de wet van 21 maart 1964 georganiseerde medische schoolinspectie;

– het medisch-sportief toezicht dat op grond van de voor bepaalde sporten (bokssport, wielersport) geldende specifieke reglementering verplicht moet worden uitgeoefend, alsmede het facultatief toezicht.

PROPOSITION DE LOI SPECIALE

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 77 de la Constitution.

Art. 2

Dans l'article 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, le 2^o est remplacé par le texte suivant :

«2^o l'information et l'éducation sanitaire, à l'exception de la protection sanitaire, des activités et services de médecine préventive et des mesures prophylactiques nationales.»

Art. 3

La présente loi entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

24 juli 2003

Yvan MAYEUR (PS)

VOORSTEL VAN BIJZONDERE WET

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 77 van de Grondwet.

Art. 2

In artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, wordt het 2^o vervangen door de volgende tekst:

«2^o de gezondheidsopvoeding en –voorlichting, met uitzondering van de gezondheidsbescherming, de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg alsmede van de nationale maatregelen inzake profylaxis.»

Art. 3

Deze wet treedt in werking op de datum waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

24 juli 2003

ANNEXE

BIJLAGE

TEXTE DE BASE

**Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes
institutionnelles**

Article 5

§ 1^{er}. Les matières personnalisables visées à l'article 59bis, § 2bis, de la Constitution, sont:

I. En ce qui concerne la politique de santé:

1° La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception:

- a) de la législation organique;
- b) du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique;
- c) de l'assurance maladie-invalidité;
- d) des règles de base relatives à la programmation;
- e) des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd;
- f) des normes nationales d'agrégation uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux b), c), d) et e) ci-dessus;
- g) de la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux;

2° L'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales.

II. En matière d'aide aux personnes:

(inchangé)

§§ 2 et 3 *(inchangés)*

TEXTE DE BASE ADAPTÉ À LA PROPOSITION

**Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes
institutionnelles**

Article 5

§ 1^{er}. Les matières personnalisables visées à l'article 59bis, § 2bis, de la Constitution, sont:

I. En ce qui concerne la politique de santé:

1° La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, à l'exception:

- a) de la législation organique;
- b) du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique;
- c) de l'assurance maladie-invalidité;
- d) des règles de base relatives à la programmation;
- e) des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd;
- f) des normes nationales d'agrégation uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux b), c), d) et e) ci-dessus;
- g) de la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux;

2° l'information et l'éducation sanitaire, à l'exception de la protection sanitaire, des activités et services de médecine préventive et des mesures prophylactiques nationales.

II. En matière d'aide aux personnes:

(inchangé)

§§ 2 et 3 *(inchangés)*

BASISTEKST**Bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen**

Artikel 5

§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59*bis*, 2*bis*, van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft:

1° Het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, met uitzondering van:

- a) de organieke wetgeving;
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;
- c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- d) de basisregelen betreffende de programmatie;
- e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
- f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren;

g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen;

2° De gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met uitzondering van de nationale maatregelen inzake profylaxis.

II. Wat de bijstand aan personen betreft:

(ongewijzigd)

§§ 2 en 3 (ongewijzigd)

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET VOORSTEL**Bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen**

Artikel 5

§ 1. De persoonsgebonden aangelegenheden bedoeld in artikel 59*bis*, 2*bis*, van de Grondwet, zijn:

I. Wat het gezondheidsbeleid betreft:

1° Het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, met uitzondering van:

- a) de organieke wetgeving;
- b) de financiering van de exploitatie, wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving;
- c) de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- d) de basisregelen betreffende de programmatie;
- e) de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur;
- f) de nationale erkenningsnormen uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bevoegdheden bedoeld in b), c), d) en e) hiervoren;

g) de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen;

2° de gezondheidsopvoeding en –voorlichting, met uitzondering van de gezondheidsbescherming, de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg alsmede van de nationale maatregelen inzake profylaxis.

II. Wat de bijstand aan personen betreft:

(ongewijzigd)

§§ 2 en 3 (ongewijzigd)