

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 19 FEBRUARI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 19 FÉVRIER 2008

Après-midi

La séance est ouverte à 14.25 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De vergadering wordt geopend om 14.25 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Questions jointes de

- Mme Jacqueline Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le manque de médecins généralistes" (n° 1731)

- Mme Leen Dierick à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de médecins généralistes" (n° 2071)

01 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Jacqueline Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan huisartsen" (nr. 1731)

- mevrouw Leen Dierick aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan huisartsen" (nr. 2071)

La **présidente**: Chers collègues, Mme Dierick ne peut être présente aujourd'hui, mais Mme Galant est là pour poser sa question.

01.01 **Jacqueline Galant** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai été heureuse d'apprendre que vous alliez vous pencher sur le problème relatif à la pénurie de médecins. Je crois, en effet, qu'il est grand temps de s'attarder à cette problématique qui n'est pas neuve.

J'ai personnellement réuni dans ma région les médecins généralistes pour cibler leur point de vue. Il est évident que leurs craintes sont légitimes. La plupart d'entre eux vieillissent; or, ils constatent que les remplaçants potentiels sont assez rares. Ils sont évidemment opposés au numerus clausus et ils regrettent qu'on oriente les étudiants vers les spécialités.

Certes, les contraintes de vie d'un médecin généraliste sont différentes de celles d'un médecin hospitalier spécialisé. Mais un médecin de quartier ou de proximité est toujours nécessaire; sa présence sera toujours primordiale notamment pour permettre au patient d'avoir un premier avis médical.

Il faut constater également que le cadastre dressé par l'INAMI ne correspond pas du tout à la réalité. Ainsi, dans ma petite commune de 10.000 habitants, treize médecins sont recensés alors que seuls onze exercent réellement. Si une différence peut être constatée pour ma commune, on peut s'interroger quant à la situation des grandes villes.

Madame la ministre, il est capital d'organiser un débat général sur ce problème si on veut éviter d'être confronté à une énorme problème d'ici quelques années.

Quelles solutions envisagez-vous dans l'immédiat?

Comment est-il envisageable d'alléger les charges administratives des prestataires de soins? N'est-il pas

possible de reconnaître le statut de conjoint aidant aux épouses de médecins qui les assistent bien souvent dans leurs différentes tâches?

N'est-il pas indispensable de repenser la répartition géographique des médecins?

Madame la ministre, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a fait paraître récemment une étude tendant à prouver que le quota de médecins généralistes est loin d'être atteint en Belgique. Que proposez-vous pour résoudre ce problème?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame Galant, la planification médicale est effectivement une problématique importante sur laquelle il nous faut travailler au cours des prochaines semaines et prochains mois. La planification ne se résume pas au contingentement, mais doit répondre au difficile problème de l'offre et de la demande au sein de notre système de soins de santé. Elle doit intégrer les données des forces actives actuelles, des besoins spécifiques liés à des changements sociologiques tels que le vieillissement de la population ou encore la féminisation ou le vieillissement du corps médical, comme vous l'avez évoqué.

J'ai également pris connaissance de l'étude du Centre d'expertise/Kenniscentrum sur la planification. J'en intégrerai les résultats dans une réflexion globale qui tiendra compte des rôles attribués actuellement et dans l'avenir aux diverses lignes de soins. Selon cette étude, le nombre de généralistes belges se situerait aux alentours de 11.000; ce chiffre est probablement supérieur à la réalité du terrain.

Dans ce contexte, en effet, un instrument important sera le cadastre des prestataires de soins, qui devrait être prêt pour la fin de cette année. Il permettra de mieux évaluer la réalité sur le terrain en précisant non seulement le nombre de médecins actifs mais aussi le contenu de leurs activités.

Le médecin généraliste est le pivot central de notre système et doit le rester. Je suis donc également préoccupée par les récents chiffres indiquant que les quotas de généralistes ne sont pas atteints et ce, essentiellement au nord du pays.

De nombreuses mesures ont été prises pour revaloriser la profession: revalorisation de 30% des honoraires en cinq ans, mise en place du dossier médical global, création des honoraires de disponibilité. La répartition géographique est aussi un de nos soucis. Le Fonds "Impulseo I" attribue entre autres des prêts de 20.000 euros à l'installation des généralistes dans les zones à faible densité médicale; 120 primes de ce type ont été attribuées depuis octobre 2006. Nous venons en outre d'élargir les zones pour lesquelles cette prime est accordée et nous allons encore renforcer les mesures incitant l'installation dans les communes à faible densité.

J'ignore si votre commune en bénéficie. En tout cas, il s'agit d'une mesure intéressante.

D'un point de vue administratif, je souhaite faire aboutir, au cours des prochaines semaines, le Fonds "Impulseo II" – le dossier est déjà au cabinet du ministre du Budget – qui permettra aux généralistes travaillant en réseau d'obtenir d'importantes primes pour engager des assistants administratifs.

Je compte également travailler au dossier des simplifications administratives, en particulier pour les médicaments figurant au chapitre IV, c'est-à-dire les médicaments nécessitant une demande préalable du médecin-conseil.

Parallèlement, si nous voulons mieux remplir les quotas de généralistes (300 par an), nous devons aussi travailler avec les universités sur une revalorisation du généraliste au sein même des universités.

Une planification médicale sera toujours nécessaire. Après analyse des études réalisées du cadastre en élaboration, des conséquences sur la planification des 1.100 étudiants excédentaires actuels et enfin, des divers besoins spécifiques sur le terrain, nous pourrons apporter des réponses pour une planification optimale. Il est, par contre, prématuré de répondre quant au besoin de maintenir un contingentement. J'attends les informations en la matière. Si nous voulons apporter une réponse sérieuse, il importe de le faire sur des bases scientifiques valables.

Il va de soi que la planification doit également intégrer la dimension européenne. Actuellement, 50 à 100 médecins de la Communauté européenne demandent annuellement un visa. Toutefois, nous ne possédons

aucune indication concernant l'installation réelle de ces médecins dans notre pays.

Le futur cadastre tentera d'intégrer ces données. De plus, une planification au niveau européen devra être envisagée. Par ailleurs, la problématique d'une éventuelle future pénurie de généralistes ou de pharmaciens hospitaliers sera, bien entendu, étudiée en concertation avec les ministres communautaires de la Santé et ceux de l'Enseignement supérieur.

Une épouse ou un époux de médecin peut obtenir le statut de conjoint aidant pour autant qu'il n'exerce pas d'autres activités professionnelles et ne bénéficie pas de revenus de remplacement.

01.03 **Jacqueline Galant** (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Décidément, je constate que la santé des membres du gouvernement s'affaiblit. J'espère que vous allez vous soigner!

Vos réponses sont assez positives; vous apportez nombre d'éléments attendus depuis bien longtemps par le corps médical. Lorsque j'ai organisé ma réunion dans la région de Mons, beaucoup de médecins parlaient de ce cadastre espéré et promis depuis pas mal de temps.

Comme vous, je pense que le médecin généraliste doit rester le pivot central et j'espère que tout ce que vous avez annoncé aujourd'hui se concrétisera dans un proche avenir. Nous pourrions peut-être en rediscuter en commission lors d'un débat plus large, lorsque vous aurez reçu toutes les informations que vous attendez encore sur le sujet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 **Question de Mme Colette Burgeon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vente par internet de produits contenant de l'éphédrine" (n° 1933)**

02 **Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop via internet van efedrinehoudende producten" (nr. 1933)**

02.01 **Colette Burgeon** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dans son édition électronique du 6 février 2008, l'UFC "Que choisir?" révèle qu'au Danemark un consommateur est mort par arrêt cardiaque suite à la consommation de gélules "Therma Power Red & Blue". Ces compléments alimentaires interdits dans plusieurs pays européens peuvent être achetés très facilement sur internet sous forme de gélules dosant à 300mg d'éphédrine par gélule.

L'AFSCA a immédiatement réagi en mettant les consommateurs en garde contre l'achat sur internet de compléments alimentaires contenant de l'éphédrine. En Belgique, l'éphédrine est réservée à des usages strictement médicaux et surveillés. Elle ne peut être délivrée que sous prescription au risque d'engendrer des hémorragies cérébrales, des troubles cardiaques et/ou circulatoires mortels.

Dans une société qui glorifie le culte du paraître et de la performance, "renforcer le métabolisme", "réduire l'appétit", "donner de l'énergie" sont des arguments qui touchent un public de plus en plus large de gens désireux de soigner leur apparence physique au mépris de leur santé. Ainsi la société Powerlab Nutrition affirme sur son site internet que "Therma Power" permet de "brûler les calories en augmentant la température du corps" et donc de maigrir et d'augmenter les performances sportives. C'est effectivement possible, semble-t-il, grâce à l'éphédrine contenue dans ces gélules.

Mes questions sont dès lors les suivantes.

Si les produits du type "Therma Power" sont interdits en Belgique, il est cependant très facile de les trouver sur des sites internet et de les commander, sans aucune information sur les dangers des substances qu'ils contiennent. Existe-t-il une législation européenne réglementant la composition des compléments alimentaires? Si oui, comment se fait-il qu'une substance reconnue comme potentiellement très dangereuse par le monde médical puisse être vendue librement au départ de sites internet provenant de l'UE? N'envisagez-vous pas de prendre une initiative réglementant plus sévèrement, au niveau européen, la composition de ces compléments alimentaires?

Par ailleurs, en France, la direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression

des fraudes, qui est un service intégré, a parfaitement relayé l'alerte émise à la suite de ce décès. Êtes-vous satisfaite de la manière dont l'alerte a été répercutée par l'AFSCA? Comment s'effectue la collaboration entre cet organisme et l'administration des Douanes et Accises?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, depuis 2002, l'Europe réglemente les compléments alimentaires via une directive-cadre du 10 juin 2002. Celle-ci prévoit en premier lieu des exigences générales pour la publicité et l'étiquetage des compléments alimentaires. Elle prévoit également des dispositions plus spécifiques pour la composition des compléments alimentaires contenant des vitamines et minéraux, mais pas pour ceux qui contiennent des plantes.

Cependant, un des considérants de la directive stipule qu'il y a lieu d'arrêter ultérieurement, lorsque des données scientifiques suffisantes et appropriées seront disponibles, la réglementation particulière concernant les nutriments autres que les vitamines et minéraux ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique, utilisés comme ingrédients dans les compléments alimentaires.

Dans l'attente de l'adoption d'une réglementation communautaire spécifique, les règles nationales concernant d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique, utilisées dans les compléments alimentaires, comme par exemple les extraits de plantes, sont d'application. En Belgique, l'utilisation des plantes et extraits de plantes est réglée par l'arrêté royal du 29 août 1997 relatif à la fabrication et au commerce de denrées alimentaires composées ou contenant des plantes ou préparation de plantes. La plante éphédra se trouve sur la liste des plantes interdites reprise en annexe de cet arrêté.

Les produits contenant la substance éphédrine tombent eux sous la législation du médicament et sont, à ce titre, réservés à des usages strictement médicaux et surveillés en tant que tels par l'Agence du médicament.

En ce qui concerne les activités de contrôle de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) et sa collaboration avec l'administration des Douanes et Accises, je vous invite à interroger Mme Laruelle ou M. Reynders, qui exercent la tutelle sur ces deux organismes.

02.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie de vos réponses. J'interrogerai donc Mme Laruelle et M. Reynders à ce sujet-là. Même si la législation belge en ce domaine est très satisfaisante, il reste qu'internet ne facilite pas les choses: les particuliers peuvent ainsi y surfer pour y commander n'importe quoi, et nous devons donc faire preuve de vigilance.

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

03 Questions jointes de

- Mme Colette Burgeon à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida" (n° 1938)

- Mme Josée Lejeune à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis en matière de sida de la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida" (n° 2128)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanbevelingen van de Zwitserse federale commissie voor de aidsgerelateerde problemen" (nr. 1938)

- mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies inzake aids van de Zwitserse Federale Aidscommissie" (nr. 2128)

03.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, les experts suisses de la Commission fédérale pour les problèmes liés au sida ont émis dans une note, publiée le 30 janvier dernier, des recommandations qui devraient faire polémique. Ils ont estimé que les couples stables, où l'un des deux partenaires est séropositif, mais n'a plus de virus du sida détectable dans le sang grâce aux traitements antiviraux, pourraient se passer de préservatifs.

Les experts suisses partent des constats suivants: depuis 1996, les combinaisons de médicaments antirétroviraux ont modifié l'évolution de la maladie chez les personnes infectées et ont diminué la transmission du VIH. Selon eux, bien suivi, le traitement antirétroviral rend la charge virale indétectable (moins de 40 copies du VIH par millilitre de sang).

Ils s'appuient sur trois études regroupant au total 548 couples hétérosexuels, sérodifférents, ne montrant pas de cas de transmission avec un traitement bien suivi et une charge virale indétectable. La Commission fédérale suisse conclut que "l'application conséquente d'un traitement antirétroviral permet d'exclure tout risque important de transmission".

Elle estime cependant que trois conditions doivent être respectées impérativement pour se passer du préservatif: l'application à la lettre du traitement avec un suivi par le médecin traitant; une charge virale indétectable depuis au moins six mois; la personne séropositive ne doit être atteinte d'aucune autre infection sexuellement transmissible.

Madame la ministre, des études sont-elles en cours en Belgique afin de mesurer le suivi des traitements antiviraux sur les personnes infectées par le VIH? Si oui, les résultats obtenus corroborent-ils les études menées en Suisse?

Ne pensez-vous pas que les recommandations émises par la Commission fédérale suisse, outre qu'elles sont considérées comme prématurées par l'OMS et ONUSIDA, risquent à nouveau de provoquer une baisse de la vigilance dans le grand public comme dans les publics à risque? Ne serait-il pas nécessaire, en collaboration avec les Communautés pour le volet prévention, de rappeler par une campagne ciblée sur le public jeune que le sida n'est pas une maladie chronique, mais une maladie potentiellement mortelle et que seules les méthodes de prévention sont efficaces contre le VIH?

03.02 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, comme vient de le rappeler notre collègue Colette Burgeon, la Commission fédérale suisse a rendu public un avis sur la transmission du sida par le biais de contacts sexuels. Cette commission estime que le VIH ne sera pas transmis par une personne séropositive ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral avec une virémie entièrement supprimée par voie sexuelle et remplissant trois conditions qui viennent d'être citées par Mme Burgeon.

Dans ces conditions, un couple au sein duquel un des deux partenaires est infecté par le sida peut décider de renoncer aux autres mesures de protection lors des rapports sexuels. À la suite de cette publication, nombre d'organes représentatifs comme les ONG, l'OMS, ONUSIDA, le Conseil national français du sida ont pris une position contraire à celle de la Commission fédérale suisse.

Madame la ministre, dans le contexte actuel où il est démontré que statistiquement le virus est en forte recrudescence et tend à être beaucoup trop banalisé, il est temps de réagir contre des informations pouvant induire en erreur le grand public. Voici mes questions, madame la ministre.

Quel est votre sentiment sur les déclarations de la Commission fédérale suisse? Avez-vous entrepris une quelconque démarche aux fins de vérifier ces affirmations? Avez-vous l'intention de réagir à ces déclarations en prenant des mesures? Dans l'affirmative, quelle en serait la nature? Vu ces propos et la recrudescence des personnes atteintes par ce virus en Europe et donc en Belgique, mes interrogations se porteront également vers l'ASBL que vous connaissez et qui indemnise les personnes atteintes du sida. Cette dernière est-elle toujours active? Ne serait-il pas opportun alors d'étendre son objet social?

03.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, des études relatives à l'assistance et à la fécondation in vitro chez des couples sérodifférents ont été menées en Belgique, en Europe et aux États-Unis. Ces études ont montré que la charge virale dans les sécrétions sexuelles et le sperme n'est pas automatiquement proportionnelle à la charge virale sanguine.

La charge virale "sécrétions" peut apparaître anormalement élevée, par rapport à la charge virale sanguine, en raison de la présence d'infections sexuellement transmissibles symptomatiques ou asymptomatiques ou en raison d'autres facteurs non encore élucidés. Ces informations incitent dès lors à une grande prudence et au maintien des méthodes de protection si on veut éviter tout risque de transmission du VIH.

Étant donné le nombre très faible d'échantillons sur lequel la Commission fédérale suisse se base pour émettre ses recommandations et sachant qu'il n'existe actuellement aucune méthode fiable pour déterminer si un patient séropositif dont la charge virale est indétectable ne transmettra pas le virus, il me semble effectivement tout à fait prématuré de diminuer la prévention.

Ces recommandations ont d'ailleurs été accueillies par la communauté scientifique internationale avec beaucoup de prudence car elles risquent d'induire de nombreuses confusions dans la communication

relative à la prévention. L'OMS et l'ONUSIDA rappellent ainsi que les rapports protégés et, éventuellement, l'abstinence sont les seuls moyens de ne pas être contaminés et que ces recommandations ne seront pas modifiées.

Quant à une éventuelle campagne d'information, il s'agit en effet d'une compétence des Communautés. Si cela s'avérait nécessaire, je ne manquerais pas de prendre contact avec mes collègues afin d'attirer l'attention sur l'ambiguïté scientifique de ces recommandations.

En ce qui concerne l'ASBL AAPS, il s'agit d'une association créée en 2001 pour l'octroi d'une allocation aux personnes contaminées par le virus du sida à la suite d'une transfusion sanguine ou l'administration de produits sanguins ayant eu lieu en Belgique du 1^{er} août 1985 au 30 juin 1986. L'objet social est de recueillir les demandes et d'accorder, après avis d'un comité d'experts indépendants, une allocation aux personnes contaminées par le virus du sida dans les circonstances que j'ai décrites pendant la période à risque.

Il n'y a pas d'allocations de base dans le budget de l'État. Les subsides émanent de la Loterie Nationale. Cette ASBL est toujours active. Toutefois, en ce qui concerne la proposition d'élargir son objet social, il faudrait examiner dans quelle mesure cela pourrait se faire, tant d'un point de vue budgétaire que d'un point de vue d'un principe indemnitaire qui est en fait à l'origine de la démarche.

03.04 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses, surtout pour la mise en garde dont vous avez parlé. Il est vrai qu'on avait l'impression de pouvoir prendre un peu plus de liberté, surtout par rapport aux jeunes. Le sujet est important et j'espère que le message leur sera transmis. Ils y seront très sensibles puisque la protection est toujours de mise.

03.05 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je rejoins tout à fait votre point de vue lorsque vous confirmez qu'il convient toujours d'être prudent et qu'il est prématuré de réduire la prévention.

Quant à l'ASBL, elle a effectivement été créée à l'initiative de votre prédécesseur. Lorsque je parlais d'en étendre éventuellement l'objet social, c'était dans le but de lutter encore plus contre le sida. Il y a peut-être une opportunité à saisir ou au moins une piste à étudier concernant cette ASBL. Certes, il faut maintenir l'indemnisation; elle est utile et il reste encore quelques dossiers en souffrance. Au départ, il y avait 44 demandes, 6 dossiers refusés et 3 en suspens. À l'heure actuelle, je pense qu'un seul dossier reste à l'étude. Lorsque ce dernier aura été examiné, ne serait-il pas opportun d'étendre l'objet social de l'ASBL afin de lutter plus vigoureusement encore contre cette problématique qui vous tient particulièrement à cœur, je le sais, madame la ministre?

03.06 Laurette Onkelinx, ministre: Cet argent, qui provient de la Loterie Nationale, est utilisé dans le cadre d'une faute de l'État. Je parlais du principe indemnitaire: une faute, un lien de causalité et un remboursement.

Si on étend l'objet social, il faut voir ce que l'on va faire. Va-t-on toucher à la prévention, qui n'est pas de la compétence du fédéral?

03.07 Josée Lejeune (MR): Je ne parlais pas de la prévention mais bien de la lutte contre le sida.

03.08 Laurette Onkelinx, ministre: Il faut savoir exactement si on parle de mesures préventives ou curatives.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

04 Question de M. David Lavaux au ministre de l'Intérieur sur "la 'First Help Info card'" (n° 1953)
04 Vraag van de heer David Lavaux aan de minister van Binnenlandse Zaken over "de First Help Info card" (nr. 1953)

04.01 David Lavaux (cdH): Madame la ministre, les communes et les CPAS belges sont actuellement sollicités par une firme qui leur propose de diffuser auprès de leurs citoyens une carte intitulée "First Help Info". Il s'agit d'une carte payante sur laquelle figure un code d'accès permettant aux urgentistes d'avoir

accès aux données médicales et autres que l'intéressé aura préalablement introduites sur le site internet de la société. Il est proposé aux communes de faire bénéficier leur population d'un tarif préférentiel de 4 euros par an au lieu de 5. Le dépliant publicitaire qu'il est proposé aux communes de diffuser elles-mêmes et à leurs frais indique que cette remise est un cadeau de leur commune.

Il apparaît que les communes ne sont pas averties du fait que les nouveaux détenteurs de la carte se verraient ensuite proposer un rapatriement gratuit pendant un an, qu'on peut bien sûr compléter en souscrivant une assistance aux personnes (75 euros par an et par personne, 100 euros par famille) auprès de "Elvia-Assurance Voyage". De toute évidence, sous le couvert d'une carte aux allures officielles sur laquelle figure d'ailleurs le logo de la Croix-Rouge de Belgique, il s'agit de mener une opération purement commerciale visant à vendre des assurances.

Mes questions sont les suivantes. Pour être efficace, ce système de "First Help Info card" doit être connu des services de secours. Avez-vous connaissance du fait que ceux-ci aient été avertis de la mise en place de ce nouveau système? Ne conviendrait-il pas de diligenter une enquête sur cette pratique qui consiste à utiliser le fait de pouvoir sauver la vie de quelqu'un et à donner à cette carte une allure officielle comme accroche à la vente d'assurances? Estimez-vous qu'il convient de mettre en garde les communes contre cette pratique? Quelles mesures comptez-vous prendre à ces fins?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, vous l'avez dit dans votre question, la "First Help Info card" ressemble beaucoup à une carte connue depuis longtemps de la Croix-Rouge de Belgique. Toutefois, je vous rappelle que l'État n'a aucune participation dans ce système. L'État n'a pas à privilégier l'un ou l'autre système d'initiative privée. Les services de secours n'ont donc pas été informés par le SPF Santé publique, lequel n'a d'ailleurs pas été contacté par la Croix-Rouge à ce sujet.

Il est exact qu'il existe plusieurs initiatives de ce genre dont certaines ont demandé la caution du ministère de la Santé publique. Toutefois, pour les raisons que je viens d'évoquer mais aussi pour des raisons liées à la fiabilité des informations contenues sur ce type de cartes – qui encode, qui valide, qui utilise? – et en raison du secret médical comme des possibles abus commerciaux, comme vous l'avez illustré, il n'a jamais été donné suite à ces demandes.

Aucune circulaire n'ayant fait état de ce système, il est douteux qu'il soit mis en pratique en l'absence de publicité. Toutefois, le choix d'une affiliation est un choix privé de chaque individu, portant notamment sur les données médicales que celui-ci met d'initiative à disposition d'un médecin. Je serai attentive à ce dossier, bien évidemment.

Il faudra observer son évolution. En outre, je prendrai contact avec mon collègue compétent en matière de protection des consommateurs, Paul Magnette, car ce secteur est aussi concerné. Pour les mêmes raisons il me semble qu'il n'y a pas lieu de s'immiscer dans une initiative commerciale et j'ai évidemment confiance dans le bon sens des autorités communales. En résumé, je n'appuie pas cette initiative, avec laquelle je n'ai rien à voir et je vais prendre contact avec mon collègue.

04.03 David Lavaux (cdH): Je vous remercie, madame la ministre, d'être attentive à ce qui apparaît comme une arnaque à l'assurance.

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

05 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 1999)

05 Question de Mme Maggie De Block à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence du syndrome de fatigue chronique" (n° 1999)

05.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u weet dat ik altijd met een deel van de erfenissen uit het verleden kom, toch niet onbelangrijk. In dit geval zijn dat de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom die zijn opgericht door uw illustere voorganger, minister Vandenbroucke. In 2002 heeft het RIZIV met 5 ziekenhuizen een revalidatieovereenkomst afgesloten met betrekking tot hun respectievelijke referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom, CVS genoemd. Deze centra zouden moeten zorgen voor een diagnostische en

therapeutische behandeling van patiënten die vermoedelijk lijden aan CVS. Patiënten worden dus doorverwezen door huisartsen, reumatologen, zelfs psychiaters. Allerhande specialisten hebben die mensen al gezien voor ze daar terechtkomen.

In 2006 heeft het RIZIV een uitgebreid evaluatierapport opgesteld over de uitvoering van de overeenkomsten met de CVS-referentiecentra. Het gaat over de uitvoering van de overeenkomsten in de periode vanaf de start van de centra in 2002 tot en met december 2004. Het rapport is vooral gebaseerd op statistische analyses en bevat allerlei gegevens die de centra systematisch hebben geregistreerd.

Uit het evaluatierapport blijkt een statistische, significante verbetering van de gemeten CVS-klachten, meer bepaald van de subjectieve moeheid, geheugen- en concentratieproblemen, het fysiek functioneren en van de ervaren levenskwaliteit. Er waren ook patiënten bij wie deze score weinig verbeterde en zelfs verslechterde. De gemiddelde scores van de patiënten op deze parameters bij afloop van de revalidatie zijn nog steeds beduidend minder dan de scores die gezonde mensen op deze parameters behalen. Dat is niet te verwonderen, want het is geen gemakkelijke groep om te onderzoeken.

De maximale zuurstofopname van de patiënten verbeterde slechts marginaal. Uit sommige wetenschappelijke onderzoeken blijkt evenwel dat de inspanningsproef niet altijd een goede test is om het effect van de revalidatie te meten. Ook het gemiddeld aantal betaalde uren beroepsactiviteit toont een verwonderlijk resultaat, want dat nam af gedurende de therapie, van 18,3% tot 14,9% uren betaald werken per 38 uren/week. Uit het rapport blijkt ook dat in sommige centra zeer lange wachtlijsten bestaan en dat sommige regio's in het land onvoldoende worden bereikt.

Mevrouw de minister, werd sinds het afsluiten van de nieuwe conventies nog nagegaan wat de resultaten waren van de behandeling van de patiënten die tijdens de eerste vier jaar werden behandeld teneinde de effecten te kennen op iets langere termijn? Werd iets gedaan aan de wachtlijsten die bestonden bij de referentiecentra? Hoeveel wachtenden staan nu nog op de wachtlijst?

Worden inmiddels alle regio's van ons land voldoende bereikt?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, het chronisch vermoeidheidssyndroom is een ernstige, invaliderende aandoening dat een groot aantal patiënten treft. Het is dan ook belangrijk dat de tenlasteneming van deze patiënten zo goed mogelijk georganiseerd wordt. Daarom werd de Hoge Gezondheidsraad en het federaal Kenniscentrum gevraagd hierover een gezamenlijk advies uit te brengen, rekeninghoudend met de huidige wetenschappelijke stand van zaken over CVS en ook met de vaststellingen van het RIZIV-evaluatierapport uit 2006 over de referentiecentra.

De bedoelde instanties zijn momenteel bezig dit advies op te stellen. Het is logisch dat, in afwachting van dit advies, geen belangrijke wijzigingen worden doorgevoerd. Behalve bepaalde kleine aanpassingen, die de wachtlijsten zouden moeten doen verminderen, werden de bestaande overeenkomsten met de referentiecentra dan ook tijdelijk ongewijzigd verlengd.

Het aantal erkende centra is bijgevolg evenmin gewijzigd: 1 in de Franstalige Gemeenschap en 4 in de Nederlandstalige Gemeenschap.

On est beaucoup plus fatigué en Flandres; ce qui est normal puisqu'on travaille plus.

Over de wachtlijsten zijn er geen cijfergegevens beschikbaar bij het RIZIV of bij Volksgezondheid.

05.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, uw verklaring over het aantal personen lijdend aan vermoeidheid in Vlaanderen en Wallonië schrijf ik toe aan uw verkoudheid. Ik zal het niet herhalen.

Ik kijk met belangstelling uit naar het rapport van het Kenniscentrum en de Hoge Gezondheidsraad. Ik zou het op prijs stellen mocht dit aan de leden van deze commissie wordt bezorgd omdat het interessant is om in te kijken.

Ik betreur dat de wachtlijsten - hoewel er een beetje aan gewerkt is - in feite nog altijd toenemen. Als men al een hele cascade van onderzoeken heeft ondergaan en men verneemt dan dat er nog een wachttijd van 2 jaar is vooraleer men in het gepaste centrum kan worden opgenomen, is dat toch een spijtige zaak voor de patiënten.

Zoals u hebt gezegd "Het gaat voornamelijk om de Vlaamse patiënten".

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

06 **Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling voor een verplaatsing naar het ziekenhuis voor kinderen met een chronische ziekte en voor hun ouders" (nr. 2022)**

06 **Question de Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des frais de déplacement à l'hôpital des enfants atteints d'une maladie chronique et de leurs parents" (n° 2022)**

06.01 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, mijn vraag is ingegeven door de bekommernis van vele ouders en familieleden van niet alleen kinderen die gehospitaliseerd zijn of ambulantly behandeld worden wegens kanker, maar ook van patiëntjes die chronisch ziek zijn en zich dus regelmatig naar het ziekenhuis moeten begeven of er opgenomen worden. U weet ongetwijfeld veel beter dan ik dat er op dit moment in een tegemoetkoming in de reiskosten van ouders van kankerpatiëntjes van en naar het ziekenhuis voorzien is. Dezelfde regeling geldt echter niet voor andere chronische patiëntjes die in het ziekenhuis verblijven. Voor hun ouders is het even belangrijk dat zij hun kinderen regelmatig kunnen gaan bezoeken, zonder dat zulks extra kosten, die toch een extra moeilijkheid vormen voor sommigen, met zich brengt.

Een ander aandachtspunt binnen dit geheel is de terugbetaling van de kosten voor de kinderen zelf, wanneer ze ambulantly behandeld worden en eventueel bestraling en dergelijke moeten ondergaan. In de algemene reglementering is wel in een terugbetaling van de kosten voorzien voor de chronische aandoeningen. Daar is echter nog geen verdere uitvoering aan gegeven.

Ook andere chronische patiënten die niet behandeld worden voor kanker, maar bijvoorbeeld toch regelmatig nierdialyse krijgen, zouden naar analogie moeten kunnen rekenen op een terugbetaling.

Vandaar mijn vragen, mevrouw de minister. Bent u het eens met de stelling dat de huidige regeling inzake terugbetaling van de reiskosten van ouders van kankerpatiëntjes eigenlijk een discriminatie inhoudt ten aanzien van de ouders van kinderen met andere chronische aandoeningen, ouders die uiteindelijk evenveel nood hebben aan bezoek aan hun kinderen? Bent u eventueel zinnens de regeling uit te breiden tot de ouders van kinderen met een andere chronische aandoening of ziekte?

Bent u in verband met de terugbetaling van de vervoerkosten van de kinderen zelf ook bereid om de huidige regeling uit te breiden tot chronische ziekten? Welke criteria zult u daar desgevallend voor hanteren?

06.02 **Minister Laurette Onkelinx**: De verplichte ziekteverzekering kent momenteel in een aantal welbepaalde gevallen een tegemoetkoming toe voor de reiskosten, bij chemo- of radiotherapie, nierdialyse, revalidatie prematuren en pasgeborenen. Sinds 2007 wordt ook in een tegemoetkoming voorzien voor de reiskosten van de ouders of de voogden van kinderen die lijden aan kanker en die in een ziekenhuis zijn opgenomen.

De vergoeding wordt toegekend, omdat het uiteindelijk in het belang van de gezondheid van het kind is dat de verplaatsingen van de ouders of de voogden gebeuren. Ik ben het met u eens dat het probleem van de reiskosten ook bestaat voor andere chronisch zieke kinderen, die vaak nood hebben aan vervoer voor een behandeling die hoofdzakelijk ambulantly gebeurt of voor andere chronisch zieke kinderen die zijn opgenomen in een ziekenhuis. Artikel 34 van de wet geneeskundige verzorging bepaalt momenteel dat de Koning in een tegemoetkoming in de reiskosten van de zieken die voor andere, door hem te bepalen, ziekten worden behandeld, kan voorzien. Die bepaling lijkt mij echter te beperkend.

In het ontwerp van programmawet dat weldra zal worden voorgelegd aan het Parlement, zal daarom worden voorgesteld - als mijn collega's daarmee akkoord gaan - de bepaling te herzien, in die zin dat de vergoeding van de reiskosten kan worden uitgebreid tot andere rechthebbenden, waarbij niet noodzakelijk wordt vereist dat zij lijden aan een welbepaalde ziekte.

De reglementering bepaalt bovendien thans dat de Koning een forfaitaire toelage kan toekennen, als bijkomende tegemoetkoming in de uitgaven voor geneeskundige verzorging van rechthebbenden met een chronische ziekte. Het statuut rechthebbende met een chronische ziekte kan worden toegekend aan rechthebbenden die lijden aan een ziekte die voorkomt op een door de Koning vastgestelde lijst, aan rechthebbenden die een te bepalen graad van zorgbehoefte bereiken of aan rechthebbenden die gedurende een te bepalen periode een bedrag aan persoonlijk aandeel hebben betaald dat een vastgesteld grensbedrag overschrijdt. Op basis van die bepaling werd het zorgforfait voor chronisch zieken ingevoerd, dat wordt toegekend aan rechthebbenden die een vastgesteld bedrag aan remgeld hebben betaald en zich in een afhankelijkheidssituatie bevinden.

Bijvoorbeeld omdat ze gedurende een referteperiode langdurig of meermaals in een ziekenhuis zijn opgenomen. Het zorgforfait wordt geacht kosten te dekken waarvoor geen specifieke tegemoetkoming van de verzekering is voorzien waaronder de verplaatsingskosten.

Zoals ik daarnet preciseerde, wens ik verder te gaan door de toepassingsfeer van artikel 34 van de wet geneeskundige verzorging uit te breiden.

06.03 Sonja Becq (CD&V - N-VA): Dank u wel, mevrouw de minister.

Ik begrijp u toch wel goed als u zegt dat u dat zal proberen uit te breiden naar andere chronische ziekten. U heeft het over de aanpassing van de wet, maar ik denk dat het even belangrijk is dat ook de uitvoeringsbesluiten mee kunnen worden aangepast en dat dat ook binnen een redelijke termijn kan gebeuren.

Er bestaan nu ook een aantal wettelijke mogelijkheden die niet allemaal worden benut.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

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

07 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een pas voor mindervaliden" (nr. 2030)

07 Question de M. Luc Goutry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "une carte pour personnes handicapées" (n° 2030)

07.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, al enkele keren hebben mensen met een handicap mij aangesproken over iets dat voor hen nuttig zou zijn naar aanleiding van het bijwonen van bepaalde manifestaties zoals culturele activiteiten, sportevenementen of andere waarbij soms kortingen worden gegeven aan mensen met een handicap. Het gebeurt dat men verschillende tarieven of prijzen hanteert. Het probleem is dat men op dat ogenblik, bij aankoop van de kaarten of het betreden van het evenement, moet kunnen aantonen dat men aan de voorwaarden voldoet, namelijk dat men een persoon is met een handicap zoals bedoeld door de organisatoren. Het gebeurt dan al eens, zeggen die mensen mij, dat zij hun parkeerkaart voorleggen wat dan wordt aanvaard. Dat is echter niet zo'n goed idee, want die parkeerkaart hebben zij op dat ogenblik nodig om te parkeren, niet om aan de ingang te tonen: dat lost dan weer het probleem niet op.

Overweegt u of vindt u het nuttig dat de Federale Overheidsdienst en meer bepaald het ministerie van Sociale Voorzorg, zeg maar de Zwarte-Lieve-Vrouwstraat, aan de mensen die gerechtigd zijn op een tegemoetkoming of die aan bepaalde voorwaarden voldoen een bepaalde kaart zou kunnen bezorgen? Dat zou dan een legitimatiekaart zijn die voor elke persoon met een handicap dezelfde zou zijn en daardoor kunnen zij zich dan in feite legitimeren en aanduiden dat zij binnen de toepassing van die speciale tarieven vallen. Of kan dat door een code op de identiteitskaart aan te brengen? Ik had graag uw standpunt daarover gekend.

07.02 Minister Laurette Onkelinx: Een pas instellen voor personen met een handicap zodat die kunnen genieten van kortingen bij sociale of culturele activiteiten voor diensten of andere zaken, kan a priori een verleidelijk idee lijken. Er moet echter aan herinnerd worden dat de persoon met een handicap reeds over

een of meerdere documenten beschikt die zijn handicap bewijzen: het algemene attest, afgeleverd door de directie-generaal Personen met een handicap, of elk ander officieel document dat door een ander organisme is afgeleverd. Deze verschillende documenten maken het een persoon mogelijk zijn handicap te bewijzen.

Een nationale identiteitskaart voor personen met een handicap instellen zou dus dubbel gebruik zijn. De kans bestaat dan ook dat men eenduidig het begrip "handicap" zou definiëren, waardoor de facto andere erkenningsbronnen worden uitgesloten.

Men moet bovendien weten dat de organisaties van personen met een handicap ter zake verdeeld zijn. De Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap heeft deze problematiek in november 2007 aangekaart en kwam niet tot een unaniem advies.

De Raad vestigde echter in de eerste plaats de aandacht op het respect voor het privéleven van de persoon met een handicap en de vrijheid van die persoon om zich al of niet te laten voorstaan op zijn statuut als persoon met een handicap, en in de tweede plaats het belang van een ruime definitie van het begrip handicap en het feit dat elk officieel attest dat erkenning geeft in aanmerking moet worden genomen.

Ik denk eveneens dat, met het oog op de bescherming van het privéleven van de persoon met een handicap, het evident is dat de informatie in verband met de erkenning van de handicap van die persoon op geen enkele wijze moet worden hernomen op de identiteitskaart van die persoon. Indien een persoon met een handicap op basis van zijn handicap wenst te genieten van een bepaald voordeel, kan hij gebruikmaken van de attesten waarover hij beschikt.

Voilà où j'en suis pour l'instant. Si vous le désirez, j'en parlerai à nouveau au Conseil supérieur des personnes handicapées. Je le répète, il vient de se réunir et manifestement, il n'était pas enthousiaste.

07.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het was een interessant antwoord. Ik wist niet dat er verschillende adviezen waren van de verschillende raden. Het lijkt mij inderdaad evident dat het op dat niveau toch ook kan getrancheerd worden. Anders bestaat er daarover geen consensus.

Ik begrijp iets moeilijker de zaak over de privacy. Als men immers à la limite zijn eigen attest meeneemt, dan moet men ook zijn attest tonen. Dan is dat evengoed een schending van de privacy. Dat is net hetzelfde.

Natuurlijk, er is het probleem met de huidige documenten. Ik begrijp dat, dat zou misschien de meest eenvoudige oplossing zijn. Alleen, er zijn nogal wat documenten in omloop vandaag.

Er is het algemeen attest, maar dat staat vol met bemerkingen. Dat gaat zelfs verder in de schending van de privacy, want daar staat zelfs op welke categorie men heeft, hoeveel punten en hoeveel procent. Dus eigenlijk is de graad van zelfraadzaam of van handicap vermeld op het attest. Dat is niet eens nodig. Dit is een pasje om te zeggen dat men voldoet aan een bepaalde categorie, met een officieel kenteken. Dat is dan voor de organisatoren voldoende.

Als men natuurlijk verschillende attesten heeft, iedereen heeft een ander attest, hoe kunnen die mensen aan de poort of toegangsdeur van een evenement eraan uit wanneer ze die attesten bekijken?

Ik begrijp dat wij wellicht de bal moeten terugkaatsen naar de belangenorganisaties van de gehandicapten. Ik onthoud dat. Ik ga mij ook wenden tot die verenigingen om zelf ook een idee te hebben daarover. Wij zijn bereid, dat hoor ik ook van u, om mee te zoeken naar een oplossing. Ik hoor geen exclusieven van uw kant. Dus zullen wij kijken hoe wij eruit kunnen geraken. Ik volg het verder op.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je souhaitais dire que, sur la carte d'identité, je trouve cela inacceptable. En revanche, je comprends moins leurs réticences sur les cartes "activités culturelles", puisque l'utilisation est facultative.

La **présidente**: Les pensionnés et les mineurs ont droit à des réductions, pourquoi ne pas envisager une carte semblable?

07.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Cherchons donc ensemble une solution!

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

La **présidente**: À l'ordre de jour figurent maintenant deux questions de M. Prévot. Il est parti poser une question en commission des Affaires sociales où Mme Laruelle est en train de lui répondre. M. Prévot vous demande, par conséquent, si cela vous agréait de l'attendre.

07.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, tout dépend de l'organisation de vos travaux.

La **présidente**: On me dit que M. Prévot arrive.

Par ailleurs, je signale que la question n° 2029 de M. Bonte est reportée, bien qu'il n'ait pas prévenu de son absence.

08 Question de M. Maxime Prévot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ouverture de bars à oxygène" (n° 2080)

08 Vraag van de heer Maxime Prévot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opening van zuurstofbars" (nr. 2080)

08.01 Maxime Prévot (cdH): Madame la ministre, en plus de vous souhaiter un prompt rétablissement, car j'entends que vous êtes dans un état grippal, je voudrais vous remercier d'avoir eu la patience de m'attendre. J'écoutais votre collègue Mme Laruelle.

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Est-elle en bonne santé?

08.03 Maxime Prévot (cdH): Oui, apparemment. Elle est ardennaise, il en faut donc beaucoup pour l'atteindre!

Madame la ministre, ma question porte sur l'ouverture des bars à oxygène. Le phénomène semble connaître un succès croissant et est assez tendance. En France, un premier bar de ce type vient d'ouvrir à Paris, sous les auspices de M. Séguéla, grand personnage s'il en est, artiste du coup de pub et de la rencontre entre Carla et Nicolas.

On annonce, sous peu, l'aménagement d'un tel lieu dans notre pays. Au-delà du côté ludique, puisque, pour être trivial, on propose des noms évocateurs pour les "sniffs" – je ne sais comment les qualifier autrement –, tels "volupté", "extase" ou "nirvana", ce nouveau phénomène de mode n'est pas sans poser quelques questions en matière de santé publique. En effet, l'inhalation par le consommateur de l'oxygène à 95% laisse perplexes les autorités médicales car à partir de 99,5%, l'oxygène devient un médicament réservé à l'usage médical. Sur une longue durée d'exposition, l'oxygène peut présenter des risques pour les poumons et pour le système nerveux central.

Madame la ministre, comment vous positionnez-vous par rapport à ce nouveau phénomène? Quelles mesures comptez-vous adopter afin d'encadrer l'ouverture éventuelle de tels établissements sur le territoire, pour peu que vous ayez déjà été saisie d'une quelconque demande? Comment comptez-vous mettre en garde les utilisateurs face aux allégations "santé" de ces bars? Comptez-vous demander la réalisation d'études pour les publics à risque, notamment les personnes allergiques?

Ce sont autant de points qui alertent la profession médicale face à ce phénomène d'ouvertures de bars à oxygène ça et là en Europe.

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur, le phénomène des bars à oxygène est nouveau. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de l'examiner de manière approfondie. En ce qui concerne le statut de l'oxygène proposé dans ces établissements, on me dit qu'il dépend de la présentation du produit. S'il n'est pas associé à des allégations prophylactiques ou thérapeutiques, l'oxygène tombe alors sous la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits.

Cette loi pourrait donc constituer une base légale pour légiférer en la matière si le besoin est là. Par contre, si l'inhalation est associée à des allégations prophylactiques ou thérapeutiques, l'oxygène tombe sous la

définition du médicament et ne peut, par conséquent, plus être distribué hors pharmacie et sans enregistrement préalable.

Quant aux risques sanitaires, je n'inventerai rien et je ne dispose pas d'étude. Je solliciterai donc un avis du Conseil supérieur de la Santé sur les éventuels effets nocifs que pourrait présenter pour la santé l'inhalation d'oxygène à haute concentration. Cette demande portera particulièrement sur les publics à risque, comme les personnes allergiques ou souffrant d'affections cardiovasculaires.

Il me semble que cette problématique devrait également être examinée par l'Europe et nous suivrons de près la situation dans les autres États membres.

En fonction de l'avis qui sera rendu par le Conseil supérieur de la Santé et des mesures prises au niveau européen, je prendrai, le cas échéant, les mesures nécessaires pour protéger la santé publique.

Je compte donc solliciter le Conseil supérieur de la Santé pour les publics à risque, mais pas seulement: je compte aussi le questionner en règle générale. En effet, il m'est rapporté que l'usage commence à se propager dans les écoles. J'aimerais donc connaître sa position.

08.05 **Maxime Prévot** (cdH): Madame la présidente, je remercie la ministre pour sa réponse. Effectivement, il y a lieu d'anticiper et de se monter proactif en la matière. Je me réjouis donc que ce soit la voie que vous avez choisi de suivre en sollicitant dès à présent une étude éclairante sur cette problématique, sur cette tendance qui se répand, même jusque dans les écoles, ce qui ne manque pas d'interpeller. Pour ne pas nous retrouver le nez sur le guidon, il est important d'anticiper et de voir les mesures éventuelles à adopter pour protéger la santé du public, en particulier du public le plus fragilisé pour des raisons de nature médicale.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

09 **Question de M. Maxime Prévot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le déficit de médecins-chefs de service pour chacun des différents services du département médical" (n° 2081)**

09 **Vraag van de heer Maxime Prévot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan geneesheren-diensthoofden voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement" (nr. 2081)**

09.01 **Maxime Prévot** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux stipule, en son article 13, que dans chaque hôpital, il y a un médecin-chef de service pour chacun des différents services du département médical. Le non-respect de l'article 13 de cette loi pourrait d'ailleurs mettre en question l'agrément de l'hôpital, si on s'en tient effectivement aux termes de la loi.

Or, on doit constater que dans un certain nombre d'hôpitaux, la fonction de médecin-chef de service est assurée par un pharmacien ayant eu une formation en biologie clinique ou par un licencié en sciences chimiques, habilité à effectuer des prestations en biologie clinique. La présence de pharmaciens ou de licenciés s'explique très bien, par exemple, dans le cadre d'analyses de toxicologie ou de protéines. Mais ni le pharmacien, ni le licencié n'ont eu une formation de médecin à proprement parler. Ils ne sont donc théoriquement pas interchangeables avec les médecins.

Le Conseil d'État, dans son arrêt 173.407 de juillet 2007 vient de réagir à cette question. Il s'appuie sur la violation de l'article 1^{er} de la loi sur les hôpitaux. Il va même plus loin et prononce l'annulation de l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999, tel que paru le 29 mai 1999 au Moniteur belge.

Au vu de cette situation, madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

Comment vous positionnez-vous par rapport à cette situation? Quelles mesures envisagez-vous de prendre ou de mettre en œuvre afin de répondre à l'arrêt du Conseil d'État? Cette situation ne constitue-t-elle pas un nouvel exemple de faillite du système du numerus clausus? En effet, à défaut de pouvoir affecter des médecins, les hôpitaux se tournent vers des profils d'un autre ordre. Les hôpitaux contraints de recourir à de telles pratiques, sont-ils passibles de sanctions? Si je ne pense pas que ce soit nécessairement souhaitable,

la question mérite néanmoins d'être posée.

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Vous êtes juriste, monsieur Prévot? Non? Dans ce cas, tenez-vous bien! Il est exact que le Conseil d'État dans son arrêt du 12 juillet 2007 a annulé l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage, et des services des stages et ce, pour non-conformité à l'article 13 de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux. En effet, cette disposition n'imposait pas, pour l'agrément du service de stage, que la fonction du médecin-chef de service dans le laboratoire de biologie clinique soit exercée par un médecin spécialiste. En conséquence, cette fonction pouvait aussi être exercée par des personnes habilitées à effectuer des analyses de biologie clinique qui sont visées par l'article 9 de la même loi, à savoir des pharmaciens et des licenciés en chimie.

L'article 13 de la loi sur les hôpitaux précise que: "Dans chaque hôpital, l'activité médicale doit être structurée et, pour chaque service du département médical, un médecin-chef de service doit être désigné". L'article 9 précise que les dispositions des articles 13 à 17 de la loi "sont aussi d'application pour les pharmaciens ou les licenciés en chimie, travaillant à l'hôpital, et qui sont habilités à effectuer des analyses de biologie clinique".

Cependant, selon le Conseil d'État, les termes "sont aussi d'application" signifient que la structuration de l'activité médicale visée à l'article 13 de la loi sur les hôpitaux s'impose aux non-médecins visés à l'article 9, mais ne signifient pas que les pharmaciens ou les licenciés en chimie travaillant dans des hôpitaux qui font des analyses de biologie clinique doivent être considérés comme des médecins pour l'application de l'article 13 de la loi.

L'arrêt d'annulation du Conseil d'État n'a en principe d'effet que dans le cadre de l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999. Cette décision a pour conséquence qu'aujourd'hui, la condition relative à la désignation du médecin-chef de service ne doit plus être satisfaite pour être agréé comme service de stage.

C'est pour cette raison que je vais réintroduire l'article 6.4 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 dans le respect de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux.

Quant à votre réflexion sur le numerus clausus, je ne suis pas convaincue que la situation des pharmaciens ou des licenciés en chimie responsables du laboratoire de biologie clinique au sein d'un hôpital soit due à l'application du numerus clausus. Je pense qu'il s'agit d'une évolution naturelle liée aux compétences professionnelles de ces personnes pour diriger un laboratoire de biologie clinique. Toutefois, pour ce qui est de la loi sur les hôpitaux, la situation est claire: l'article 13, alinéa 2, 2^o précise qu'un médecin-chef de service doit être désigné pour chaque service du département médical et l'article 8 précise qu'un médecin doit être un praticien de la médecine tel que défini par l'arrêté royal n^o 78.

Les normes spécifiques d'agrément des services hospitaliers précisent les dispositions de la loi sur les hôpitaux qui leur sont applicables. Dans les cas de laboratoires de biologie clinique, l'article 13 de l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique précise que dans un hôpital, seuls les chefs de service visés à l'article 13, 2^o de la loi sur les hôpitaux peuvent être désignés comme directeur d'un laboratoire.

Enfin, la loi sur les hôpitaux prévoit effectivement des sanctions, dont des amendes, pour non-respect de certaines dispositions, notamment en ce qui concerne l'agrément. En vertu de l'article 70 de la loi sur les hôpitaux, le respect de l'article 13 constitue une condition d'agrément des hôpitaux. L'article 150 de la loi permet d'infliger des amendes aux personnes qui exploitent un hôpital ou un service en infraction à cet article 70 notamment.

De plus, l'article 71 prévoit que le respect des normes spécifiques d'agrément est une condition d'agrément des différents services hospitaliers. L'article 116 de la même loi fixe une sanction pour l'exploitation d'un hôpital ne répondant pas à ces normes d'agrément.

09.03 Maxime Prévot (cdH): Je remercie la ministre pour cette réponse particulièrement précise et fouillée. Il sera préférable que j'en sollicite une copie écrite pour pouvoir la transmettre à celles et ceux qui s'étaient inquiétés du sujet. En effet, m'en faire le porte-parole sur les seuls éléments que j'aurais retenus serait contraire à la réalité de la réponse de la ministre.

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

*De behandeling van de vragen en interpellaties eindigt om 15.39 uur.
Le développement des questions et interpellations se termine à 15.39 heures.*