

COMMISSION DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 30 MAI 2012

WOENSDAG 30 MEI 2012

Matin

Voormiddag

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 11.11 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hans Bonte.

Le développement des questions et interpellations commence à 11.11 heures. La réunion est présidée par M. Hans Bonte.

**01** Questions jointes de

- Mme Linda Musin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'information par des logos de la teneur en sel, en sucre et en matières grasses des aliments" (n° 11708)

- Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'avis commun concernant la reformulation des produits alimentaires" (n° 11968)

- Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'utilisation du sel dans les denrées alimentaires" (n° 12033)

**01** Samengevoegde vragen van

- mevrouw Linda Musin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van logo's om te informeren over het zout-, suiker- en vetgehalte van voedingsmiddelen" (nr. 11708)

- mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gemeenschappelijk advies inzake het herformuleren van voedingsmiddelen" (nr. 11968)

- mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van zout in voedingsmiddelen" (nr. 12033)

**01.01** Marie-Martine Schyns (cdH): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, en 2008, nous adoptions en commission une résolution relative à l'organisation d'une table ronde en vue de réduire l'utilisation de sel, de sucres et de graisses dans les aliments préparés. Dernièrement, le Conseil supérieur de la Santé et le comité scientifique de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) ont, dans leur avis conjoint concernant la réduction du sel, rappelé les risques pour la santé liés à une ingestion élevée de sodium. Ils recommandent notamment une réduction progressive de la teneur en sel dans un certain nombre de produits.

Le Plan National Nutrition Santé (PNNS), dont nous avons parlé dernièrement en commission avec la ministre, prévoit certaines initiatives pour sensibiliser les consommateurs à la relation entre le sel et la santé et pour réduire le sel dans l'offre alimentaire, en dialogue avec les secteurs concernés.

Monsieur le secrétaire d'État, les mesures mises en place actuellement sont-elles suffisantes pour atteindre les objectifs définis dans le dernier avis?

Les limitations légales de concentration en sel ne concernent à l'heure actuelle que le pain. Ne faudrait-il pas

étendre ces limitations à d'autres produits?

Le dernier rapport fait référence à l'importance du suivi des teneurs en sel dans les denrées alimentaires, notamment sur base de l'étiquetage et des enquêtes de consommation alimentaire. L'enquête prévue en 2012 sur les habitudes alimentaires des Belges comporte-t-elle une section relative au sel? Sinon, comptez-vous mettre en place un tel suivi? Dispose-t-on des moyens humains et financiers pour le réaliser?

**01.02 Philippe Courard**, secrétaire d'État: Monsieur le président, en ce qui concerne les limitations légales de la teneur en sel dans les produits alimentaires, le débat devrait être mené au niveau européen car beaucoup de produits que nous consommons sont fabriqués dans d'autres pays européens. Si nous devons nous doter de mesures légales spécifiques, une grande majorité des produits alimentaires y échapperait et l'objectif ne serait pas atteint. Je souligne néanmoins que nous pouvons légiférer pour le pain, qui est un produit artisanal fabriqué en Belgique.

Même si nous nous dotons de mesures contraignantes pour d'autres produits, en vertu du Traité de Maastricht, la Belgique ne pourrait pas faire entrave au commerce des produits importés. Il est donc préférable, dans le cadre des discussions menées au niveau du groupe de haut niveau sur la nutrition de la Direction générale SANCO, d'envisager avec les autres États membres des pistes réglementaires pour l'Europe.

En parallèle, nous avons récemment lancé, avec les secteurs concernés, un nouveau groupe de travail visant à reformuler les produits au niveau de leur teneur en sucres ajoutés, en graisses et en calories.

Ce groupe est encore à ses débuts. Pour le moment, aucun engagement n'a encore été pris par les secteurs. Dès lors, nous continuons de miser sur des campagnes d'information destinées à alerter le public des risques découlant d'une consommation excessive de sel, sucres et mauvaises graisses.

S'agissant du logo "Mon choix" conçu par Unilever, il s'agit d'une initiative privée qui n'associe pas les pouvoirs publics. Ceux-ci n'y accordent, par conséquent, aucune caution scientifique ou juridique particulière. La ministre pense néanmoins que la démarche peut être intéressante, car elle encourage à la reformulation des produits d'une firme donnée afin qu'un maximum d'entre eux puissent se faire valoir grâce à ce logo. Ce système a été proposé par l'industrie pour organiser d'une façon simple une forme de profilage des aliments et ainsi aider les consommateurs.

Par ailleurs, rappelons que le logo ne doit pas être interprété abusivement. En effet, on peut retrouver "Mon choix" sur une glace sans pour autant que cela signifie que ce produit soit sain et consommable à volonté. En outre, au-delà d'un système de profilage des aliments, il importe de ne pas concevoir l'alimentation comme une succession de consommation de produits sélectionnés sur la base de tel ou tel logo, mais bien comme la consommation d'aliments nutritifs en adéquation avec nos besoins métaboliques dans le respect d'un régime équilibré. En cela, le rôle des pouvoirs compétents est de rendre connaissables par tous les principes de la nutrition, en commençant par les plus jeunes au moyen de l'éducation nutritionnelle à l'école. Il est également possible que l'autorité fédérale se penche sur un système officiel de profilage qui s'appliquerait à l'ensemble des aliments. Pour ce faire, il est utile de sonder les besoins des consommateurs afin de choisir le système le plus approprié et le plus compréhensible possible.

**01.03 Marie-Martine Schyns** (cdH): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. Je comprends bien évidemment l'importance de diverses mesures européennes, car nous n'allons pas entraver la liberté du commerce. Cela étant, j'aimerais revenir sur le texte voté en 2008 qui devait servir à organiser la fameuse table ronde. Il faudrait voir avec la ministre s'il est envisageable de la mettre en place dans le cadre du Plan National Nutrition Santé. De la sorte, cela nous permettrait d'insister sur ce thème.

Enfin, je n'ai pas bien compris ce qu'il en est de l'enquête prévue en 2012 sur les habitudes alimentaires des Belges. Avez-vous signalé l'existence d'un passage sur le sel? Excusez-moi de vous demander cette précision. Ou alors, je consulterai votre réponse écrite.

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

**02 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le caractère**

**obligatoire de la récolte de données via eHealth" (n° 11736)**

**02** Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de verplichte gegevensinzameling via eHealth" (nr. 11736)

**02.01** **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, dans le cadre des trajets de soins, les médecins viennent de recevoir une lettre de l'INAMI – que j'ai également reçue – leur rappelant le caractère obligatoire de la récolte des données via une application web de la plate-forme eHealth.

Les médecins ne contestent pas la récolte de données prévue dans le cadre des projets-pilotes "trajets de soins" mais ils sont un peu surpris de l'obligation de passer par la plate-forme eHealth pour l'enregistrement de ces données.

En effet, lors de l'élaboration de la loi eHealth, il nous avait été garanti que l'adhésion des prestataires au système était facultative. C'était très clair lors des discussions de l'époque et c'est d'ailleurs repris dans les procès-verbaux. Pourquoi était-ce facultatif? Parce qu'il existe d'autres alternatives pour la récolte des données, notamment le Réseau Santé Wallon qui est tout à fait disposé à gérer ces données en Wallonie. Ce réseau aurait développé un module d'encodage des données TdS et l'INAMI aurait été tenu au courant de ce développement.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous nous retracer le contexte dans lequel la récolte des données est prévue dans le cadre des trajets de soins? Est-il exact que les médecins n'ont pas d'autre alternative que la plate-forme eHealth? Dans l'affirmative, comment faut-il considérer cette obligation de s'adresser au service eHealth par rapport aux déclarations faites lors de l'élaboration de la loi et selon lesquelles les médecins ne seraient pas tenus obligatoirement d'utiliser la plate-forme eHealth mais pourraient recourir à d'autres systèmes existants, tels que le Réseau Santé Wallon en Wallonie? Je suppose que d'autres systèmes sont disponibles en Flandre.

**02.02** **Philippe Courard**, secrétaire d'État: Monsieur le président, monsieur Bacquelaine, vous faites à juste titre la distinction entre, d'une part, la transmission des données en vue de l'évaluation des trajets de soins et, d'autre part, les instruments utilisés à cet effet.

Les données sont transmises en vue d'une évaluation du projet global "trajets de soins", tel que délibéré et élaboré par la Commission nationale médico-mutualiste. C'est dans ce contexte de négociations qu'il a été convenu d'intégrer l'engagement du médecin généraliste de communiquer les données d'évaluation dans les contrats "trajets de soins" qu'il signe avec le patient et le médecin spécialiste.

C'est aussi dans cette optique que la Commission nationale médico-mutualiste a conçu et approuvé, avec le plus grand soin, dans le courant de l'année passée, un modèle en vue de transmettre les données d'évaluation dans les meilleures conditions possibles.

La Commission nationale était en outre d'avis que le recours au service de base de la plate-forme eHealth était le mieux à même de contribuer à la réalisation de ces conditions et ce, d'une part, dans le cadre d'un projet global susceptible d'être mis à la disposition, sans distinction, de tout le pays et, d'autre part, dans un délai devant permettre d'évaluer à temps le système des trajets de soins à la lumière des quatre premières années du projet.

Dans ce contexte, la ministre de la Santé publique pense qu'à ce stade, le projet global tel qu'il a été développé et approuvé par la Commission nationale médico-mutualiste peut être poursuivi.

Au cours de la réunion de la Commission nationale médico-mutualiste de ce 21 mai, il s'est toutefois avéré qu'il y a une volonté de tenir compte d'autres initiatives, pourvu qu'elles réalisent des objectifs et garantissent des conditions identiques, tant en ce qui concerne la qualité des données - entre autres une période de référence correcte et un avis à l'intention de l'organisme assureur du patient -, qu'en ce qui concerne le respect de la législation relative à la protection de la vie privée (l'autorisation du comité sectoriel, protocole). C'est dans ce sens que l'INAMI prendra dès lors officiellement contact avec le Réseau Santé Wallon.

**02.03** **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour votre réponse.

Nous sommes effectivement d'accord de reconnaître que les trajets de soins doivent être évalués, qu'il faut un *reporting* et un suivi des résultats.

Toutefois, en ce qui concerne le caractère obligatoire d'un instrument particulier, il est selon moi contraire à la loi puisqu'il avait fait l'objet d'un large débat lors de l'adoption de cette loi.

Je me réjouis en tout cas que le Réseau Santé Wallon puisse être impliqué dans le suivi des trajets de soins. C'est, me semble-t-il, une revendication légitime.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**03** Question de Mme Marie-Claire Lambert à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les conseillers en sécurité chargés de la sécurité de l'information au sein des hôpitaux" (n° 11748)

**03** Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de veiligheidsadviseurs die belast zullen zijn met de informatieveiligheid in de ziekenhuizen" (nr. 11748)

**03.01** Marie-Claire Lambert (PS): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé a décidé en juillet dernier qu'à compter du 31 mai 2012, soit demain, les hôpitaux ne pourront plus obtenir la communication des données à caractère personnel s'ils ne disposent pas d'un conseiller en sécurité de l'information et d'un plan de sécurité adéquat en la matière. Les données concernent notamment l'identité des patients, les données relatives au minimum à facturer (MAF) et à l'assurabilité permettant de déterminer le statut du patient pour l'application du tiers payant, etc. Ces données sont essentielles dans l'activité hospitalière.

Toutefois, pour que les hôpitaux puissent compter en leurs rangs un tel conseiller en sécurité, le profil de ce professionnel, sa formation, la description de sa fonction, sa place dans l'organigramme de l'hôpital sont autant d'éléments fondamentaux qui doivent encore être précisés. Effectivement, à ce jour, les hôpitaux ne disposent pas de ces informations pourtant essentielles.

Les hôpitaux ignorent donc encore le profil exact de ce conseiller, ignorent les fonctions exactes qu'il aura à occuper, le coût que revêt cette nouvelle fonction, les liens que peut entretenir cette personne avec le service informatique de l'institution, les collaborations extérieures possibles, le cadre de responsabilité en matière de protection de la vie privée, etc.

Monsieur le secrétaire d'État, combien d'hôpitaux disposent-ils déjà de ce conseiller dont le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé a avalisé l'engagement?

Comment comptez-vous et dans quel délai éclaircir les points susmentionnés pour que les hôpitaux puissent, dans le délai légal, remplir cette nouvelle obligation?

Plusieurs institutions de taille modeste souhaiteraient pouvoir collaborer et ainsi partager un tel conseiller. Est-ce possible?

Les institutions peuvent-elles faire appel à des sociétés privées pour remplir cette fonction, étant entendu que beaucoup de sociétés privées se présentent déjà dans les hôpitaux pour offrir leurs services?

**03.02** Philippe Courard, secrétaire d'État: Monsieur le président, chère collègue, permettez-moi de vous donner lecture de la réponse de la vice-première ministre.

Une circulaire complémentaire donnant une réponse à la plupart des questions posées vient précisément d'être envoyée au secteur, en date du 14 mai 2012. Cette circulaire précise les points suivants.

Le Comité sectoriel n'a pas encore été en mesure, à ce jour, de traiter tous les dossiers. À défaut de réponse, les candidatures envoyées sont néanmoins considérées comme dûment introduites et, en conséquence, les institutions concernées ne se verront imposer aucune sanction dans le cas où cette candidature devait, par la suite, être refusée.

Pour des raisons d'objectivité découlant des prescriptions en matière de protection de la vie privée, le conseiller en sécurité ne peut jamais occuper également la fonction de CEO, directeur ICT. Les institutions se trouvant dans ce cas de figure recevront donc une réponse négative du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé et seront invitées à envoyer une candidature alternative objectivée par un formulaire de référence.

L'objectif principal est ici de s'assurer de l'adéquation entre les personnes et la fonction et, en particulier, que ces candidats remplissent les conditions de formation suffisantes. Dans la plupart des cas, la candidature est donc acceptée et est accompagnée, le cas échéant, de suggestions de formations complémentaires. Ma collègue souligne l'importance de cette condition de formation et fait savoir qu'elle a pleinement conscience de l'importance d'accompagner le secteur dans cette mise en conformité légale et réglementaire qui, bien qu'en application depuis 1992, soit devenue aujourd'hui réellement indispensable. En conséquence, une offre de formation comprenant quatorze modules couvrant l'ensemble des prérequis a été développée et proposée gratuitement dès cette année au secteur. Deux sessions de huit jours sont ainsi planifiées pour les mois de juin et octobre.

Le recours à un conseiller en sécurité extérieur à l'institution tout comme l'utilisation d'un conseiller de sécurité identique pour plusieurs institutions sont tout à fait recevables. Il existe néanmoins une limite raisonnable quant au nombre d'institutions pour lesquelles ce conseiller en sécurité peut assurer cette fonction. On estime, en effet, que pour une institution d'une taille conséquente, la fonction de conseiller en sécurité représente environ 40 % d'un équivalent temps plein.

S'il est vrai qu'il n'existe pas, aujourd'hui, de profil de fonction standardisé, le questionnaire servant de base pour l'instruction du dossier, d'une part, et le contenu des quatorze modules de formation proposés, d'autre part, donnent une idée relativement précise des compétences requises. Rappelons également qu'une fois les conseillers en sécurité identifiés, un groupe de travail sera constitué afin de définir, sur base du prescrit existant en sécurité sociale, ce profil avec l'input du secteur. Il en va de même des recommandations générales en matière de bonne pratique.

Quant au nombre de conseillers évalués par le Comité sectoriel, à ce jour il s'élève à 55. Il paraît utile de compléter ce chiffre par les informations suivantes: 54 dossiers ont fait l'objet de la part du Comité sectoriel de demandes d'information et d'adaptation et sont donc toujours à l'instruction. Seuls 2 dossiers ont fait l'objet d'une réponse négative; 25 dossiers n'ont, par ailleurs, pas encore pu être analysés.

Malgré les appels répétés, 47 institutions n'ont toujours pas introduit de candidature. Les contacts téléphoniques directs avec chacune de ces dernières ont été établis, afin de garantir une information correcte de l'ensemble du secteur. En effet, certains ont peut-être considéré, à tort, que la non-utilisation des services de Carenet pour les données d'assurabilité les dispensait de répondre à la circulaire.

**03.03 Marie-Claire Lambert (PS):** Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie pour votre réponse, qui commence à planter le décor pour donner des outils aux secteurs et aux hôpitaux qui ne savent pas trop bien à quel saint se vouer, dans la mesure où les indications étaient contradictoires selon que l'on interrogeait le SPF Santé publique ou les responsables de la plate-forme eHealth.

Bref, je suis satisfaite d'entendre qu'il y a effectivement prise en charge en termes de formation, notamment de ce type de fonction.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 11769 van mevrouw De Bont wordt op haar verzoek uitgesteld.

**04 Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het screenen van hartproblemen bij twaalfjarigen" (nr. 11782)**

**04 Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "un examen cardiaque pour les jeunes dès 12 ans" (n° 11782)**

**04.01 Luk Van Biesen (Open Vld):** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, een initiatief van

een van onze bekendste cardiologen, Pedro Brugada van het Universitair Ziekenhuis Brussel, bestaat erin dat hij op eigen initiatief een aantal of eigenlijk alle twaalfjarigen op hartproblemen zal proberen te controleren. Hij neemt dit initiatief vooral naar aanleiding van het stijgende aantal voorvallen bij jonge sporters. Hij heeft laten berekenen hoeveel zijn initiatief zou kosten. Het gaat natuurlijk om een bijzonder groot kostenplaatje, namelijk 20 miljoen euro.

Er lopen ook een aantal initiatieven van de overheid.

Mijnheer de staatssecretaris, ik zou even met u van gedachten willen wisselen over uw standpunt ten aanzien van dit initiatief.

Hoever staat het met het initiatief van de regering of van de FOD rond het screenen van twaalfjarigen of jongeren met hartproblemen?

**04.02** Staatssecretaris **Philippe Courard**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de volksvertegenwoordiger, in antwoord op uw vraag kan ik u namens mijn collega de hiernavolgende elementen mededelen.

Een plotse, cardiale dood bij jongere personen kan worden veroorzaakt door verschillende hartaandoeningen, zoals erfelijk bepaalde hypertrofische cardiomyopathie, coronaire afwijkingen, valvulopathie en ritme- en geleidingsstoornissen of brugadasyndromen.

De problematiek is recent in de media druk besproken naar aanleiding van enkele incidenten met jonge sporters.

Sommige artsen pleiten inderdaad voor een grootschalige screening van jongeren op hartpathologieën. Ook diverse sportbonden stellen zich vragen over vroegdiagnostiek bij hun leden en over de aansprakelijkheid bij incidenten.

Mijn collega heeft over de problematiek in kwestie een advies gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad, onder andere inzake de wenselijkheid van een *dépistage*, de eventuele doelgroepen die voor screening in aanmerking komen, de aard van de paraklinische onderzoeken die met het oog op een risicoanalyse noodzakelijk zijn en de noodzakelijke kwalificaties van de arts die voor de screening verantwoordelijk is. Zij verwacht eind 2012 een gemotiveerd advies.

Op basis van bedoeld advies zal zij nagaan of het nuttig en wenselijk is bijzondere initiatieven ter zake te nemen. In voorkomend geval zal zij initiatieven nemen in overleg met de andere ministers van Volksgezondheid van de deelstaten.

**04.03** **Luk Van Biesen** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik kan uit uw antwoord afleiden dat de minister de bewuste problematiek naar zich toe trekt. Tegen eind 2012 zal zij het advies krijgen, op basis waarvan kan worden nagegaan of een algemene screening van twaalfjarigen, specifiek voor bepaalde doelgroepen, dient te gebeuren.

Wij zullen de problematiek opvolgen. Wij wachten dan ook met spanning het rapport van de Hoge Gezondheidsraad af.

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

De **voorzitter**: Ook de samengevoegde vragen nrs 11811 en 11812 van mevrouw De Bont alsook haar vraag nr. 11820 zijn uitgesteld.

**05** **Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de onderbezetting van de spoeddiensten" (nr. 11852)**

**05** **Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le manque de personnel dans les services d'urgence" (n° 11852)**

**05.01** **Manu Beuselinck** (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, de spoeddiensten worden al een tijd

geconfronteerd met een onderbezetting. In een artikel in *De Standaard* van 19 mei 2012 blijkt dat meer dan de helft van de Vlaamse spoeddiensten onderbemand is. De hoofdoorzaak is, enerzijds, een tekort aan urgentieartsen en, anderzijds, het feit dat andere specialisten niet meer verplicht zijn om regelmatig op de spoeddienst te werken. Volgens de beroepsvereniging zal dit tekort de volgende jaren niet verdwijnen. Het zal integendeel alleen maar toenemen omdat wij te weinig urgentieartsen in opleiding hebben en de uitstroom niet kan worden gecompenseerd.

Het is voor alle betrokken partijen van het grootste belang dat de spoeddiensten op een adequate manier worden bemand. De oplossing is mijns inziens niet zo moeilijk. In het verleden konden artsen een Brevet Acute Geneeskunde behalen. Deze zogenaamde BAG-artsen voldeden aan de voorwaarden om in een spoeddienst te werken. Vaak waren deze artsen beginnende huisartsen die in het begin bijkomende ervaring wensten op te doen. In 2008 heeft minister Onkelinx beslist om dat brevet niet langer toe te kennen. De bemanning van de spoeddiensten komt dus volledig op last van de urgentieartsen. Het herinvoeren van dit brevet lijkt mij een mogelijke oplossing.

Mijnheer de staatssecretaris, bent u bereid om dat Brevet Acute Geneeskunde opnieuw in te voeren om zo het tekort weg te werken? Zo neen, op welke argumenten baseert u zich om dat niet te doen?

**05.02** Staatssecretaris **Philippe Courard**: Ik deel u het antwoord van minister Onkelinx mee.

De Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten en Huisartsen besliste op 19 februari 2004, met ingang drie jaar later, om de basisopleiding van de urgentieartsen te verbeteren en de toegang tot het Brevet Acute Geneeskunde voor de huisartsen met verworven rechten – artsen met een RIZIV-nummer dat op 001 of 002 eindigt – af te schaffen.

In een tweede fase hebben de universiteiten beslist op basis van een te groot verschil in kwalificaties tussen de BAG-artsen en de andere gespecialiseerde spoedartsen, de acutisten en de specialisten-spoedartsen, en op basis van het ontbreken van carrièremogelijkheden voor de BAG-artsen om de toegang tot het BAG stop te zetten. Het komt mijn collega niet toe de beslissing van de universiteiten te betwisten, daar ze buiten haar bevoegdheid valt. Bovendien zou de reactivering van het BAG voor de artsen die hun activiteit in de spoeddiensten willen uitoefenen, ongetwijfeld een negatieve weerslag hebben op de huisartsgeneeskunde die, hoewel zij ook met tekorten kampt, een deel van het personeel van de huisartsgeneeskunde naar de spoedgeneeskunde zou zien verhuizen.

Tot slot kan ik u zeggen dat mijn collega de intentie heeft een besluit te publiceren om na 31 december 2012 de overgangsmaatregelen te verlengen waarmee het andere specialisten of kandidaat-specialisten is toegelaten om permanenties te houden op de spoeddiensten.

**05.03** **Manu Beuselinck** (N-VA): Mijnheer de staatssecretaris, ik hoor geen oplossing. Blijkbaar wordt het pad van de BAG-artsen niet onderzocht en bewandelt men dat niet verder. Nochtans is dit een goed systeem: hij kan een poortwachter zijn die selecteert wie er binnenkomt, zodat de urgentieartsen eigenlijk enkel moeten doen waarvoor ze zijn opgeleid, met name urgentiegeneeskunde. Het is spijtig dat de minister daar niet op ingaat.

Een ander probleem bij de spoeddiensten is het oneigenlijk gebruik ervan. Misschien ligt daar ook een deel van de oplossing. U weet dat wij vragende partij zijn om een onmiddellijke vergoeding te vragen voor het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten. Wij moeten er absoluut werk van maken om de huisarts daarin meer werk te geven en zo meer zogenaamde spoedgevallen naar de huisarts af te leiden.

U haalt het probleem aan dat wij nog minder huisartsen zullen krijgen als wij opnieuw het BAG invoeren. Het is een belangrijke taak voor de minister om het beroep van huisarts zo aantrekkelijk te maken dat er meer huisartsen komen. In die zin zijn er misschien opnieuw mogelijkheden voor BAG-artsen, zodat de spoeddiensten op een wettige manier worden bemand en ze niet, zoals nu, onderbemand zijn.

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

**06** **Question de Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la reconnaissance du métier de psychothérapeute" (n° 11860)**

**06** **Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de erkenning van het beroep van psychotherapeut" (nr. 11860)**

**06.01** **Kattrin Jadin** (MR): Mijnheer de voorzitter, ik weet niet of ik de eerste ben om deze vraag te stellen.

Je vais quand même la poser.

Monsieur le secrétaire d'État, j'avais aussi adressé cette question à Mme Onkelinx.

Les professions de la santé mentale sont difficiles à encadrer mais l'ensemble du monde politique semble aujourd'hui conscient ou plutôt conscientisé, de la nécessité de créer des statuts et des conditions de reconnaissance pour les psychologues et psychothérapeutes exerçant dans notre pays, ce qui me semble être une bonne nouvelle.

Plusieurs de mes collègues ont fait des propositions de réglementation qui seront discutées au sein de la commission de la Santé publique. Nous avons également tous reçu une lettre ouverte de représentants d'une partie du secteur qui émet quelques objections sur les propositions actuellement sur la table.

La première étape consisterait à reconnaître le métier de psychologue clinique sur la base de l'obtention du diplôme universitaire correspondant. La seconde étape concerne le titre de psychothérapeute qui est plus difficile à définir.

Certaines propositions visent à limiter la reconnaissance du métier de psychothérapeute aux détenteurs des mêmes diplômes universitaires et aux médecins.

C'est sur ce point que se manifeste aujourd'hui une opposition du secteur, qui craint que les psychothérapeutes qui ont suivi une autre filière de formation, dans un institut spécialisé ou via un apprentissage pratique encadré, n'en soient pénalisés. Ces personnes se basent également sur l'argument que le développement de différentes écoles de pensée dans le domaine de la psychologie a permis le développement de la discipline elle-même et craignent qu'une régulation trop restrictive ne soit un frein à celle-ci.

Pour ma part, je suis favorable à ce qu'une solution soit trouvée qui permette à la fois de protéger les patients et de respecter le fonctionnement propre de ce secteur très diversifié.

Voici donc ma question. Est-il prévu d'impliquer l'ensemble des acteurs du secteur de la psychologie dans cette discussion sur la reconnaissance de leur profession?

**06.02** **Philippe Courard**, secrétaire d'État: Madame la députée, je me permets de vous communiquer quelques éléments de réponse de ma collègue.

La reconnaissance des professions de la santé mentale est une problématique qui retient particulièrement son attention.

À l'heure actuelle, les psychologues, les psychothérapeutes et les autres professions non médicales de la santé mentale (sexologues, orthopédagogues, cliniciens) ne sont pas reconnus comme des professionnels de la santé. Le titre de psychologue fait toutefois l'objet d'une protection du titre professionnel en vertu de la loi du 8 novembre 1993.

Les patients ne sont cependant pas démunis puisque les médecins spécialistes en psychiatrie et les médecins spécialistes en neuropsychiatrie sont des professionnels de la santé reconnus qui peuvent mettre en place une psychothérapie à l'égard de ces patients.

De même, une spécialité et une qualification "infirmière en santé mentale et en psychiatrie" sera mise en place dans un futur proche.

Comme ma collègue l'a fait lors de la précédente législature, ses équipes sont à la disposition du parlement pour examiner les initiatives parlementaires déposées à la Chambre en vue de donner un statut aux professions de la santé mentale et d'intégrer tout ou partie de celle-ci au rang des professionnels de la

santé.

Dans ce cadre, c'est à la commission de la Santé publique de la Chambre qu'il appartiendra de décider des consultations qu'il conviendra de mener. Pour sa part, elle insistera à coup sûr pour que la part la plus large des praticiens concernés soit invitée à être entendue.

La ministre espère, en tout état de cause, que ce dossier qui n'est pas neuf pourra enfin trouver une issue dans le courant de cette législature.

**06.03 Kattrin Jadin (MR):** Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie. C'est plutôt une bonne nouvelle sachant que le secteur est fortement demandeur.

Néanmoins, nous savons qu'il convient de rester vigilant. Par exemple, mentionner la profession de sexologue serait une interprétation très vaste. Il s'agira donc de veiller à ne pas créer de déviances en cette matière.

Moi aussi, je serais très heureuse de pouvoir travailler dans cette commission à l'élaboration d'une solution.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**07 Vraag van de heer Luk Van Biesen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de ziekenhuisinfecties" (nr. 11866)**

**07 Question de M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les infections nosocomiales" (n° 11866)**

De **voorzitter**: Van de hartkwalen naar de ziekenhuisinfecties, mijnheer Van Biesen.

**07.01 Luk Van Biesen (Open Vld):** Mijnheer de voorzitter, het is nu eenmaal eigen aan de commissie voor de Volksgezondheid dat er ook over minder aangename dingen gepraat moet worden.

Mijnheer de staatssecretaris, recent is een rapport gepubliceerd over voornamelijk de Vlaamse ziekenhuizen. De Zorginspectie heeft daarbij vastgesteld dat bij 23 van de 56 Vlaamse ziekenhuizen de centrale sterilisatieafdeling niet voldoet aan de basisvereiste. Die basisvereiste houdt een strikte scheiding in van de zone met de vuile instrumenten die uit het operatiekwartier komen, en een zone waar de steriele instrumenten opgeslagen worden. In 15 ziekenhuizen constateerde de Zorginspectie dat die scheiding niet gerespecteerd werd en dat er dus steriel materiaal bij gebruikt materiaal lag of andersom.

Verder blijkt uit dezelfde studie dat de ziekenhuizen niet nagaan hoe steriel de instrumenten echt zijn als ze van de sterilisatieafdeling naar het operatiekwartier vertrekken. Vervolgens zou ook nog eens in 22 ziekenhuizen de berging van het steriel materiaal in slechte staat zijn.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg stelt dat jaarlijks ongeveer 2 600 mensen overlijden aan een ziekenhuisinfectie en dat er in totaal 103 000 patiënten ziek van kunnen worden.

Mijnheer de staatssecretaris, de analyse die ik aanhaal, is alleen gebeurd in Vlaamse ziekenhuizen. Daarom vraag ik aan de minister of zij informatie heeft over de Waalse en de Brusselse ziekenhuizen op dat vlak.

Bestaat er een gelijkaardige studie of is er informatie daaromtrent uit onze buurlanden?

Kunt u ons inlichten hoe het feit verholpen kan worden dat zo weinig ziekenhuizen in orde zijn met alle basisregels op dat vlak? Welke bijkomende maatregelen kunnen er genomen worden opdat ziekenhuizen daaraan wel zouden voldoen? Bestaat er op een of andere manier een bestraffing voor ziekenhuizen die zich niet houden aan de basisregels op dat vlak?

**07.02 Staatssecretaris Philippe Courard:** Mijnheer de voorzitter, mijnheer Van Biesen, in antwoord op uw vragen kan ik u de volgende elementen van mijn collega, minister Onkelinx, meedelen.

De inspectie van de zorgvoorzieningen is geen federale bevoegdheid, maar behoort tot de competenties van de deelstaten. Voor meer details over de aangehaalde cijfers en over de resultaten van de inspectie van Waalse en Brusselse ziekenhuizen, over de geplande inspecties en over eventuele sancties die worden vooropgesteld, verwijst mijn collega u dan ook naar de bevoegde regionale instanties.

Minister Onkelinx wil toch enkele kanttekeningen plaatsen bij de ongenuanceerde manier waarop die resultaten in de pers werden voorgesteld en stilstaan bij een federaal initiatief ter promotie van de handhygiëne in de Belgische ziekenhuizen.

Wat de sterilisatie aangaat, moet opgemerkt worden dat de meeste Belgische ziekenhuizen niet recent werden gebouwd. Dit zorgt ervoor dat in heel wat ziekenhuizen de oorspronkelijke infrastructuur van de centrale sterilisatieafdeling zich helaas niet goed meer leent voor het toepassen van de huidige strikte functionele normen, zoals de strikte scheiding tussen de vuile en de propere zone en de optimale bewaring van het gesteriliseerde materiaal.

We zien dan ook dat heel wat ziekenhuizen in vernieuwde, moderne CSA's investeren. De inspecties stimuleren de ziekenhuizen daar trouwens toe. Ook op federaal niveau wil de minister bijdragen tot een continue kwaliteitsverbetering in de CSA's.

Zij wil de betrokken wetenschappelijke verenigingen horen en overleg en advies over deze materie vragen aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Mijn collega zal ook bekijken of het nodig is om de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad in haar Aanbevelingen voor sterilisatie, nr. 7848 van mei 2006, te laten actualiseren.

De minister wil ook opmerken dat het niet strikt kunnen naleven van de huidige functionele normen niet zomaar leidt tot meer incidenten met steriel materiaal.

De praktijk leert ons dat dit absoluut niet het geval is, dankzij de kennis en de inzet van al het personeel van de CSA's.

Wat de basisregels voor de handhygiëne betreft, volstaat het dat tijdens de meerdaagse inspecties slechts één zorgverlener in het ziekenhuis wordt opgemerkt die deze regel niet naleeft om te resulteren in een opmerking hierover in het inspectieverslag.

Een dergelijke opmerking mag dus absoluut niet worden geïnterpreteerd als een algemeen gebrek aan respect voor deze regels in het betrokken ziekenhuis.

In België werden sinds 2005 al vier nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne in de ziekenhuizen georganiseerd. De vrijwillige participatie van de Belgische ziekenhuizen aan deze campagnes was uitstekend. Meer dan 90 % van de acute ziekenhuizen, twee derde van de chronische ziekenhuizen en twee derde van de psychiatrische ziekenhuizen namen telkens deel.

Tijdens elke campagne steeg de naleving van de handhygiënevoorschriften met 10 tot 20 procent. Bovendien is de naleving vóór de start van de respectievelijke campagnes doorheen de jaren met 10 procent gestegen, wat wijst op een permanent effect van de campagnes.

**07.03 Luk Van Biesen** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik dank u voor uw antwoord.

Het was mij uiteraard niet ontgaan dat het grootste gedeelte hiervan inderdaad een bevoegdheid van de Gemeenschappen is, en op bepaalde vlakken zelfs een gewestelijke bevoegdheid.

Heel veel van die elementen zijn usurperende bevoegdheden. U hebt het daarnet zelf gehad over de vier nationale campagnes over handhygiëne. In principe is dat ook iets wat het federale niveau niet moet doen.

Daarom wordt deze vraag hier gesteld. Alles kan in dit land mooi gefederaliseerd zijn, maar uiteindelijk telt het resultaat in het ziekenhuis. De bouw van ziekenhuizen is tot op heden nog een federale bevoegdheid. U zegt zelf dat de meeste van deze ziekenhuizen in een niet in al te beste staat verkeren, dus daar ligt wel een deel van de bevoegdheid op federaal niveau.

Het lijkt mij toch belangrijk dat er een coördinatie tussen de verschillende niveaus blijft bestaan, opdat het resultaat een drastische vermindering zou zijn van het aantal infecties die men in ziekenhuizen kan oplopen. Het Federaal Kenniscentrum heeft het over 103 000 patiënten per jaar die ziek worden door ziekenhuisinfecties. Het probleem blijft nog altijd bestaan, of het nu een federale of regionale bevoegdheid is.

Het gaat om 103 000 mensen die op een of andere manier ziek worden zonder dat zij ziek zouden moeten zijn. Daarom willen wij dit vandaag onder de aandacht brengen, goed wetende wiens bevoegdheid het is. Het zou goed zijn, mocht er wat meer coördinatie tussen de verschillende niveaus bestaan om te zorgen voor een vermindering van het aantal infecties.

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

**08 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'avis du CSS concernant les aspects sanitaires de l'implantation et du fonctionnement de parcs à éoliennes dans des zones habitées" (n° 11881)**

**08 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het advies van de HGR met betrekking tot de sanitaire aspecten van de inplanting en de werking van windmolenparken in woongebieden" (nr. 11881)**

**08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen):** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, j'ai appris que le Conseil supérieur de la Santé (CSS) a été sollicité en 2011 par le président du SPF Santé publique pour élaborer un avis concernant les aspects sanitaires de l'implantation et du fonctionnement des parcs éoliens dans des zones habitées.

J'ai obtenu une copie de la lettre de M. Dirk Cuypers au président du Conseil supérieur de la Santé dans laquelle il lui demande de donner un avis sur les effets sanitaires des parcs éoliens. Dans sa lettre, il parle d'une littérature étendue et évidente sur les effets négatifs sur la santé. En fait, il prend parti car, dans la vie civile, il s'est opposé à l'implantation d'un parc éolien dans sa commune. C'est son droit mais le problème est de savoir s'il peut faire valoir ses opinions en tant que président du SPF et demander une étude au CSS avec une certaine orientation dans la demande d'avis.

Monsieur le secrétaire d'État, quelle est la procédure utilisée lorsqu'on demande un avis au Conseil supérieur de la Santé? Je croyais, naïvement peut-être, que la ministre était compétente pour demander un avis.

La Fédération des énergies renouvelables, Edora, a eu vent de cela et s'était étonnée de voir l'avis du CSS ne porter que sur les incidences négatives sur la santé. Elle a dès lors demandé à la ministre d'élargir le champ d'investigation afin de montrer qu'il peut aussi y avoir des effets sur la santé. En effet, les énergies renouvelables sont moins polluantes. La ministre a donc demandé au CSS d'élargir la portée de son avis.

Monsieur le secrétaire d'État, où en est cette étude? Le CSS a-t-il pu élargir la portée de son travail? Quand cet avis sera-t-il rendu public?

**08.02 Philippe Courard, secrétaire d'État:** Chère collègue, selon l'arrêté royal portant création du Conseil supérieur de la Santé, l'avis de celui-ci peut être sollicité par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, l'Institut de Santé publique, le Centre d'études et de recherches vétérinaires et agrochimiques, l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de santé, l'Agence fédérale pour la Sécurité de la chaîne alimentaire ou l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire - outre le ministre qui détient la Santé publique et l'Environnement dans ses compétences, cela va de soi.

La ministre partage bien évidemment votre avis quant au caractère trop restreint de la justification de cette demande d'avis et l'a d'ailleurs signalé au président du SPF Santé publique à l'origine de cette initiative. Par ailleurs, elle a réagi immédiatement à la requête de la Fédération des énergies renouvelables en demandant au président du Conseil supérieur de la Santé d'étendre le champ d'analyse du groupe de travail concerné afin que l'avis à rendre aborde cette question sous toutes ses facettes et ne se limite pas à répertorier les incidences négatives directes ou potentielles sur la santé des riverains d'un parc à éoliennes. Il s'agit de se

livrer à une analyse objective du bilan positif ou négatif des implications sanitaires du projet éolien. D'après les informations qui sont en sa possession, le Conseil rendra son avis en fin d'année au plus tôt, mais cela peut encore changer, car la demande ne mentionne aucune échéance particulière – laissant de la sorte le Conseil supérieur de la Santé libre quant à l'organisation de ses travaux.

**08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie de cette réponse. Je me réjouis que la ministre ait fait remarquer au président du SPF le caractère léger et entaché de subjectivité de la justification. Il faut éviter ce genre de choses; on ne peut pas impunément solliciter de manière aussi orientée le Conseil supérieur de la Santé. J'espère donc que cela ne se reproduira pas. Un avis du CSS doit reposer sur des justifications plus solides que cela.

Je suis également heureuse que la ministre ait souhaité étendre le contenu de l'étude. Par ailleurs, il convient de limiter le travail au risque de devoir attendre les résultats deux ou trois ans. Cela n'aurait plus beaucoup d'intérêt. Or j'aimerais en prendre connaissance. Je pense que l'avis du Conseil doit être équilibré, mais on ne peut pas lui demander de recommencer une étude approfondie par ses propres moyens.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 11912 van mevrouw Ine Somers vervalt.

**09 Question de M. André Frédéric à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la santé et les dérives sectaires" (n° 11939)**

**09 Vraag van de heer André Frédéric aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "sektarische ontsporingen inzake gezondheid" (nr. 11939)**

**09.01 André Frédéric** (PS): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, émanant d'un citoyen, une plainte a récemment été transmise au sujet de l'organisation prochaine d'un "Symposium international portant sur la compréhension biologique des maladies". L'auteur de cette plainte met en cause les intervenants de ce symposium qui se revendiquent de la biologie totale des êtres vivants. À la suite de cette interpellation, vous avez invité le bourgmestre, l'Ordre des médecins, le SPF Santé publique et le procureur du Roi à réagir selon leurs compétences.

Selon la Mission interministérielle de vigilance de lutte contre les sectes, la Miviludes, organe français qui dépend du premier ministre français, "cette prétendue nouvelle médecine repose sur le postulat selon lequel toute maladie est la résultante d'un choc psychologique intense et d'un conflit intérieur non résolu qu'il suffit de décrypter pour arriver à la guérison". Évidemment, lorsque des praticiens adeptes de ce courant prétendent guérir de la sorte des maladies telles que le cancer et le sida, l'état de santé des patients concernés peut se détériorer rapidement voire irrémédiablement.

Voici quelques mois d'ailleurs, à Liège, notre justice condamnait un psychothérapeute du chef de pratique illégale de la médecine, de coups et blessures involontaires mais aussi d'escroquerie. Il avait convaincu une de ses patientes atteinte d'un cancer d'abandonner ses traitements pour recourir à des méthodes prônées par la biologie totale. Elle en est morte. Ce cas n'est malheureusement pas un cas isolé.

Pour aider les patients et leurs proches concernés par une telle maladie et qui se trouvent de facto dans un état de faiblesse et de grande vulnérabilité, mais aussi les professionnels de la santé à être vigilants face à ces dérives sectaires dans le domaine de la santé, diverses initiatives ont été prises en France. Parmi celles-ci: la publication par la Miviludes d'un guide intitulé *Santé et dérives sectaires* dont l'objectif est d'aider à repérer les situations de danger, à proposer des outils pratiques afin de réagir en conséquence au soutien des victimes; une affiche et un dépliant destinés aux malades du cancer intitulés *Cancer, attention aux traitements miraculeux* ont été réalisés et diffusés dans tous les établissements de santé disposant d'un service de traitement du cancer; la constitution au sein de la Miviludes d'un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique et, enfin, la mise en place d'un partenariat entre la Miviludes et l'Ordre des médecins qui a ainsi mis en place des référents "dérives sectaires" dans tous les conseils départementaux de l'Ordre.

En Belgique, l'équivalent de la Miviludes est le Centre d'information et d'avis sur les organisation sectaires

nuisibles (CIAOSN). Il est chargé de l'étude du phénomène des organisations sectaires et effectue en la matière un travail remarquable.

Monsieur le secrétaire d'État, le symposium qui doit se tenir ce week-end est-il toujours à l'ordre du jour? Comment le SPF Santé publique, l'Ordre des médecins, le bourgmestre concerné et le procureur du Roi ont-ils réagi à votre interpellation? De quels moyens d'action disposent-ils en la matière? Dans quelle mesure votre département s'inscrit-il dans la lutte contre les dérives sectaires dans le domaine de la santé? Que vous inspirent les initiatives citées?

Par "organisations sectaires nuisibles", la loi du 2 juin 1998 portant création du CIAOSN et d'une Cellule administrative de coordination de la lutte contre les organisations sectaires nuisibles entend des "groupements à vocation philosophique ou religieuse, ou se prétendant comme tels". N'est donc pas explicitement visée la problématique thérapeutique. Estimez-vous utile d'inclure dans le champ d'action de ladite loi les dérives commises dans le domaine de la santé? Dans l'affirmative, entendez-vous, à cette fin, prendre contact avec votre collègue, la ministre de la Justice?

**09.02 Philippe Courard**, secrétaire d'État: Monsieur le président, cher collègue, je vous donne lecture de la réponse de Mme Onkelinx.

A priori, le symposium en question est toujours à l'ordre du jour. En effet, le bourgmestre de Woluwe-Saint-Lambert qui, par ses compétences de police administrative générale, détient le pouvoir d'interdire préventivement la manifestation sur le territoire de sa commune, a fait savoir, par la voix de son directeur de cabinet, que l'événement se déroule dans une salle privée louée pour l'occasion; à ce stade, nous ne voyons pas en quoi le bourgmestre pourrait intervenir, dans la mesure où il n'est pas supposé que cet événement porte atteinte à l'ordre public ou à la sécurité, même si les théories répandues par ces médecins, pour la plupart rayés de l'Ordre, ne sont pas partagées par l'ensemble du corps médical.

Les autres autorités que ma collègue a saisies ne disposent que d'un rôle répressif. Les commissions médicales provinciales ont principalement un rôle de constatation et de signalement en cas d'exercice illégal de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de l'art vétérinaire, de la kinésithérapie, de l'art infirmier ou d'une profession paramédicale. Ces commissions ne disposent toutefois pas des prérogatives des officiers de police judiciaire.

L'Ordre des médecins dispose d'une autorité disciplinaire à l'égard des médecins qui se rendraient coupables d'une violation des règles de la déontologie médicale ou d'une atteinte à l'honneur, à la discrétion, à la probité ou à la dignité des membres de l'Ordre des médecins. Le parquet dispose, bien sûr, de toutes les prérogatives liées à l'instruction criminelle.

L'administration du SPF Santé publique a déjà fait savoir à la ministre qu'elle mettait les moyens disponibles en œuvre et se tenait à la disposition des autres autorités compétentes pour une action conjointe.

Ma collègue est, bien évidemment, attentive à dénoncer et à lutter contre les dérives sectaires en matière de santé et, de manière générale, contre toute dérive visant à profiter de l'état de faiblesse ou de détresse de certains patients ou de leur entourage. Dans ce cadre, les initiatives françaises que vous avez citées sont intéressantes et rejoignent, dans une certaine mesure, les initiatives qu'elle a prises en la matière.

La ministre a lancé une procédure en vue de mettre en œuvre la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales et de constituer la commission paritaire et les chambres prévues par cette législation. Cette procédure permettra de fixer un cadre légal pour l'exercice de ces pratiques dites non conventionnelles.

Par ailleurs, un certain nombre de propositions ont été déposées à la Chambre pour définir un cadre légal pour les pratiques en matière de santé mentale. À cet égard, la ministre et son équipe se tiennent à la disposition du parlement pour tenter de faire aboutir cet important dossier.

Enfin, il lui semble que la définition d'"organisation sectaire nuisible", fixée par la loi du 2 juin 1998, est suffisamment large pour que le Centre d'information et d'avis sur les organisations sectaires nuisibles (CIAOSN) et que la Cellule administrative de coordination de la lutte contre les organisations sectaires nuisibles puissent intervenir en cas de dérive sectaire en matière de pratiques thérapeutiques.

Cela étant, nous pourrions effectivement envisager d'insérer les pratiques thérapeutiques dans la définition, ce qui aurait le mérite de rendre les choses encore plus claires.

Elle interrogera par ailleurs sa collègue en charge de la Justice à cet égard.

**09.03** **André Frédéric** (PS): Monsieur le secrétaire d'État, deux éléments.

D'abord, je regrette que l'on n'ait pas agi avec plus de détermination, même si c'est difficile dans un lieu privé, pour interdire cette manifestation. Même si certains thérapeutes voient d'un bon œil la biologie totale des êtres vivants, je les invite ainsi que les autorités locales à rencontrer les victimes et leurs familles, victimes qui se comptent par centaines dans ce pays et par milliers au niveau international.

Les adeptes de cette biologie totale sont de véritables charlatans: ils recommandent des traitements surréalistes dans le cas de cancer du sein, en l'occurrence. Je les invite également à lire *Ils ont tué ma mère*, écrit par Nathalie de Reuck, journaliste à la RTBF, pour en savoir davantage sur le sujet. Ils seront sidérés. On ne peut pas tout connaître!

Ensuite, j'entends bien que la ministre ne s'oppose pas à l'extension de la définition portant création du CIAOSN. Elle juge la définition suffisante. J'ajouterai pourtant qu'actuellement, la sûreté de l'État, pour remplir son rôle de prévention et d'investigation, doit se référer exclusivement à la définition légale dont nous disposons: "mouvement à caractère philosophique ou religieux ou se prétendant tel". À chaque action qu'elle a à mener dans le domaine de la santé, elle est bloquée dans sa mise en œuvre, forcée de se référer à la définition légale.

C'est pourquoi, si les choses n'avancent pas suffisamment vite, je prendrai l'initiative de déposer une proposition de loi allant dans ce sens, permettant d'accélérer les choses afin de répondre à la demande de notre Sûreté de l'État.

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

De **voorzitter**: Vraag nr 11969 van mevrouw Ine Somers is hetzelfde lot beschoren als haar vorige vraag.

**10** **Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le Fonds des accidents médicaux" (n° 11986)**

**10** **Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het Fonds voor medische ongevallen" (nr. 11986)**

**10.01** **Marie-Martine Schyns** (cdH): Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, je viens aux nouvelles du Fonds des accidents médicaux.

Dans la note de politique générale, il était prévu que l'opérationnalisation du Fonds serait poursuivie, en collaboration avec l'INAMI, afin de permettre l'entrée en vigueur de la loi du 31 mars 2010 dans les meilleurs délais.

Un montant de 12 millions d'euros est prévu dans le budget de l'INAMI qui permettra de financer les activités éventuelles du Fonds en 2012.

Lors des discussions relatives à cette note, Mme Onkelinx avait précisé que son objectif était que le Fonds soit opérationnel à la mi-2012. Nous y sommes presque et c'est la raison pour laquelle je viens aux nouvelles.

Dans quel délai ce Fonds pourra-t-il être actif?

Par ailleurs, il y a une particularité. Cette loi de 2010 s'applique en effet à tous les dommages résultant d'un fait postérieur à sa publication au *Moniteur belge*, c'est-à-dire à partir du 2 avril 2010. Pourriez-vous déjà préciser le nombre de demandes qui ont été introduites auprès du Fonds?

Le retard pris lors de la mise en place de ce Fonds ne risque-t-il pas d'alourdir la charge de travail dès le début de son fonctionnement? Quelque chose est-il prévu?

**10.02 Philippe Courard**, secrétaire d'État: Chère collègue, j'espère que je vais vous satisfaire en vous livrant tout ce que Mme Onkelinx m'a écrit.

Comme vous le savez, la mise en œuvre du Fonds des accidents médicaux est une de ses priorités. L'avant-projet de la loi santé approuvé en première lecture le 11 mai dernier par le gouvernement contient entre autres les dispositions qui permettront de réaliser l'intégration du Fonds au sein de l'INAMI afin de simplifier sa gestion et ce, tout en conservant l'indépendance du conseil d'administration du Fonds, qui deviendra un comité de gestion institué au sein de l'INAMI.

Parallèlement, l'INAMI a pris toutes les mesures nécessaires afin que le Fonds puisse être opérationnel avant l'automne.

Le Fonds indique que le nombre de demandes qui lui sont connues s'élève à ce jour à 338. Ce chiffre comprend les demandes qui lui ont été directement adressées, celles qui ont été signalées au Call Center du SPF Santé publique, ainsi que les dossiers que les différentes mutualités et les associations de patients ont annoncé vouloir transmettre au Fonds.

Il s'agit bien entendu d'un arriéré qui devra être géré par le Fonds mais celui-ci a été proactif puisqu'il a pu l'évaluer et qu'il peut donc anticipativement s'organiser et prendre les mesures nécessaires pour le traiter au mieux. Il s'agit en tout état de cause d'un élément d'attention qui sera suivi de près par l'INAMI et le Fonds dans les premiers mois de son fonctionnement.

**10.03 Marie-Martine Schyns** (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Nous suivrons bien entendu de près cet avant-projet de loi lorsqu'il nous sera soumis.

Cela dit, j'ai pris acte de la modification de la structure pour évoluer vers un comité de gestion. Si c'est pour gagner en efficacité au niveau de la gestion des dossiers, je m'en félicite.

Vous avez également dit que l'indépendance serait garantie. Cet aspect fera également l'objet de toute notre attention.

Nous verrons, au moment de la gestion de l'arriéré, si tout cela peut se faire dans les meilleurs délais.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

Le **président**: Les questions n° 11987 de Mme Catherine Fonck et n° 12003 de Mme Nadia Sminate sont reportées à leur demande.

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

- **M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la gestion des stocks de vaccins H1N1 par les pharmaciens" (n° 11992)**

- **M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la gestion des stocks de vaccins H1N1 par les pharmaciens" (n° 12004)**

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

- **de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het beheer van de voorraden van H1N1-vaccins door apothekers" (nr. 11992)**

- **de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het beheer van de voorraden van H1N1-vaccins door apothekers" (nr. 12004)**

**11.01 Damien Thiéry** (FDF): Monsieur le secrétaire d'État, il me revient que bon nombre de pharmaciens s'interrogent quant à la gestion des stocks de vaccins et autres dont ils disposent encore en officine. Certains de ces médicaments approchent la date de péremption. À la suite de contacts entre certains pharmaciens et l'Agence fédérale des Médicaments, aux fins de savoir ce qu'il y avait lieu de faire, aucune réponse n'avait été directement fournie.

La question qui se pose pour ces pharmaciens est de savoir dans quel délai les services de la ministre procéderont au rapatriement des stocks, ce qui semblerait logique. En effet, tous ces médicaments sont munis d'un code-barres et on ne peut se permettre de les détruire n'importe comment. Y a-t-il lieu de demander l'intervention de l'Agence fédérale des Médicaments pour la destruction des médicaments périmés? Comment cela se déroulera-t-il? Dans quelles conditions?

**11.02 Philippe Courard**, secrétaire d'État: Monsieur le président, monsieur le député, en réponse à votre question adressée à la ministre de la Santé, je vous transmets les éléments suivants. Son administration a pris différents contacts avec l'Association Pharmaceutique Belge et les représentants des grossistes répartiteurs, à la suite desquels un retrait des produits issus de la grippe H1N1 a été décidé.

Un ordre de retrait vient d'être rédigé et sera envoyé sous peu. Le retrait sera réalisé par l'intermédiaire des grossistes répartiteurs, qui ont acheminé ces mêmes produits auprès des pharmacies. Les différents marchés publics permettant ce retrait (ordre de retrait, convention avec les grossistes répartiteurs, transport, etc.) sont en cours de validation auprès de l'Inspection des Finances.

**11.03 Damien Thiéry** (FDF): Monsieur le secrétaire d'État, si la réponse de la ministre a le mérite d'être claire, elle devrait également être transmise aux pharmaciens qui sont demandeurs d'informations. Même si on n'est pas encore certains de la procédure parfaite à l'heure actuelle, il conviendrait au moins de leur donner cette information, afin qu'ils ne s'inquiètent pas. En effet, ces stocks prennent énormément de place. Or, ils ont de plus en plus de médicaments à stocker, étant donné les dernières lois qui sont passées dans le domaine. Ils demandent donc une information complémentaire.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.14 uur.  
La réunion publique de commission est levée à 12.14 heures.*