

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 12 MEI 2015

Namiddag

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

du

MARDI 12 MAI 2015

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door mevrouw Maya Detiège.
La séance est ouverte à 14.14 heures et présidée par Mme Maya Detiège.

01 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tariefzekerheid bij artsen" (nr. 3072)

01 Question de Mme Maya Detiège à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité tarifaire chez les médecins" (n° 3072)

01.01 **Maya Detiège** (sp.a): Mevrouw de minister, uit de cijfers van het RIZIV van dit jaar blijkt dat een op vijf artsen de tariefafspraken niet zou volgen. Het aantal ligt wel iets lager dan de vorige jaren, maar het blijft een hoog cijfer. Het zegt ook niets over het aantal specialisten dat de tarieven volgt; die zijn soms met een vergrootglas te zoeken. Daarenboven hebben sommige specialisten, zoals gynaecologen en kinderpsychologen zich jammer genoeg "gedeconventioneerd", waardoor zij zich de facto onttrekken aan onderhandelde tarieven.

U liet in een eerder antwoord in de commissie weten dat artsen niet kunnen worden verplicht om de richttarieven te volgen en dat de patiënten zelf moeten weten of hun zorgverstrekker geconventioneerd is of niet. Als geconventioneerde artsen zich evenmin houden aan de tariefafspraken, wordt het voor een patiënt moeilijk om te weten wat hij moet doen en is hij de dupe van de situatie.

De ziekteverzekering liet weten dat 50 % van de gynaecologen, 67 % van de dermatologen, 58 % van de oogartsen en 60 % van de plastisch chirurgen minstens de helft meer aanrekenen dan de tarieven die met de ziekenfondsen werden afgesproken.

Het akkoord inzake tariefafspraken geldt maar tot eind 2015 en er zal dus binnenkort opnieuw moeten worden onderhandeld voor de komende jaren.

Mevrouw de minister, hoe wilt u, ten eerste, zorgen voor meer tariefzekerheid bij geconventioneerde huisartsen en specialisten, en dat voor een langere termijn dan vandaag het geval is?

Ten tweede, geconventioneerde artsen worden geacht de tariefafspraken maximaal te volgen. Hoe wordt gecontroleerd of zij dat ook effectief doen? Wat zijn de sancties bij niet-naleving?

Ten derde, in welke specialisaties telt u de meeste gedeconventioneerde artsen? Hoe wilt u die trend ombuigen?

01.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Detiège, de partners van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden al geruime tijd bewustgemaakt van het probleem van de lage conventioneringsgraad voor bepaalde categorieën van geneesheren-specialisten.

De aangehaalde redenen zijn vaak de onderwaardering door het officiële tarief en de nood om de snelverouderende technologische medische uitrusting te vernieuwen.

Nota genomen van die stand van zaken hadden de partners van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen reeds in het nationaal akkoord 2011 de wens uitgedrukt om daarover te overleggen.

Sindsdien heeft zich bij het RIZIV dan ook een specifieke werkgroep gebogen over de algemene problematiek inzake transparantie en informatieplicht ten opzichte van de patiënt.

De nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen wenste conform punt 5.2 van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen betrokken te worden bij de concrete aanpassing van de zogenaamde transparantiewet, waarvan de inwerkingtreding tot 1 juli werd uitgesteld. Inmiddels is dat gebeurd.

Punt 6 van het nationaal akkoord is gewijd aan de bevordering van de conventionering en het sociaal statuut. Zo wordt er voor de huisartsen die volledig tot het akkoord toetreden, in een verhoging van de praktijktoelage voorzien van 500 euro per jaar.

Er wordt dan ook voorgesteld om de volgende initiatieven te lanceren. Gelet op de lage conventioneringsgraad van specialisten in dermatologie, oftalmologie en gynaecologie zal een overleg worden opgestart tussen de vertegenwoordigers van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen teneinde mogelijke initiatieven voor de toekomst voor te bereiden.

Er is daarnaast een jaarlijkse telematicapremie ten belope van 500 euro. Die premie wordt toegekend aan geneesheren-specialisten die volledig geconventioneerd zijn en actief deelnemen aan de registratie van medische gegevens inzake projecten vastgesteld door de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. De commissie zal de concrete toekenningsvoorwaarden vóór juni 2015 voorstellen.

Het tot stand brengen van een regeling inzake al dan niet geplafondeerde honorariumsupplementen bij bepaalde verstrekkingen zoals de warme borstreconstructie na kanker, bijvoorbeeld via het vaststellen van tarieven met akkoordverklaring.

Met betrekking tot het conventioneringsstatuut bepaalt artikel 73 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dat de artsen de informatie op een duidelijke en leesbare manier in de wachtkamer van de medische praktijk moeten uithangen. Ze moeten ook preciseren of zij al dan niet gedeeltelijk tot de overeenkomst zijn toegetreden.

De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle ontvangt slechts zeer uitzonderlijk een klacht in dat verband.

Wanneer de geneesheren-inspecteurs van die dienst zich naar het kabinet van een zorgverlener begeven in het kader van eender welk onderzoek, gaan zij automatisch na of ook aan die verplichting wordt voldaan.

Het spreekt voor zich dat de artsen de informatie over hun conventioneringsgraad moeten meedelen. De rechthebbenden kunnen echter ook voorafgaand die informatie over de arts bij hun ziekenfonds opvragen. Het RIZIV stelt die informatie ook ter beschikking op zijn website.

Het is dus een tweesporenbeleid. Enerzijds zijn de artsen verplicht om het mee te delen en anderzijds kan de patiënt, als hij dat wil, die informatie voorafgaand krijgen om zo te beslissen naar welke arts men zal gaan.

01.03 Maya Detiège (sp.a): Mevrouw de minister, dank u voor uw antwoord. Even terzijde heet ik alle jongeren hier welkom in onze commissie.

01.04 Minister Maggie De Block: Het is een schooltje uit Zemst.

01.05 Maya Detiège (sp.a): Zo zien ze dat parlementsleden en ministers effectief hard werken. Op televisie vallen vooral de lege plekken op in het halfroond. Parlementsleden zijn echter ook "achter de schermen" in andere zalen actief.

Mevrouw de minister, u hebt een aantal positieve dingen gemeld, in die zin dat u het probleem duidelijk erkent. U hebt een werkgroep opgestart om nieuwe initiatieven te nemen om het probleem van het

deconventioneren aan te pakken.

Vanuit mijn praktijkervaring betwijfel ik of de verhoging van de praktijktoelage van 500 euro voldoende zal zijn om huisartsen te stimuleren. Het is wel een eerste aanzet. Het fundament, de reden waarom artsen zich deconventioneren, gaat veel dieper. Hetzelfde geldt voor de specialisten. Daar moet er heel goed overleg komen, want er is al jaren een vorm van ontsporing. Zowel bij de patiënten als bij de specialisten zelf bestaat er misnoegen. Ik meen dat daar een goed evenwicht zal moeten worden gevonden en ik hoop dat u daar werk van zult maken.

Ik dank u voor uw antwoord.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nr. 3640 van de heer Van der Maelen, nr. 3654 van mezelf, nr. 3691 van mevrouw Pehlivan en nr. 3954 van de heer Blanchart worden uitgesteld tot volgende vergadering. Vraag nr. 4135 van de heer Blanchart wordt eveneens uitgesteld.

02 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en oeuvre du Plan Cancer" (n° 3497)

02 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het Kankerplan" (nr. 3497)

02.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon les chiffres de la Fondation Registre du Cancer, 65 269 nouveaux diagnostics de cancer ont été enregistrés en Belgique en 2012. S'il était encore nécessaire de le démontrer, ces chiffres prouvent que la lutte contre le cancer doit rester une priorité de santé publique. En 2008, un vaste Plan national de lutte contre le cancer a été lancé.

Ce Plan contenant trente-deux mesures concrètes concerne d'abord la prévention et le dépistage, ensuite les soins, le traitement et le soutien pour les patients et, enfin, la recherche. Ce sont des axes essentiels pour faire reculer la maladie, pour continuer à améliorer la vie des personnes touchées et pour permettre une médecine toujours plus innovante en la matière.

Une évaluation de ce Plan a, par ailleurs, été menée par votre prédécesseur et des mesures supplémentaires y ont été intégrées. Ce Plan dont la mise en place est encouragée au plan international par l'Organisation mondiale de la Santé et l'Union européenne a, par ailleurs, comme objectif de rendre complémentaires "les actions politiques menées aux différents niveaux de pouvoir, de renforcer leur efficacité par le partage d'objectifs communs".

Madame la ministre, dans votre note de politique générale, vous aviez mentionné devoir vérifier si ce Plan Cancer pouvait continuer à être concrétisé. Aujourd'hui, les inquiétudes demeurent. Pouvez-vous donc nous confirmer dans quelle mesure le Plan national Cancer pourra continuer à être mis en œuvre et surtout nous dire clairement où nous en sommes aujourd'hui? Le Plan national Cancer figure-t-il à l'agenda du prochain comité interministériel de la Santé? Pourriez-vous nous dire si une évaluation de ce Plan est prévue prochainement? Des mesures complémentaires sont-elles déjà envisagées?

02.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, il est évident que le cancer reste une priorité pour la santé publique. Le Plan Cancer initialement prévu pour la période 2008-2010 a été poursuivi et élargi avec des mesures supplémentaires depuis 2011. Le SPF Santé publique et l'INAMI sont responsables de la réalisation du Plan Cancer. Aujourd'hui, la majorité des actions du Plan Cancer ont été réalisées et sont des mesures structurelles. Ces actions seront évidemment poursuivies, comme je l'ai également mentionné dans la note de politique générale.

Le Plan Cancer fait l'objet de la concertation avec les entités fédérées et est discuté au sein des groupes de travail intercabinet "maladies chroniques". De plus, le sujet figurait déjà à l'agenda du comité interministériel du 30 mars à côté d'autres points, entre autres la gestion des protocoles d'accord concernant le dépistage du cancer, à savoir un protocole avec les entités fédérées.

Le Centre du Cancer a présenté, fin 2012, une première tentative d'évaluation de l'exécution des initiatives

prises en place dans le cadre du Plan Cancer pour la période 2008-2010. Cinq pistes ont été identifiées comme prioritaires: la réhabilitation des patients oncologiques, le lien entre les soins à l'hôpital et à domicile (soins intégrés), les banques et dons de cellules souches (j'ai déjà répondu à une question à ce sujet lors de notre précédente commission), le système de qualité des soins en oncologie et, enfin, la médecine personnalisée.

Ces thèmes ont été examinés en groupes de travail thématiques chargés d'analyser chacun des thèmes et de formuler des nouvelles mesures *evidence-based* en fonction des budgets disponibles. Par exemple, le groupe de travail "réhabilitation des patients oncologiques" réalise actuellement un projet-pilote sur le terrain dans trois grands hôpitaux de chaque Région, spécifiquement pour développer un instrument de réintégration socioprofessionnelle pour les personnes atteintes du cancer.

En outre, en collaboration avec le SPF, nous étudions avec des experts comment simplifier la législation afin que le retour et la réintégration socioprofessionnelle des malades chroniques soient mieux garantis. De telles mesures sont importantes pour éviter l'isolement social de ces personnes.

Le Centre du Cancer au sein de l'Institut scientifique de la Santé publique qui a été mis en place en 2009 et qui est chargé du monitoring et de l'évaluation du Plan Cancer a publié un état des lieux en 2014. Ce document de 90 pages est consultable; y figurent toutes les réalisations déjà faites dans le cadre du Plan Cancer. Par manque de temps, je ne peux évidemment pas vous lire ici ces 90 pages.

02.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, il y a parfois un décalage entre le moment où l'on dépose une question et où on la pose. Le Conseil interministériel étant dépassé, ce qui m'importe, c'est que des décisions aient été prises par le passé et que l'on continue à suivre de près ce qui représente un fléau terrible pour nos concitoyens. Je suis donc heureux de voir que les choses continuent leur chemin avec de nouvelles pistes et concrétisations dans une série de secteurs. Vous venez de parler de la réinsertion socioprofessionnelle à laquelle on ne pense pas directement quand on parle de cancer. Madame la ministre, je vous remercie.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'usage de la dompéridone" (n° 3695)

03 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van domperidon" (nr. 3695)

03.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon une étude publiée le 31 mars dans la revue *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, la dompéridone, médicament utilisé pour traiter les vomissements et les nausées, commercialisée notamment sous le nom de Motilium, pourrait être à l'origine d'environ 200 décès en France en 2012.

En février 2014, cette revue indépendante d'information sur les médicaments avait déjà alerté sur les dangers de la dompéridone et en particulier sur les troubles du rythme cardiaque que celle-ci pouvait engendrer. Malgré les critiques émises vis-à-vis de cette étude, l'Agence européenne des médicaments avait, quelques semaines plus tard, recommandé une restriction de l'usage de cette substance. Selon l'AFMPS (l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé), il apparaît que onze cas de patients traités avec de la dompéridone lui ont été notifiés. Cinq de ces cas auraient été notifiés par des professionnels de la santé, avec un lien de causalité considéré comme possible. Pour quatre autres cas, le lien de causalité n'a pas pu être établi faute d'informations suffisantes. Un cas a été révélé par la presse et un autre serait dû à une overdose médicamenteuse.

Madame la ministre, je ne doute pas que vous ayez pris connaissance de l'étude publiée récemment en France. Confirmez-vous les chiffres parus dans la presse concernant les décès recensés dans notre pays? Quelles sont les recommandations actuellement en vigueur chez nous concernant l'usage de ce médicament?

Disposez-vous d'études récentes sur le sujet dans notre pays? Estimez-vous utile de commander une nouvelle étude sur cette question? Comme nous le savons, la population a parfois l'impression que le doute

en matière d'usage de médicaments bénéficie davantage à l'industrie pharmaceutique qu'au patient. Nous devons évidemment œuvrer au maintien, sinon au rétablissement, de la confiance des citoyens en la matière.

Pourrez-vous nous expliquer concrètement comment intervient notre système de pharmacovigilance, et quelles suites sont éventuellement données aux signalements d'effets indésirables émis par les professionnels de la santé et les patients à l'AFMPS? Je vous remercie d'avance pour les réponses qu'il vous plaira de nous apporter.

03.02 Maggie De Block, ministre: Cher collègue, j'ai effectivement pris connaissance de l'étude publiée récemment en France. Je souhaite d'abord préciser que les experts de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et de l'Agence française des médicaments ont analysé en profondeur cette publication et partageront prochainement les conclusions de leur analyse au sein du *Pharmacovigilance risk assessment committee*.

À ce jour, ces conclusions ne remettent pas en cause les dernières décisions prises en juillet 2014 par la Commission européenne pour les médicaments contenant de la dompéridone. L'AFMPS a en effet confirmé les chiffres parus dans la presse concernant les décès récents dans notre pays, à savoir onze notifications de décès de patients traités avec de la dompéridone.

Le risque cardiaque de la dompéridone a fait l'objet de plusieurs études dans le passé. Dès février 2004, le risque d'allongement d'intervalles du segment QTc a été constaté. Une perturbation de l'électrocardiogramme, potentiellement mortelle dans certaines situations, a été ajoutée dans les notices des médicaments contenant de la dompéridone.

Depuis plusieurs années, l'Agence surveille de près les nouvelles données liées à l'usage de la dompéridone. En 2013, elle a décidé la mise sous prescription de ce médicament. Avant, on le trouvait en vente libre. À la même période, l'Agence a lancé une réévaluation approfondie de la balance bénéfices/risques des médicaments contenant de la dompéridone et ce, au niveau européen. En juillet 2014, la Commission européenne a rendu sa décision et adopté plusieurs dispositions telles que la mention de nouvelles contre-indications, notamment pour les patients présentant des troubles du rythme cardiaque et lors de l'usage concomitant de certains médicaments, ainsi que la réduction des doses maximales.

Des études supplémentaires ont également été demandées aux firmes pharmaceutiques qui commercialisent la dompéridone dans les pays membres de l'Union européenne. La mise en œuvre de la décision de la Commission européenne est en cours; il ne me semble donc pas opportun à ce stade d'exiger encore de nouvelles études.

En ce qui concerne le signalement d'effets indésirables émis par les professionnels de la santé et les patients, chaque notification est évaluée individuellement et encodée dans les bases de données de pharmacovigilance européennes et de l'OMS. De plus, chaque professionnel de la santé reçoit un rapport d'évaluation détaillé concernant la notification d'effets indésirables qu'il a transmis.

Au-delà des aspects de pharmacovigilance, la division Vigilance de l'AFMPS se charge de la communication aux professionnels de la santé et au public d'informations relatives à la sécurité d'utilisation de médicaments, notamment par le biais du site internet de l'AFMPS.

Des initiatives sont mises en œuvre afin d'entretenir et de renforcer la confiance du citoyen envers les médicaments et le rôle des autorités sanitaires en la matière. Je pense que c'est un signal très fort que nous avons donné avec l'Agence française pour avoir plus d'informations afin de nourrir notre argumentation devant la Commission.

03.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses complètes qui montrent, comme vous le soulignez dans votre conclusion, l'intérêt du partage des connaissances avec la France.

Même si vous l'avez fait remarquer, outre les études réalisées et les effets indésirables notés, j'insiste sur le fait que la confiance envers le citoyen reste une priorité. Je sais que vous y serez attentive.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les vaccins contre la gastro Rotarix et RotaTeq" (n° 3624)

04 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccins tegen gastro-enteritis Rotarix en RotaTeq" (nr. 3624)

04.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, Rotarix et RotaTeq sont des vaccins oraux indiqués chez les nourrissons à partir de l'âge de six semaines pour prévenir les gastro-entérites causées par des infections à rotavirus. En Europe, ils sont autorisés respectivement depuis février et juin 2006.

Entre le début de la commercialisation en France de ces deux vaccins et le 31 octobre 2014, plus d'un million de doses ont été distribuées. Il apparaît que 508 notifications d'effets indésirables ont été médicalement confirmées. De ces 508 cas, 201 sont graves et ont conduit à deux décès en 2012 et 2014. Il s'agit d'invaginations intestinales aiguës, sorte de replis d'un segment d'intestin dans la portion intestinale suivante, qui nécessitent une prise en charge immédiate dès les premiers signes.

Alors que la vaccination avait été recommandée en novembre 2013 par le Haut Conseil de la santé publique, celui-ci réexaminera sa position dans les prochains jours. En attendant, toujours en France, un courrier a été envoyé à 160 000 professionnels de la santé afin qu'ils sensibilisent les familles sur les signes survenant dans le mois suivant la vaccination, pour consulter sans délai.

Veuillez m'excuser, madame la ministre, de mentionner souvent des exemples français, mais comme je suis natif d'Épernay en Champagne, vous comprendrez pourquoi.

En Belgique, chaque année, avant l'introduction du vaccin, plus de 6 000 enfants étaient hospitalisés en raison d'une gastro-entérite à rotavirus. Depuis la mise en place de la vaccination, le nombre d'hospitalisations a considérablement baissé. On estime qu'à l'âge de 4-5 ans, pratiquement tous les enfants ont présenté un épisode de gastro-entérite rotavirus. La mortalité est très faible, pratiquement nulle, dans les pays européens.

Madame la ministre, au vu des éléments cités, pouvez-vous me dire si vous avez des données chiffrées précises concernant le nombre de décès consécutifs à une gastro-entérite rotavirus en Belgique? Nous espérons évidemment que ce sera zéro. Combien de cas de complications ont-ils été dénombrés suite à l'administration de ces vaccins chez nous? Quelle est votre position sur la question? Des mesures de prévention ont-elles été prises comme c'est le cas en France, puisque je vous ai cité le courrier envoyé à 160 000 professionnels de la santé?

04.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Flahaux, le taux de mortalité lié à l'infection au rotavirus est très faible dans les pays occidentaux, mais ce virus est néanmoins la première cause d'hospitalisation chez les enfants.

Des études cliniques montrent qu'il existe un risque minime mais bien réel d'invagination intestinale après une vaccination au Rotarix et au RotaTeq. Cela représente un à cinq cas par 100 000 personnes vaccinées.

Vu l'impact du vaccin sur le nombre d'hospitalisations et les avantages nettement supérieurs au risque d'invagination intestinale, le Conseil supérieur de la Santé recommande la vaccination contre le rotavirus en Belgique depuis octobre 2006.

En 2012, le taux de vaccination chez les enfants était estimé à 89 % pour la première dose. Après l'introduction de la vaccination, le nombre total d'hospitalisations dues au rotavirus a baissé de 73 %.

Avant la vaccination, une à vingt-sept personnes décédaient chaque année en Belgique en raison d'une gastro-entérite aiguë. Depuis la généralisation de la vaccination, le nombre de décès a été ramené de zéro à trois cas par an, ce qui représente une diminution supérieure à 50 %. Cette diminution est donc significative.

Les effets secondaires, après la vaccination, sont suivis par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et tous les médecins sont supposés les signaler. Si des signaux indiquaient un nombre anormal d'invaginations, le problème serait soumis pour avis au Conseil supérieur de la Santé. Mais

ce n'est pas le cas actuellement.

Pour ce qui concerne le nombre de cas de complications qui ont été dénombrés suite à l'administration de ces vaccins, je peux vous dire que depuis la mise sur le marché du Rotarix (le 1^{er} juin 2006) et du RotaTeq (le 1^{er} juin 2007), un total de trente et un cas d'invaginations intestinales suite à la vaccination contre le rotavirus ont été recensés en Belgique.

Parmi ces cas, aucun n'a entraîné le décès de l'enfant vacciné et quinze cas ont mis en jeu le pronostic vital. Vingt-deux cas d'invagination intestinale ont nécessité une intervention chirurgicale, dont dix avec une résection partielle de l'intestin. Cinq cas ont été traités par simple lavement et un cas s'est résolu de manière spontanée. Par ailleurs, aucune augmentation du nombre de cas d'invagination intestinale suite à une vaccination par Rotarix ou RotaTeq n'a été constatée depuis l'introduction de ces vaccins sur le marché belge.

La situation est positive: une diminution de plus de 50 % du nombre de cas a été enregistrée. Certes, un risque existe toujours, même s'il est réduit. Il est donc utile que le corps médical en soit averti et qu'il sache comment agir en cas de problème.

04.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour ces informations précises. En effet, une information aux professionnels est tout à fait justifiée; j'ignore si elle a été transmise. Cela étant dit, je sais que vous êtes particulièrement sensible à ce genre de dossier.

04.04 Maggie De Block, ministre: Nous suivons le dossier chaque année. Si jamais cela devait changer, si de nouvelles d'informations devaient être disponibles, nous pourrions à nouveau demander un avis au Conseil supérieur pour voir si le comportement des bébés ayant reçu ce vaccin a évolué.

04.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie, madame la ministre. Nous sommes appelés à devoir parfois parler en des termes un peu compliqués, mais nous y parvenons.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Présidente: Yoleen Van Camp.

Voorzitter: Yoleen Van Camp.

05 Question de Mme Fabienne Winckel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement des cas de violences sexuelles dans les hôpitaux" (n° 3703)

05 Vraag van mevrouw Fabienne Winckel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie van de gevallen van seksueel geweld in de ziekenhuizen" (nr. 3703)

05.01 Fabienne Winckel (PS): Madame la présidente, madame la ministre, en 2012, les statistiques policières ont recensé 3 053 plaintes pour viol. Les viols entre partenaires ont quant à eux fait l'objet de 75 plaintes. On sait, par ailleurs, qu'une large part des délits sexuels ne sont pas déclarés et ne sont donc pas repris dans les statistiques policières. Comme cela a souvent été souligné, l'enregistrement de ces actes de violence ne doit pas se limiter aux secteurs policier et judiciaire. Il est en effet indispensable d'assurer un relevé des faits dans l'ensemble des secteurs qui y sont confrontés afin d'obtenir un aperçu complet de la problématique.

Comme nous le savons, les violences sexuelles font l'objet d'une approche spécifique dans le cadre du plan d'action national de lutte contre les violences. Cependant, parmi les constatations épinglées lors des travaux réalisés par le Sénat au sujet du suivi de la mise en œuvre de la plate-forme d'action de la quatrième conférence mondiale des Nations unies sur les femmes, dont je souligne la qualité, il apparaît que tous les cas de violences sexuelles ne sont actuellement pas répertoriés dans les hôpitaux.

Or, la convention d'Istanbul sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, qui devrait être prochainement ratifiée par la Belgique, impose d'enregistrer ces cas de violences sexuelles dans les établissements hospitaliers.

Madame la ministre, mes questions sont assez précises. Pourriez-vous nous indiquer si une procédure

spécifique est mise en place quand une personne se présente dans un hôpital après avoir subi des violences sexuelles?

Est-il vrai que les hôpitaux n'enregistrent pas de manière systématique tous les cas d'agressions sexuelles? Dans l'affirmative, quelles en sont les raisons? De nombreuses actions de sensibilisation au sein des hôpitaux ont été menées sur l'initiative de votre prédécesseur. Envisagez-vous de poursuivre et d'intensifier cette sensibilisation des services hospitaliers quant à l'importance d'enregistrer tous les dossiers de violences sexuelles?

Comptez-vous poursuivre la mise en place d'un véritable outil d'enregistrement automatique des cas de violences sexuelles dans tous les hôpitaux du pays afin de permettre à ces victimes de bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi de qualité, comme le préconise la convention d'Istanbul?

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame, je vous remercie pour votre question sur cette problématique très importante. Dans les hôpitaux, la procédure spécifique pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles et pour l'enregistrement de ces victimes n'est pas encore au point. En effet, peu de médecins au sein des hôpitaux ont une expertise en matière de prélèvement d'ADN chez les victimes qui se présentent aux urgences d'un hôpital. Or, il est urgent de faire ce prélèvement après les faits, idéalement endéans les 72 heures après le contact avec l'agresseur, afin de pouvoir utiliser cet échantillon d'ADN et de pouvoir identifier, si c'est possible, l'agresseur.

C'est la raison pour laquelle les professionnels de la santé issus de quatorze hôpitaux, dont huit flamands, quatre wallons et deux bruxellois, reçoivent actuellement une formation afin d'utiliser correctement le set d'agression sexuelle.

Il est vraisemblable que tous les cas de violences sexuelles ne sont pas enregistrés, ceci principalement pour deux raisons. Tout d'abord, le diagnostic n'est pas toujours posé. Ensuite, les cellules de codage des hôpitaux n'ont pas toujours connaissance des codes utilisés. Pourtant, les codes spécifiques aux abus sexuels chez les adultes et chez les enfants existent tant dans la classification ICD-9CM (*The International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) utilisée jusqu'en 2014, que dans la classification ICD-10, en cours d'implémentation.

En ce qui concerne le codage des violences sexuelles tout comme pour les mutilations génitales féminines et les violences intrafamiliales, les médecins auditeurs attachés aux services management du SPF Santé publique feront un travail de sensibilisation auprès des cellules de codage des hôpitaux afin d'obtenir à terme un enregistrement de qualité de ces données.

En outre, à partir du 1^{er} janvier 2016, l'enregistrement des données d'urgence sera rendu obligatoire et toutes les données devront être envoyées vers le SPF Santé publique. L'article 10, § 4 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 oblige les services d'urgence à enregistrer, je cite, "le motif de l'inscription au service des urgences avec indication des éléments suivants: les circonstances spécifiques, le symptôme qui a constitué le motif du contact avec le service des urgences, le diagnostic parfois provisoire posé par un médecin spécialiste lié au service des urgences". On est en train d'implémenter cet arrêté mais il sera rendu obligatoire dès le 1^{er} janvier 2016.

05.03 Fabienne Winckel (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

La problématique est réelle. Quand on entend le chiffre de plus de 3 000 viols par an, sans compter tous les cas non déclarés, il est vital de mettre sur pied l'enregistrement obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2016.

Je me permets de revenir sur l'importance de la collaboration avec vos autres collègues du gouvernement, que ce soit le ministre de l'Intérieur, de la Justice ou la secrétaire d'État à l'Égalité des chances.

Je me permets de revenir sur l'importance de la collaboration avec vos collègues, qu'il s'agisse du ministre de la Justice, du ministre de l'Intérieur, de la secrétaire d'État en charge de l'Égalité des chances. Nous ne pourrions avancer efficacement que si chacun dans son domaine de compétence en prend conscience.

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

Présidente: Muriel Gerkens.
Voorzitter: Muriel Gerkens.

06 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de poudre contenant de l'ocfentanil en Belgique" (n° 3704)

06 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid in België van een poeder dat ocfentanyl bevat" (nr. 3704)

06.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, voici quelques semaines, le Système belge d'alerte précoce sur les drogues a mis en garde contre une poudre circulant en Belgique et contenant de l'ocfentanil. L'ocfentanil est un opioïde de synthèse dérivé du fentanyl, un analgésique très puissant utilisé notamment lors d'opérations chirurgicales ou prescrit aux patients atteints d'un cancer en phase terminale. Celui-ci est, par ailleurs, connu pour être 80 fois plus actif que la morphine et la substance active qu'il contient est des centaines de fois plus forte que celle présente dans d'autres opiacés, comme par exemple l'héroïne.

Des produits de ce type ont déjà causé des décès un peu partout dans le monde, généralement parce qu'ils sont parfois vendus comme substitut à l'héroïne sans que les usagers en soient informés ou suffisamment conscients. Jusqu'à présent un seul décès dû à la consommation de cette poudre a été enregistré en Belgique. Cette affirmation remonte à approximativement quatre semaines.

Madame la ministre, d'autres décès liés à cette consommation de drogue ont-ils été recensés dans notre pays depuis lors? Des mesures concrètes ont-elles été prises pour informer et prévenir les professionnels de la santé de la présence de cette substance sur notre territoire?

Si l'achat et la consommation de drogues illégales sont strictement interdits en Belgique, les consommateurs de stupéfiants doivent évidemment faire preuve de la plus grande vigilance. Quels sont les canaux qui ont été utilisés afin d'avertir la population du danger de cette nouvelle substance? Pouvez-vous nous préciser combien de temps s'est écoulé entre le moment où le premier décès a eu lieu et le moment où les informations ont pu être transmises aux professionnels et au public?

Enfin, comme vous nous le disiez voici quelques semaines, ce type de substance devrait prochainement être intégré dans un arrêté royal visant des structures génériques comme le fentanyl et ce, afin de mieux lutter contre ce qu'on appelle les *legal highs*. Cependant, vous disiez devoir faire preuve de prudence afin qu'il n'y ait pas d'impact négatif non voulu sur le secteur qui manipule ces substances de façon légale. Madame la ministre, avez-vous déjà consulté le secteur sur la question? Si non, quand cela est-il prévu et quand cet arrêté devrait-il voir le jour?

06.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Frédéric, heureusement, aucun nouveau décès faisant suite à la consommation de la drogue ocfentanil n'a été enregistré. C'était en outre la toute première fois et donc, pour l'heure, l'unique fois que ce type de drogue avait été retrouvé en Belgique.

Il relève de la responsabilité du Système belge d'alerte précoce sur les drogues d'informer les professionnels de la présence de substances à haut risque, tel que l'ocfentanil, sur le marché belge des drogues.

Le Système belge d'alerte est l'un des systèmes d'enregistrement dans l'Observatoire belge des drogues et des toxicomanies, géré par l'Institut Scientifique de Santé Publique.

Si les drogues signalées représentent un risque alarmant pour la santé, le BEWSD recueille dans un premier temps toutes les informations disponibles sur celles-ci et envoie une alerte au réseau professionnel. Ce réseau est composé non seulement de tous les laboratoires belges mais aussi des services d'aide et d'urgence de la police et du parquet, des associations d'aide aux toxicomanes et encore d'autres.

L'Institut veille également à ce que toutes les informations soient incluses dans une base de données spécifiques accessible sous la forme électronique aux experts inscrits. Toutes les données sont, par ailleurs, partagées avec les partenaires internationaux.

Parallèlement à ce système d'alerte national, l'Observatoire socio-épidémiologique alcool/drogue en Fédération Wallonie-Bruxelles et la Vereniging voor alcohol en andere drugproblemen font office de système d'alerte précoce par la Communauté française et de Vlaamse Gemeenschap.

Leur rôle se limite à la prise de mesures dans le domaine de la prévention et de la réduction des préjudices. Ces partenaires régionaux sont avertis de manière prioritaire, afin qu'ils puissent diffuser plus largement le message d'alerte.

Par ailleurs, l'Institut Scientifique de Santé Publique a pris l'initiative, en collaboration avec les cabinets, de diffuser activement un communiqué de presse afin d'informer la population du danger de cette substance par l'intermédiaire des médias.

Le délai pour la transmission de cette information dépend des analyses des échantillons nécessaires pour confirmer la cause du décès de la victime.

Les consultations en question sont nombreuses et ne comprennent pas uniquement l'industrie mais également les autres administrations concernées, comme par exemple les Douanes, la Justice et les Affaires intérieures. Pour l'instant, il n'est pas encore possible d'indiquer une date butoir, mais on y travaille.

06.03 André Frédéric (PS): Pour le projet d'arrêté royal?

06.04 Maggie De Block, ministre: Non, pour la collaboration!

06.05 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je me réjouis du fait qu'il n'y ait pas eu de nouveau cas ces dernières semaines. C'est toujours extrêmement interpellant quand on est confronté à ce type d'information en se disant que des utilisateurs peuvent malgré eux consommer des drogues telles qu'ils ne maîtrisent pas le contenu et qu'ils risquent leur vie. C'est interpellant mais c'est également rassurant.

En ce qui concerne le dispositif d'alerte, d'information et de prévention, vous semblez être satisfaite. Je peux donc vous suivre. Ici, cela a fonctionné puisque l'information est arrivée sur le terrain, en ce compris chez les citoyens, dont je fais partie. À cet égard, je suis rassuré.

Je n'ai pas entendu de réponse sur votre projet d'arrêté royal visant à intégrer des structures génériques comme l'ocfentanil. Vous aviez annoncé un arrêté royal, tout en étant prudente pour ne pas toucher à des produits utilisés de façon légale dans certaines circonstances.

06.06 Maggie De Block, ministre: Ce travail est en cours.

06.07 André Frédéric (PS): Vous n'avez pas de *deadline*.

06.08 Maggie De Block, ministre: Non. Il faut être prudent avec les produits que nous mettrons sur la liste. Nous restons vigilants sur ce dossier et nous réagissons le plus vite possible dès qu'il y a une alerte.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cancers de la peau" (n° 3723)

07 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "huidkanker" (nr. 3723)

07.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le carcinome basocellulaire est, comme nous le savons tous, le cancer cutané le plus fréquent, mais aussi le plus facile à guérir lorsqu'il est détecté à temps. Le carcinome spinocellulaire est, lui, d'évolution beaucoup plus rapide tandis que le mélanome demeure le moins fréquent, mais également le plus dangereux.

Selon une enquête menée auprès de 1 300 dermatologues européens dont 100 belges, le report du diagnostic des cancers cutanés causerait la mort de 150 personnes chaque année en Belgique. Selon les chiffres indiqués récemment dans les médias, il semblerait que plus de 40 % des patients reportent leur consultation médicale entre trois et six mois après avoir repéré les premiers signes de cancers de la peau et que 14 % attendraient plus d'un an. Les raisons évoquées semblent diverses: ignorance de la dangerosité, manque de temps, peur du diagnostic, etc. Pourtant, si les personnes consultaient leur dermatologue à

temps, il semble que plus de 40 % des décès pourraient être évités. D'après le président d'Euromelanoma Belgique, "nous devons faire de notre mieux pour réduire le nombre de reports de rendez-vous des patients. Nous pouvons véritablement sauver des vies si le cancer est pris à temps". Le traitement chirurgical à un stade précoce donne en effet un taux de survie à plus de 90 % après cinq ans. Les cancers de la peau ont donc cette particularité qu'ils sont évitables et guérissables s'ils sont pris suffisamment à temps. Mais, pour cela, il faut pouvoir se baser sur des piliers essentiels à savoir la prévention, la sensibilisation et le diagnostic précoce.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dire combien de cancers de la peau ont été diagnostiqués ces dernières années dans notre pays? Pouvez-vous distinguer le nombre de cas de mélanomes, de carcinomes basocellulaires et de carcinomes spinocellulaires? Comme vous le savez, une résolution a été votée en 2013 afin d'améliorer l'éducation et la détection précoce des cancers cutanés et ainsi stopper leur progression constante et rapide. Pouvez-vous nous dire ce qu'il en est de la mise en œuvre des demandes de cette résolution et nous préciser quelles nouvelles initiatives vous comptez prendre à cet égard?

07.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, je souhaite tout d'abord dire que les chiffres abondent. Il n'est pas dans vos habitudes de me demander autant de chiffres et je vous les donnerai donc exceptionnellement. Normalement, dans ce cas, on pose une question écrite.

La Fondation Registre du Cancer peut donner un aperçu de l'incidence des cancers de la peau en Belgique. Les cancers de la peau peuvent, pour la plupart, être subdivisés en deux grands groupes: les mélanomes et les tumeurs non-mélanomes, principalement les carcinomes basocellulaires et les carcinomes spinocellulaires qui sont plus dangereux que les précédents. Les mélanomes sont les cancers de la peau les plus agressifs. Ils représentent environ 10 % de ces cancers. Je dispose des chiffres de 2012. On y trouve 2 511 nouveaux diagnostics de mélanomes, davantage chez les femmes que chez les hommes (environ 1 400 chez les femmes et environ 1 100 chez les hommes). L'incidence du mélanome en Belgique est nettement en augmentation. Entre 2004 et 2012, elle a augmenté en moyenne annuellement de 5,5 % chez les hommes et de 4,6 % chez les femmes. En 2011, 372 Belges sont décédés des suites d'un mélanome.

Les cancers de la peau non-mélanomes sont des tumeurs de la peau ayant un bon pronostic. Ils représentent 90 % des cancers de la peau. En 2012, la Fondation a enregistré quand même 27 400 nouveaux diagnostics de cancers de la peau non-mélanomes, moitié chez les hommes et moitié chez les femmes.

Les carcinomes basocellulaires ne se retrouvent pas dans les tableaux classiques publiés par la Fondation Registre du Cancer, ni dans ceux publiés par les registres du cancer au niveau international. Néanmoins, 21 700 nouveaux diagnostics ont été enregistrés en 2012 pour la Belgique.

L'augmentation de l'incidence est aussi significative. En moyenne annuelle, elle était de 10 % chez les hommes et de 12 % chez les femmes entre 2004 et 2012.

Les cancers de la peau non-mélanomes restants sont des carcinomes spinocellulaires. On a dénombré 5 400 nouveaux diagnostics en 2012. Là aussi, l'augmentation de l'incidence est significative. En moyenne annuelle, elle s'élevait à 6 % chez les hommes et à 8 % chez les femmes entre 2004 et 2012. Ces chiffres correspondent aux résultats observés aux Pays-Bas. Cela peut vous paraître bizarre, mais c'est comme ça. Cela dit, ce n'est pas si étonnant.

J'ai apporté le tableau des nouveaux diagnostics par type de peau, sexe et âge en Belgique pour 2012. Je vous le communiquerai ensuite.

Le contenu de la résolution du 17 juillet 2013 visant l'amélioration de l'éducation et de la détection précoce des cancers cutanés afin d'arrêter leur progression constante et rapide se situe dans le domaine de la sensibilisation et de la prévention. À la suite de la sixième réforme de l'État, cette dernière a été dévolue aux Communautés. Néanmoins, l'État fédéral, en l'occurrence le SPF Santé publique, est depuis longtemps déjà un partenaire loyal dans la campagne www.soleilmalin.be ou www.veiligindezoon.be. Ces sites informent le public des dangers du soleil en été, pendant les sports d'hiver et les vacances, qui sont devenus plus fréquents.

Quant au contrôle des quelque 4 000 centres de bronzage, cette responsabilité incombe à mon collègue Peeters. L'observance des règles de fonctionnement des lits de bronzage est contrôlée par ses services. Il a

déjà annoncé qu'une concertation avec les propriétaires de ces centres était prévue. De plus, le contrôle de l'enregistrement relève entièrement de la compétence du SPF Économie.

La résolution propose également un module de dossier médical global plus (DMG+) pour un dépistage annuel par le médecin généraliste à partir de l'âge de quarante-cinq ans. En cas de doute, le patient sera recommandé à un dermatologue. En attendant des lignes directrices plus précises, cette piste constitue une bonne suggestion.

07.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour les chiffres, même si je vous promets que je n'en ferai pas une habitude. Il apparaît clairement dans ces chiffres que ce type de problématique est en nette augmentation. Les cas de mélanomes agressifs connaissent une augmentation moyenne annuelle de plus de 5 %; ce n'est pas anodin, quand on sait que la conclusion la plus horrible à prendre en compte est 372 décès pour l'année 2011.

J'entends qu'il y a un certain nombre de responsabilités partagées. C'est parfois un peu compliqué dans notre État, mais nous l'avons voulu ainsi. Dans l'analyse qui a été faite, je suis interpellé par le fait que des gens risquent d'être victimes de ce type de cancer ou risquent de décéder, simplement par une désinformation ou une sous-information, par le manque de volonté de connaître la vérité ou en prenant le problème à la légère.

Je me dis qu'il y a un travail à faire en concertation avec les Communautés. Je sais que le ministre de l'Économie est responsable des bancs solaires. Sans avoir une compétence médicale, je crois que les bancs solaires ont une responsabilité dans ce problème. Même s'il y a des règles, un manque d'encadrement existe parfois.

07.04 Maggie De Block, ministre: On peut évaluer les règles, mais c'est au ministre de l'Économie de le faire.

07.05 André Frédéric (PS): Selon moi, la ministre de la Santé doit chapeauter le tout, car c'est un problème de santé publique. Vous pouvez, par exemple, organiser des échanges dans vos intercabinets mais il ne faut pas séparer les problématiques. C'est vrai que le ministre de l'Économie gère les bancs solaires mais, d'un autre côté, on déplore des décès. Je ne m'attaque pas au secteur en particulier. Il revient à chacun, en tant qu'adulte responsable, de gérer ses consommations, y compris celle-là. Mais alors, il faut que chacun connaisse les tenants et aboutissants et les risques encourus, surtout au vu des chiffres.

La **présidente:** Il est vrai qu'il faut faire la contre-publicité du bronzage!

07.06 Daniel Senesael (PS): (...)

La **présidente:** Je suis heureuse de vous entendre sur le DMG+.

07.07 Maggie De Block, ministre: Il y a des initiatives comme le *Melanoma Day*. Chaque année, au mois de mai, il y a un dépistage gratuit chez les dermatologues.

La **présidente:** On l'a organisé une ou deux fois au parlement. C'est un problème très important.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation des défibrillateurs automatiques" (n° 3724)

08 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van automatische defibrillatoren" (nr. 3724)

08.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dans notre pays, 10 000 personnes meurent chaque année d'un arrêt cardiaque. Selon certaines études scientifiques, ce chiffre pourrait être considérablement diminué si ces personnes bénéficiaient d'une assistance médicale rapide. Les défibrillateurs externes automatiques (DEA) peuvent évidemment s'avérer être d'une importante utilité dans ce cadre. Situés dans des endroits publics, ces appareils sont, en effet, susceptibles de sauver la

vie de personnes victimes d'un arrêt cardiaque. Ils sont donc accessibles et utilisables par la population. Pourtant, il semble que certains craignent encore d'utiliser ces défibrillateurs et qu'un travail de communication devrait être mené auprès du public pour les familiariser avec ces appareils si simples d'utilisation.

Madame la ministre, pouvez-vous nous donner une estimation du nombre de fois où les défibrillateurs automatiques présents dans les lieux publics de notre pays ont été utilisés? Estimez-vous qu'ils soient encore aujourd'hui sous-utilisés? Ne serait-il pas utile d'informer et de sensibiliser davantage la population concernant l'usage de ces appareils? L'utilisation de ces défibrillateurs par des non-professionnels de la santé en cas d'arrêt cardiaque repose sur des gestes simples. Il apparaît qu'une initiation courte et pratique serait de nature à augmenter le taux de survie des victimes. Une telle formation existe-t-elle dans notre pays? L'estimez-vous utile?

08.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, vous savez que c'est un sujet qui me tient à cœur. La réponse à votre dernière question concernant l'utilité se trouve dans l'historique des dossiers des défibrillateurs automatiques.

Comme vous le savez, l'arrêté royal de 2007 sur la mise à disposition des défibrillateurs au grand public est le résultat de travaux parlementaires au sein de cette commission. Notre collègue Yolande Avontroodt et moi-même avons à l'époque fait la suggestion d'également les mettre à la disposition de personnes non formées.

C'est grâce à l'arrêté royal de 2007 que toutes les ambulances de l'aide médicale urgente ont été équipées de défibrillateurs automatiques.

À ce jour, mon administration a enregistré plus de 5 500 défibrillateurs à disposition du grand public. Dans l'arrêté royal, il était aussi prévu que les propriétaires de défibrillateurs automatiques mettent à disposition du SPF les données enregistrées lors de l'utilisation du défibrillateur automatique, mais les modalités de transmission de ces données n'ont jamais été définies. Mon administration ne possède donc pas de données d'utilisation et je ne peux pas répondre à votre première question.

En ce qui concerne la sensibilisation et la formation à l'utilisation des défibrillateurs automatiques, elles existent bel et bien et ont lieu de plusieurs manières. Elles sont organisées par des firmes privées, par la Croix-Rouge, les hôpitaux, les médecins du travail, les écoles - on a vraiment envie d'apprendre aux instituteurs et aux élèves à s'en servir -, idem dans des centres et clubs sportifs, dans les aéroports, enfin au personnel de tous les lieux où on peut retrouver un défibrillateur automatique; il y en a de plus en plus.

08.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. C'est bien de pouvoir concrétiser des propositions quand on est parlementaire. Vous retiendrez qu'on peut avoir des propositions à concrétiser pour autant qu'on trouve l'aide de votre majorité. Mais c'est une autre histoire!

Je vois beaucoup de ces appareils dans les milieux associatifs, sportifs et autres. J'ai l'impression qu'ils sont présents mais que tout le monde les évite en se disant "pourvu que je ne doive pas l'utiliser". En effet, une majorité de gens sur le terrain ne savent pas le faire. Je sais, pour avoir suivi moi-même la formation, que c'est d'une grande simplicité. Encore faut-il faire la différence entre le geste qu'on pose ...

08.04 Maggie De Block, ministre: Il faut simplement suivre les instructions de la machine.

08.05 André Frédéric (PS): Oui, c'est très simple quand on est en situation de formation. Je ne sais pas si ma réaction affective, émotionnelle jouerait un rôle dans une situation d'urgence. C'est différent.

Pour parfaire votre travail, vous pourriez voir dans quelle mesure on ne pourrait pas objectiver les formalités de transmission de données afin de savoir combien, sur les 5 500 appareils, ont été utilisés avec un effet positif. Il serait intéressant de savoir si ces appareils servent à autre chose qu'à décorer les murs!

08.06 Maggie De Block, ministre: Quand on a suivi la formation, on se sent plus à l'aise car il est vrai qu'il peut s'agir d'une situation de panique. Une personne se trouve par terre, que faut-il faire? Faut-il agir? Attendre? Les minutes sont pourtant très importantes et ne doivent pas être perdues. Il existe des formations partout.

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

09 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences de la crise de la dioxine pour la santé" (n° 3747)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les substances toxiques dans la chaîne alimentaire" (n° 4081)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude de suivi relative aux conséquences de la crise de la dioxine" (n° 4098)

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de dioxinecrisis voor de gezondheid" (nr. 3747)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de giftige stoffen in de voedselketen" (nr. 4081)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolgstudie over de gevolgen van de dioxinecrisis" (nr. 4098)

La **présidente**: Mme Hufkens n' est pas présente pour poser sa question n° 4098.

09.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u hebt aan de Hoge Gezondheidsraad een advies gevraagd om een neutrale en objectieve analyse te bekomen van de studie van professor Nik Van Larebeke over de gevolgen van de dioxinecrisis.

Uit die studie blijkt dat er 20 000 extra kankergevallen zouden zijn bij vrouwen, 20 000 extra gevallen van diabetes en 24 000 bijkomende gevallen van hoge bloeddruk.

Niet iedereen in de wetenschappelijke wereld is het met die studie eens. Dat is echter niet echt de essentie. Waar het toe doet, is vooral wat wij kunnen doen om elk extra kanker geval te voorkomen, zeker wanneer dat een gevolg van de dioxinecrisis kan zijn.

Ik heb voor u dan ook de hiernavolgende vragen.

Welk beleid voert u om te voorkomen dat giftige stoffen zoals dioxine in onze voedselketen terechtkomen?

Wij weten dat het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen dat daarop toeziet, onderbemand en "onderbevrouwd" is. Neemt u geen onnodige risico's op het vlak van de volksgezondheid door daar niet meer op in te zetten?

Zou het niet beter zijn het FAVV toch opnieuw onder de bevoegdheid van Volksgezondheid te brengen en niet onder Landbouw te laten? Dat zou het voorzorgsprincipe zeker geen kwaad doen.

Tot slot, wanneer mogen wij het advies van de Hoge Gezondheidsraad precies verwachten?

09.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, pour compléter la question de Mme Dedry, il est vrai qu'il est interpellant d'avoir une déclaration qui annonce autant de problèmes de santé, voire de risques de décès, et, à la fois, d'entendre d'autres professeurs, comme le Pr Bernard, dire que ces chiffres ne sont mathématiquement pas possibles et que ce sont des hypothèses émises en 2003. Le taux de dioxine diminue grâce aux mesures relatives aux normes de produit et à l'environnement. Cela prouve bien qu'elles sont utiles! On a supprimé toute une série de pesticides à base de chlore, les PCB, on a mis en règle les incinérateurs et on observe aujourd'hui une diminution du taux de dioxine, ce qui fait qu'il n'y a plus d'études. En Wallonie et à Bruxelles, en tout cas, le Pr Bernard a arrêté les études au vu de cette diminution. En Flandre, j'ignore si les études sont poursuivies.

Madame la ministre, il est intéressant d'avoir demandé au Conseil supérieur de la Santé de formuler les différents avis et les différentes études. J'aurais voulu savoir quel était l'objet de l'étude proposée au Conseil supérieur de la Santé. Quels sont les délais? Tenant compte du nombre de chercheurs, tous préoccupés par la cause santé, je me demande s'il ne serait pas intéressant d'organiser des symposiums ou des rencontres

entre médecins et professeurs qui ont des analyses ou des études différentes et de faire le lien entre la santé et la transparence de la chaîne alimentaire, en ayant comme point de départ la santé.

09.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) a été créée en 1999, au cours de la décennie précédente, entre autres sur l'initiative de la ministre de la Santé publique de l'époque, Mme Magda Aelvoet, au lendemain de la crise de la dioxine qui est intervenue juste avant les élections.

Het doel was en is een geïntegreerde aanpak van voedselveiligheid te bekomen, van de riek tot de vork, zoals dat heet. Tot 2002 was het toezicht gefragmenteerd over Volksgezondheid met de Algemene Eetwareninspectie, het toenmalig nationaal ministerie van Landbouw en het Instituut voor Veterinaire Keuring, het IVK.

De dioxinecrisis heeft destijds het schrijnend gebrek aan coördinatie en samenwerking tussen die verschillende bevoegde diensten blootgelegd. Het is dan ook de verdienste van de toenmalige politiek verantwoordelijken om met de oprichting van het agentschap een gecoördineerd geheel te realiseren met integratie van het toezicht op alle elementen van de voedselketen, inbegrepen de dierenziekten en de fytosanitaire aspecten, zoals die genoemd worden. België was met dat initiatief op dat vlak trouwens een koploper in Europa.

Uw suggestie om het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen opnieuw onder te brengen bij de federale autoriteit inzake Volksgezondheid lijkt mij dan ook eerder een stap terug en tegen de filosofie van de creatie van een agentschap waar de diverse diensten beter konden samenwerken.

Voor uw concrete vragen over het personeelskader van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen en over de preventie van contaminatie van voedingsmiddelen door toxische stoffen, moet ik u verwijzen naar de bevoegde minister, mijn collega Willy Borsus.

Une question a été posée au Conseil supérieur de la Santé en ce qui concerne les résultats de l'étude du groupe du Pr Van Larebeke de Gand sur l'impact tardif de l'exposition à la dioxine pour la santé. Le Conseil supérieur de la Santé a reçu la demande et rendra donc un avis. Nous n'avons pas encore de délai concret à ce sujet.

09.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, uw antwoorden zijn duidelijk. Ik deel alleen niet uw mening dat het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen nu beter af is dan toen het onder Volksgezondheid viel, omdat ik denk dat men daar toch veel beter het voorzorgsprincipe kan behartigen zonder dat er andere belangen, bijvoorbeeld van de landbouw, meespelen.

09.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, le Conseil supérieur de la Santé n'est donc chargé que d'examiner les résultats de l'étude menée par l'équipe du Pr Nik Van Larebeke et non de croiser ces résultats avec d'autres études ou recherches ayant abouti à d'autres résultats.

09.06 Maggie De Block, ministre: Je vais les interroger sur leur méthodologie. J'ai demandé un avis sur les possibles effets tardifs mentionnés dans l'étude du Pr Van Larebeke. Il me semble évident qu'ils vont procéder à des recherches afin de vérifier si d'autres études ont été ou non effectuées sur le sujet.

09.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Selon moi, il serait intéressant de leur demander d'analyser les différentes études effectuées car leur angle d'approche et les critères retenus divergeaient peut-être. Il n'est donc pas ici uniquement question d'un avis sur l'étude du Pr Van Larebeke, mais bien des différentes études menées sur le sujet. Il s'agit de relever les nouveaux éléments qui y sont avancés, d'examiner si des données se croisent ou non. En résumé, il serait peut-être opportun de leur demander des compléments d'informations quant à leur manière de procéder.

09.08 Maggie De Block, ministre: Ils n'ont pas pour habitude de travailler à moitié! Mais je vais m'en assurer.

09.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je vous en remercie, madame la ministre.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments facturés par des médecins conventionnés" (n° 3775)

10 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door geconventioneerde artsen aangerekende ereloonsupplementen" (nr. 3775)

10.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, comme nous le savons, notre réglementation en matière de conventionnement des prestataires de soins garantit au patient une protection importante qui lui évite de mauvaises surprises financières.

D'une part, les médecins conventionnés ou partiellement conventionnés pratiquent les honoraires prévus par la convention médico-mutualiste ou les pratiquent certains jours et à certaines heures. Le patient doit alors uniquement payer le ticket modérateur. Près de 84 % des médecins ont ainsi adhéré à l'accord de 2015 et appliqueront des tarifs conventionnés.

D'autre part, les médecins non conventionnés fixent les honoraires qu'ils souhaitent ou réclament au patient des suppléments au-delà de l'accord médico-mutualiste.

Pourtant, selon des enquêtes effectuées par *Test-Achats*, il apparaît qu'un médecin conventionné sur sept facture des suppléments. Toujours selon *Test-Achats*, le supplément moyen s'élève à 4,6 euros et le patient payerait donc de sa poche 10,6 euros au lieu de 6 euros, presque deux fois le ticket modérateur.

En outre, il semble que de nombreux médecins n'informent toujours pas les patients de leur statut de conventionnement et des tarifs qui y sont liés, alors qu'il s'agit d'une obligation légale.

Pourriez-vous confirmer les chiffres communiqués par *Test-Achats*? Estimez-vous nécessaire d'agir rapidement pour mettre fin à ces pratiques illégales? Si oui, quelles nouvelles initiatives envisagez-vous de prendre? Si ces pratiques sont effectivement constatées, par qui, auprès de qui, et comment peuvent-elles être dénoncées? Des sanctions peuvent-elles être appliquées aux médecins concernés? De telles sanctions ont-elles déjà été appliquées par le passé?

Pouvez-vous nous dire combien de médecins respectent-ils l'obligation légale concernant l'affichage de leur statut de conventionnement dans leur cabinet? Existe-t-il une étude récente sur le sujet? Des contrôles sont-ils effectués par l'INAMI dans ce cadre? Quelles mesures nouvelles comptez-vous prendre pour améliorer la situation en matière de transparence du statut de conventionnement et permettre ainsi une information correcte de tous les patients?

Il est possible de connaître le statut de conventionnement des prestataires de soins grâce à un module de recherche élaboré par l'INAMI. N'estimez-vous pas nécessaire d'en améliorer la visibilité et le fonctionnement afin de le rendre plus facile d'utilisation?

10.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, tout d'abord, nous ne pouvons ni infirmer ni confirmer les chiffres communiqués par *Test-Achats*. L'accord national médico-mutualiste du 22 décembre 2014 prévoit que l'application de la loi dite de transparence doit éviter au maximum une surcharge administrative du médecin, tout en sécurisant le patient sur le montant à payer. Il prévoit également la possibilité de fixer les modalités pour l'attestation de supplément pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et des tests génétiques afin d'éviter les surprises désagréables aux patients.

Le service d'évaluation et de contrôles médicaux et le service du contrôle administratif de l'INAMI sont compétents pour constater les infractions. En cas de constat d'infraction par le service d'évaluation et de contrôles médicaux, celui-ci adresse un avertissement aux dispensateurs de soins ou transmet le procès-verbal de constat au service du contrôle administratif pour le traitement du dossier. C'est le fonctionnaire dirigeant du service de contrôle administratif qui a la compétence pour prononcer une mesure administrative.

Il y a une amende administrative qui ne peut être supérieure, selon le Code pénal social, à 250 euros. Des décimes additionnels sont également applicables aux amendes administratives visées dans le Code pénal social. L'amende administrative maximale prévue par le Code pénal social s'élève donc à six fois 250 euros, soit 1 500 euros. Un recours contre cette décision peut être introduit au tribunal du travail.

Aucune enquête systématique n'a été effectuée concernant l'obligation d'affichage. Toutefois, la vérification de cette obligation est faite lors des contacts ponctuels avec les prestataires pour d'autres raisons. Suite à cela, le service a déjà dressé des avertissements vis-à-vis des dispensateurs de soins.

L'INAMI a mis en ligne depuis quelques mois, sur son nouveau site internet, un module de recherche permettant d'obtenir des informations sur les prestataires de soins, en particulier concernant leur statut de conventionnement.

Comme ce module s'adresse à chaque citoyen, il importe que son accès soit aisé. Des modifications ont déjà été apportées à cette application depuis sa création. C'est un travail continu dont le but est de diminuer la complexité du moteur de recherche.

D'autres améliorations sont en cours. En effet, l'INAMI développe actuellement un nouveau module dans l'application existante Mylnami, application qui permettra aux médecins de communiquer en ligne leur statut de conventionnement et le détail des données éventuelles de conventionnement partiel.

Les données récoltées via ce module, dont la mise à disposition est prévue pour début 2016, permettront de compléter le contenu du moteur de recherche. "Rechercher un dispensateur de soins": cet apport en termes de contenu au moteur de recherche s'accompagnera d'une optimisation de la visibilité et de son fonctionnement.

Comme je l'ai dit à Mme Detiège, c'est aussi le patient qui a la possibilité de chercher des informations avant de se rendre chez le médecin, car quand il se trouve déjà dans la salle d'attente, il y reste dans la plupart des cas.

La **présidente**: Neuf citoyens sur dix ignorent qu'il y a des médecins conventionnés et non conventionnés. Il faudrait faire une étude en la matière, mais ...

10.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je dois quand même avouer que je ne suis pas persuadé de votre volonté farouche de faire la totale clarté sur cette matière.

Je poserai d'ailleurs une question écrite pour connaître certains chiffres, car vous parlez de certains avertissements, vous parlez de chiffres de contrôle, mais vous ne les citez pas.

Madame la présidente, le patient peut s'informer, mais tous n'ont pas la faculté intellectuelle de s'informer, ne connaissent pas la manière de le faire pas plus que le type de conventionnement. Il y a nécessité d'information en la matière.

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

11 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar de praktijken van de 'ONE'" (nr. 3833)

11 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête sur les pratiques de l'ONE" (n° 3833)

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, uit een vraag die de heer Mathot in de commissie heeft gesteld en uit het jaarrapport zou blijken dat het Waalse Office de la Naissance et de l'Enfance, het ONE, onrechtmatig prestaties aan het RIZIV aanrekent. Het ONE is net zoals Kind en Gezin verantwoordelijk voor preventieve gezinsondersteuning van jonge ouders en hun kinderen. Dat is sinds de bijzondere wet van 8 augustus 1980 al een deelstaatbevoegdheid.

Bovendien is het expliciet bij wet verboden dat instellingen van openbaar nut – waaronder het ONE valt als organisatie van de Franse Gemeenschap – RIZIV-terugbetalingen vorderen. Dat is bepaald in artikel 22, § 11, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994 en artikel 2 van de verordening van 28 juli 2003, die invulling geeft aan de wet uit 1994.

Wat is precies de werkwijze van het ONE? Wat is de doelgroep en het aanbod? Waarin verschilt die van Kind en Gezin? Hoeveel consultaties voeren beide instellingen jaarlijks uit?

Hoeveel personeel is er tewerkgesteld en verbonden aan de instellingen?

Waar komen de inkomsten vandaan en hoeveel bedragen die voor de beide instellingen?

Waar komt het verschil in het aantal prenatale consultaties tussen het ONE en Kind en Gezin vandaan?

Klopt het dat het ONE een instelling van openbaar nut is, zoals geafficheerd op hun website, die aan preventieve gezinsondersteuning doet en die dus in geen geval RIZIV-terugbetalingen mag vorderen?

Als minister moet u waken over de toepassing van de wet inzake de terugbetalingen. Hebt u een onderzoek door het RIZIV laten uitvoeren? Wat waren de resultaten? Werd hierover al met de deelstaten en op de Ministerraad overlegd? Wat is uit dat overleg geconcludeerd?

Klopt het dat het ONE reclame maakt voor de consultaties in de ziekenhuizen, die dan aan het RIZIV worden aangerekend? Is dat onwettig?

Klopt het dat het ONE het remgeld van de prestaties aan de jonge gezinnen vergoedt en de rest van de prestatie aan het RIZIV wordt aangerekend? Kunt u bevestigen dat ook dat onwettig is? Is dat in het verleden al gebeurd? Hoe lang is dat al aan de gang? Over hoeveel consultaties gaat het in totaal? Welke prestaties betreft het precies? Hoeveel werd er in totaal al aan het RIZIV aangerekend?

Zal dat bedrag worden teruggevorderd? Over hoeveel jaar? Over welke som gaat het? Wordt een bijkomende boete opgelegd?

Welke maatregelen worden genomen om dergelijke praktijken in de toekomst onmogelijk te maken?

11.02 Minister **Maggie De Block**: U merkt dat een vraag van een Kamerlid veel inspiratie verschaft voor een vraag van een ander Kamerlid. Dat is een variatie op het thema van samengevoegde vragen.

Mevrouw Van Camp, in het antwoord op de vraag van collega Mathot werd geconcludeerd dat het eigenlijk onduidelijk is of de werkwijze van het ONE om prenatale consultaties georganiseerd in het ziekenhuismilieu, aan te rekenen – werkwijze die mij toen uitvoerig is uitgelegd – wel conform de wetgeving was. Om hierover duidelijkheid te scheppen, heb ik onmiddellijk de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV gevraagd om hiernaar een onderzoek te starten. Dat onderzoek is nog niet afgerond.

Uit de nu beschikbare gegevens blijkt dat de preventie inzake prenatale zorg via Kind en Gezin en het Office de la Naissance et de l'Enfance in Vlaanderen en Wallonië op uiteenlopende manier is georganiseerd.

In Vlaanderen richt Kind en Gezin zich vooral op kwetsbare zwangeren. In 2011 vonden 358 consultaties plaats. ONE richt zich dan weer tot de volledige populatie. ONE organiseert die consultaties op twee verschillende manieren.

Ten eerste gebeurt dat in centra van ONE zelf, waar ruim 7 500 consultaties werden georganiseerd. Dat is veel meer dan in Vlaanderen.

Ten tweede worden er ook prenatale consultaties in het ziekenhuis aangeboden. In het ziekenhuis zijn er jaarlijks ruim 90 000 consultaties.

In de ziekenhuizen gebeurt de betaling van de prestaties op basis van het RIZIV-tarief. Het ONE voorziet in een subsidie voor het ziekenhuis, minstens ten belope van het remgeld, voor de kosten van het secretariaat, de organisatie en de begeleiding door medico-sociale assistenten.

Buiten de ziekenhuizen worden de prestaties van de gynaecologen integraal vergoed door het ONE. Dat is dus in de eigen centra. De prestaties van de vroedvrouwen en van de algemene geneeskundige worden vergoed via aanrekening aan het RIZIV.

De uitvoering van het onderzoek van de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV zal

meerdere maanden vergen, heeft men mij gezegd, aangezien ik een onderzoek heb gevraagd dat teruggaat tot het wijzigen van de wet en de bevoegdheid.

U begrijpt dat ik niet kan communiceren over een lopend onderzoek. Ik heb daarover ook nog geen enkel bericht ontvangen, alleen dat het een groot werk is en dat het meerdere maanden zal duren.

Ik stel alleen tot mijn verwondering vast dat na het antwoord op de vraag van collega Mathot, hier in de commissie, de tekst betreffende het uitsluitend preventief en gratis karakter van de consultaties al werd verwijderd op de website van het ONE.

11.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Voor onze fractie is dat een duidelijke aanwijzing dat er iets niet koosjer is. Wij dringen er echt op aan dat het onderzoek wordt uitgevoerd. Ik zal het ook opvolgen. Over een paar maanden mag u daarover opnieuw vragen van mij verwachten.

Ik heb zelf de werking van de beide organen geverifieerd. Wat u zegt, klopt volledig: de postnatale begeleiding wordt door het ONE aangeboden en betaald, analoog met de werking van Kind en Gezin. Ik wil daarbij opmerken dat wij hier ook postnatale begeleiding doen en dat het verschil zit in de prenatale begeleiding, die om de een of andere reden naar de ziekenhuizen gaat en aan het RIZIV wordt aangerekend. Als dat zo is, dan is het heel duidelijk dat er illegale zaken gebeuren.

Onze fractie zal erop aandringen dat die zaak onderzocht wordt en dat er een gepaste actie tegen wordt ondernomen.

La **présidente**: Nous prendrons donc connaissance de cette enquête.

11.04 Maggie De Block, ministre: Cela représente un énorme travail pour mes services. Il faut leur laisser le temps de vérifier.

Men moet het onderzoek tijd geven, ik kan niet vragen om alles te onderzoeken tegen een bepaalde deadline.

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

12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zomertijd en de wintertijd" (nr. 3866)

12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'heure d'été et l'heure d'hiver" (n° 3866)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ondertussen is het alweer een tijdje verstreken: 28 maart 2015 werd de klok alweer een uur vooruitgedraaid.

Uit een peiling destijds van radio 1 is gebleken dat van de 82 000 ondervraagde respondenten zowat 75 % tegen de uuromschakeling gekant was.

Objectief en vanuit medisch standpunt brengt een uurwisseling ook negatieve gevolgen met zich: een uur minder slaap, een verstoord biologisch ritme, waarmee ook veel baby's kampen, verwarring, niet alleen bij beginnende dementerenden of bij dementerenden, maar ook het moeten herinstellen van medicatiepompen, verwarring over het tijdstip van inname van de medicatie en dus lagere therapietrouw.

Verschillende recente wetenschappelijke studies hebben de negatieve gevolgen geobjectiveerd, waaronder in tijdschriften aangetoonde effecten op de kwaliteit van de slaapcyclus en de prevalentie van acuut myocardi infarct. In een ander wetenschappelijk tijdschrift werd ook het effect op de incidentie van ongevallen door slaapgebrek aangetoond. Het is geweten dat slaaptekort tot een toenemend risico op diabetes en stresshormonen leidt.

Mijn collega in het Europees Parlement, Frieda Brepoels, stelde destijds daarom de vraag naar plannen om de uurwisseling te schrappen. Het antwoord dat de heer Kallas haar namens de Europese Commissie gaf, luidde dat in 2007 een verslag was uitgebracht over de gevolgen van de richtlijn op de volksgezondheid en

de verkeersveiligheid, waaruit destijds werd geconcludeerd dat de uurwissel geen aanleiding tot bezorgdheid geeft.

Nochtans stelt ook het BIVV jaar na jaar vast dat de week na de omschakeling meer ongevallen optreden dan de week voor de omschakeling. In *Het Laatste Nieuws* werd expliciet de link gelegd met de omschakeling zelf.

Geen enkele lidstaat zou hebben gevraagd de regeling aan te passen. Dat was volgens de Europese Commissie dan ook de reden waarom de maatregel niet werd herbekeken. Ook de opiniepeilingen legde de Europese Commissie naast zich neer en deed ze aldus af als niet altijd even representatief.

De Europese Commissie geeft wel toe dat er toen al weinig onderzoek naar de effecten van de uurwissel werd gedaan en nu wordt gedaan.

Wij zijn nu een aantal jaar later. De medische gevolgen van het abrupt omschakelen van het uur indachtig, vraag ik u dan ook het volgende.

Ten eerste, bent u op de hoogte van mogelijke kwalijke medische gevolgen van een uurwissel?

Welke studies werden al verricht? Welke gevolgen werden daarin onderzocht?

Welke graad van evidentie is er voor welke gevolgen?

Ten tweede, is het onderwerp in gesprekken met uw collega's uit andere lidstaten al ter sprake gekomen?

12.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Camp, de omschakeling van wintertijd naar zomertijd is al een tijdje het voorwerp van controverse, namelijk sedert de negentiende eeuw, vooral wanneer het gaat over al dan niet kwalijke effecten op de gezondheid, het slaappatroon, concentratiestoornissen en verkeersongevallen.

Er is in het verleden al veel onderzoek gedaan. Gelet op de vaststelling van Europees commissaris Kallas toen, acht ik het op dit ogenblik niet prioritair om epidemiologische of analytische onderzoeksopdrachten te geven aan het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid of aan de Hoge Gezondheidsraad.

Op het moment beweegt er ter zake niets op Europees vlak. Niemand overweegt een beleidswijziging ten aanzien van de uurwisseling.

Om dat Europees aan te kaarten hebt u een vertegenwoordigster in het Europees Parlement, mevrouw Helga Stevens die in het verleden nogal begaan was met onderwerpen inzake volksgezondheid. Misschien kan zij dat eens aankaarten.

Ik heb daar nog niemand iets over horen zeggen. Ik zal er nu attent voor zijn. Eventueel wil ik het wel eens aankaarten, als het past bij de onderwerpen die worden aangesneden. Op dit ogenblik is het om het zo te zeggen windstil in Europa wat dat betreft.

12.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik maak mij de bedenking of dat niet zo is omdat iedereen wacht op iedereen. Als niemand het prioritair vindt en niemand bijkomend onderzoek vraagt of de problematiek aankaart, gebeurt er natuurlijk nooit iets. Ik meen dat dit nu het gegeven is.

Mijn collega heeft de vraag al gesteld op Europees vlak maar ze heeft daar bot gevangen. Ik zal mijn collega zeker aansporen om daar nieuwe vragen over in te dienen.

Ik meen echter dat u als minister ook actie kunt ondernemen. Als er meer signalen komen zullen uw collega's misschien meer geneigd zijn om ook problemen te signaleren. Dan kan deze regel op Europees niveau eens kritisch bekeken worden.

12.04 Minister **Maggie De Block**: U moet weten dat er een agenda is die op voorhand wordt vastgelegd. Als wij bijvoorbeeld de maatregelen inzake ebola bespreken, kan ik daar moeilijk de uurwisseling gaan aankaarten. Het moet dus het gepaste moment zijn om dat aan te kaarten. Men moet binnen de agenda en binnen de toegestane 3 minuten blijven. Men beschikt dus over 3 minuten om een punt te maken. Dat is een

oefening waar men steeds beter in wordt en het beste in is aan het einde van het mandaat. Het moet dus gepast zijn.

De agenda werd nu sowieso al overhoop gehaald door de ebolacrisis. Die is midden in het voorzitterschap gevallen. Dat waren echt urgente zaken die heel veel van onze tijd in beslag hebben genomen. Wat niet is kan nog komen maar het moet wel in de agenda passen. Die agenda krijgen wij doorgestuurd en moeten wij volgen. Men kan daar weinig buiten de agenda om gaan.

Gelet op de onderwerpen die al werden aangesneden op Europees niveau, kan dit voor mij ter sprake komen, maar ik vind het niet prioritair. Wij hebben ook niet het recht om zoiets te agenderen als er heel urgente zaken, zoals ebola, aan de orde zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de M. Paul-Olivier Delannois au vice-premier ministre et ministre de l'Emploi, de l'Économie et des Consommateurs, chargé du Commerce extérieur, sur "la publicité faite pour le tabac dans les magasins de nuit et de jour d'alimentation générale" (n° 3872)

13 Vraag van de heer Paul-Olivier Delannois aan de vice-eersteminister en minister van Werk, Economie en Consumenten, belast met Buitenlandse Handel, over "de tabaksreclame in voedingswinkels, zowel dag- als nachtwinkels" (nr. 3872)

13.01 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la présidente, madame la ministre, initialement, j'avais adressé cette question à M. Peeters mais il vous a renvoyé la patate chaude. Je viens vous faire part d'une situation problématique que chaque ville de Belgique rencontre. Il s'agit de la publicité pour le tabac faite par les magasins de jour et de nuit d'alimentation générale. Je ne vise évidemment pas ici le petit commerçant mais de nombreux commerces qui mettent en vitrine toute une série de paquets de cigarettes.

On peut en effet constater que, dans presque chaque établissement, les produits de tabac sont exposés dans la vitrine de manière tout à fait excessive. Ils recouvrent parfois presque l'entièreté de la vitrine. Je vous invite, quand vous le désirez, à venir voir la situation à Tournai qui est tout à fait révélatrice de ce problème.

Au regard de la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs, on constate qu'il est "interdit de faire de la publicité pour et du parrainage par le tabac, les produits à base de tabac et les boissons alcoolisées". Cette même loi dit: "Est considérée comme publicité et parrainage, toute communication ou action qui vise, directement ou indirectement, à promouvoir la vente, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés".

Si l'on considère cette loi, il est clair que l'exposition démesurée de produits de tabac dans les vitrines de ces magasins, qui ne sont ni des magasins de tabac, ni des marchands de journaux, n'est pas autorisée. Pourtant, elle existe.

Madame la ministre, pouvez-vous m'informer sur les contrôles effectués par le SPF Économie, ainsi que sur des sanctions éventuelles? Le cas échéant, ne serait-il pas utile de lancer une campagne de contrôles concernant une problématique largement présente dans nos différentes communes?

13.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Delannois, je tiens tout d'abord à signaler que votre question fait l'objet de contrôles menés par le service d'inspection Tabac et Alcool du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Elle ne relève donc pas de la compétence du Service public fédéral Économie.

Comme vous le rappelez, à juste titre, la publicité pour le tabac est interdite et cette interdiction n'a que quelques exceptions. Ainsi, les commerces de journaux et de tabac sont autorisés à apposer des affiches dans leurs locaux. En revanche, les commerces ordinaires comme les épiciers ou les *nights shops* ne sont pas autorisés à faire de la publicité pour le tabac.

De ce point de vue, l'exposition exagérée de produits de tabac peut effectivement aussi être considérée comme de la publicité. Les peines prévues pour de telles infractions ne sont pas négligeables. L'amende

administrative minimale que le fonctionnaire dirigeant peut infliger s'élève à 10 000 euros, un montant qu'il faut majorer des décimes additionnels. En pratique, l'amende minimale s'élève donc à 60 000 euros.

Le contrôle de cette interdiction de publicité pour le tabac fait partie des missions essentielles du service d'inspection Tabac et Alcool.

Plusieurs procès-verbaux ont été dressés, suite au placement d'affiches sur les façades latérales, la remise de cadeaux à l'achat de produits de tabac, la vente de *duopacks* au prix avantageux, l'aménagement d'une boutique de bandes dessinées aux couleurs d'une marque de tabac connue. Vous vous souvenez peut-être du procès qui a eu lieu suite à un tel aménagement.

Je souhaite encore ajouter que mes services attendent le jugement que le tribunal rendra bientôt dans une affaire dans le cadre de laquelle ils ont établi un procès-verbal suite à l'usage de techniques spéciales de présentation, comme, par exemple, un éclairage LED dans une armoire contenant des produits de tabac, des affiches indiquant le prix et la quantité, la présence de présentoirs sur le comptoir. Ce jugement permettra de clarifier les choses concernant l'usage de certaines techniques publicitaires.

Le service d'inspection Tabac et Alcool en informera ensuite le secteur par le biais des principales organisations sectorielles. Cette initiative sera suivie d'une nouvelle vague de contrôles intensifs dans les commerces.

13.03 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la ministre, vous avez parlé de sanction. Mais je n'ai pas compris qui pouvait prendre ce genre de sanction.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le jugement auquel vous avez fait référence, savez-vous plus ou moins quand il sera rendu?

13.04 Maggie De Block, ministre: Non.

13.05 Paul-Olivier Delannois (PS): Et qui peut prendre la sanction?

13.06 Maggie De Block, ministre: Le service d'inspection Tabac et Alcool.

13.07 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la ministre, vous avez fait état de toute une série d'amendes qui peuvent être données. Vous avez cité des chiffres assez impressionnants. Je dois d'ailleurs vous dire que j'ai été heureux lorsque vous les avez portés à notre connaissance. Mais sur le terrain, on peut se rendre compte qu'elles ne font pas nécessairement très peur.

À l'heure actuelle, il est interdit d'apposer une publicité quelle qu'elle soit. Par contre, il n'est pas interdit de mettre en vitrine 1 000 paquets de cigarettes. Ce faisant, lorsque vous arrivez devant la vitrine des magasins qui procèdent de cette manière, on ne voit que lesdits paquets.

En tant que bourgmestre, je peux, par le biais de mes services, agir si une affiche est apposée.

En revanche, on ne me permet pas d'agir à l'encontre de ce qui se trouve derrière la vitrine. Donc, donnez-moi les moyens d'agir, et je peux vous garantir que je ne les raterai pas, ne fût-ce qu'avec des sanctions administratives. Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, je n'ai pas les moyens en tant que bourgmestre de la ville de Tournai d'empêcher ce genre de choses.

Donnez-moi toutes les pistes possibles et imaginables, et je vous certifie que je vais les suivre!

13.08 Maggie De Block, ministre: Monsieur Delannois, nous attendons l'issue de la procédure. De la sorte, nous pourrons vous donner plusieurs outils.

13.09 Paul-Olivier Delannois (PS): Je sais que je vais encore me faire des amis, mais le pire est que certains magasins tournaisiens ne vendent pas un seul paquet de cigarettes; on peut alors se demander comment ils peuvent continuer à survivre. C'est impossible. N'importe quel indépendant pourra vous dire que s'il ne vend pas la marchandise présente dans son commerce, il fera faillite. Or ceux-ci, non! Il y a de quoi

s'interroger.

La **présidente**: Il va falloir enquêter plus finement, monsieur Delannois.

13.10 Paul-Olivier Delannois (PS): Mais je connais la réponse, madame la présidente!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "HPV-vaccinatie" (nr. 3877)

14 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le VPH" (n° 3877)

14.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, regelmatig publiceert de Hoge Gezondheidsraad zijn aanbevelingen inzake vaccinatie, waaronder het HPV-vaccin. Er is heel wat te doen over de vaccinatie van jongens aangezien zij op latere leeftijd steeds meer getroffen worden door HPV-gerelateerde kankers en dan vooral van het orale type door mondelinge seksuele contacten. Voor elke twee vrouwen is er een man met een HPV-gerelateerde kanker. Bijkomend beschermt het HPV-vaccin ook tegen genitale wratten.

Ik heb drie vragen.

Ten eerste, heeft de werkgroep op federaal niveau zich al gebogen over de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad? Hebben de hoorzittingen hierover al plaatsgevonden? Wat is de inhoud van de aanbevelingen inzake HPV-vaccinatie bij zowel meisjes als jongens? Zal de vaccinatie gratis worden versterkt voor bepaalde groepen meisjes en/of jongens? Zo ja, welke?

Wat zijn de bevonden voordelen van vaccinatie op korte, middellange en lange termijn en dit zowel voor genitale wratten als kanker? Welke uitkomsten zijn er meegenomen en wat is er gebleken? Zal ten aanzien van meisjes het beleid blijven zoals het was sinds de aanbeveling van 2008, met name een gratis verstrekking van vaccinatie in de scholen? Wordt de vaccinatie nu ook uitgebreid naar jongens?

Ten tweede, men verwacht dat binnenkort een nieuw HPV-vaccin zal worden goedgekeurd door Europa. Dit vaccin beschermt tegen meer HPV-kankers, onder andere 90 % van de baarmoederhalskankers. Zullen die vaccins worden verstrekt en terugbetaald?

Ten derde, worden er ook aanbevelingen verwacht voor vaccinatie tegen zona? Zo ja, welke? Zijn er op dat vlak beleidsveranderingen op til?

14.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de Hoge Gezondheidsraad werkt aan een herziening van zijn advies inzake Humaan papillomavirusvaccinatie en zal daarbij ook de vaccinatie van jongens bekijken. Om op het overige deel van uw vraag te kunnen antwoorden, moet ik natuurlijk over dat advies beschikken.

De Hoge Gezondheidsraad zal ook het nieuw vaccin beoordelen wanneer dit door de Europese autoriteiten is goedgekeurd. Zodra deze beoordeling beschikbaar is, neem ik ze in aanmerking.

Ook wat betreft de zona — hier gaat het om het herpes zostervirus — werkt de Hoge Gezondheidsraad aan een advies. Dit wordt verwacht in de tweede helft van dit jaar.

14.03 Yoleen Van Camp (N-VA): (...)

14.04 Minister Maggie De Block: Het herpes zostervirus is de venerische vorm van zona en kan toch ook voor veel problemen zorgen. Het is ook een seksueel overdraagbare ziekte.

14.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Wordt dit ook in de tweede helft van dit jaar verwacht?

14.06 Minister Maggie De Block: Voor zona zou dat voor de tweede helft van dit jaar zijn en ik neem aan

dat dit ook voor HPV geldt.

14.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik vraag dat om te weten wanneer wij daarover opnieuw een vraag kunnen indienen. Wij volgen deze aangelegenheid dus op vanaf de tweede helft van dit jaar.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 3925 de Mme Rita Gantois est transformée en question écrite.

14.08 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, il faudrait lui préciser que cette matière ne relève pas de ma compétence. La qualité de l'eau potable est de la compétence des entités fédérées, et ce depuis des années.

Het gaat over de kwaliteit en de eigenschappen van het leidingwater. Sedert 2002 behoort dat tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

14.09 Yoleen Van Camp (N-VA): Oké, dan moet deze vraag op het correcte niveau worden gesteld. Ik zal dat melden aan mevrouw Gantois.

14.10 Minister Maggie De Block: Deze materie moet door een van uw collega's op het niveau van de Gemeenschappen worden aangekaart.

La **présidente**: Nous allons transmettre cette information à Mme Gantois afin qu'elle retire sa question.

15 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erfelijkheidsadviseur" (nr. 3959)

15 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le conseiller en hérédité" (n° 3959)

15.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het KCE heeft recent twee rapporten opgesteld over de erfelijke aanleg voor darm- en borstkanker, die wordt vastgesteld met behulp van genetische testen. Die aandoeningen worden vaak veroorzaakt door specifieke mutaties aan bepaalde genen. Ze kunnen zich op verschillende manieren uiten, afhankelijk van het individu. Het is daarom vaak moeilijk om ze te diagnosticeren, ook al omdat ze zeldzaam zijn en de artsen er dus vaak niet onmiddellijk aan denken.

Patiëntenvertegenwoordigers die in de twee studies werden geraadpleegd, geven aan dat veel mensen niet worden doorverwezen naar genetische centra of dat ze geen correcte informatie krijgen. Volgens het KCE is het belangrijk dat de betrokkenen snel begrijpelijke en aangepaste informatie ontvangen over de mogelijke keuzes, zoals opvolging of preventieve chirurgie.

Daarnaast moet ook psychologische ondersteuning worden gegeven bij het communiceren van het bestaan van een erfelijke aanleg aan kinderen en andere familieleden of wanneer er beslissingen over gezinsplanning moeten worden genomen.

Het KCE pleit ervoor om de rol van erfelijkheidsadviseur, die trouwens al bestaat in Frankrijk en Nederland, vorm te geven.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen. Ten eerste, zijn er in het licht van deze studie plannen om ook in ons land met dit soort van adviseur te beginnen werken?

Ten tweede, het RIZIV heeft onlangs beslist om een deel van het budget van de centra voor menselijke erfelijkheid specifiek toe te wijzen aan een betere ondersteuning van dit genetisch advies. Over welk bedrag gaat het hier? Wat is het totale RIZIV-budget van de centra voor menselijke erfelijkheid? Hoe zal worden gecontroleerd of het toegewezen budget effectief wordt gebruikt voor een betere ondersteuning van genetisch advies?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, wat uw eerste vraag betreft, is er in twee rapporten van het KCE inderdaad sprake van een erfelijkheidsadviseur, namelijk in de rapporten 242 en 243 over bepaalde oncogenetische testen.

In dit verband wijs ik erop dat de Hoge Raad voor Geneesheren en Specialisten recent ook een advies heeft uitgebracht over het mogelijk creëren van een bijzondere beroepstitel voor de arts-klinisch geneticus. Wij zullen dit advies eerst grondig bestuderen vooraleer in te gaan op het denkspoor van de erfelijkheidsadviseur als zorgberoep.

Ik ben de mening toegedaan dat de medische counseling een bevoegdheid is die door de arts moet worden opgenomen in het kader van de klinische taken. Daarnaast kan deze arts zich ook laten bijstaan door andere verstrekkers, waaronder verpleegkundigen en psychologen, om het zorgaanbod bij een erfelijkheidsdiagnose te vervolledigen.

Erfelijkheidsadviesactiviteiten worden gefinancierd via conventies met de centra voor menselijke genetica.

Het erfelijkheidsadvies wordt gegeven door een multidisciplinair team, samengesteld uit een arts-geneticus en andere zorgverstrekkers, zoals verpleegkundigen, sociale werkers en psychologen.

De budgettaire gegevens aangaande de conventie zijn samengevat in een tabel die ik u zal overhandigen. Voor 2015 werd het totaal budget voor genetica op 40 788 000 euro vastgesteld, waarvan 2 224 000 euro voor erfelijkheidsadvies, 37 964 000 euro voor de laboratoriumverstrekkingen opgenomen in artikel 33 van de nomenclatuur en 580 000 euro voor de tests die aan buitenlandse laboratoria uitbesteed worden. Er wordt samengewerkt met buitenlandse laboratoria als het gaat om bepaalde zeldzame diagnoses waarvoor hier niet genoeg expertise aanwezig is. Dat is trouwens tweerichtingsverkeer.

Verstrekkingen, ook inzake erfelijkheidsadvies, worden aan de conventie gefactureerd aan de hand van pseudocodes, specifiek voor standaard erfelijkheidsadvies en complex erfelijkheidsadvies. Een controle in de medische dossiers kan door de dienst Geneeskundige Controle van het RIZIV of de ziekenfondsen worden uitgevoerd.

Ik overhandig u de cijfers op papier. Het totaal bedrag is geëvolueerd van 37 087 000 euro in 2009 tot 40 788 000 euro in 2015. Dat heeft dus ook een groei gekend.

15.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, het advies moet dus nog afgewacht worden. Wij volgen dat verder op.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het samenwerken met Nederland voor goedkopere weesgeneesmiddelen" (nr. 4048)**

16 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la collaboration avec les Pays-Bas dans le cadre d'une diminution du prix des médicaments orphelins" (n° 4048)**

16.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag is ook al in onze vorige commissievergadering aan bod gekomen. U hebt toen al verwezen naar het gesprek met uw Nederlandse, en naar ik uit uw antwoord begrepen heb ook met uw Luxemburgse collega om te onderhandelen met farmaceutische bedrijven over de aankoopprijs van weesgeneesmiddelen. U hebt samen met uw Nederlandse collega daarover een protocolakkoord ondertekend. De motivatie is dat u samen meer patiënten vertegenwoordigt en zo een lagere prijs kan bedingen.

Welke concrete onderwerpen zijn er tijdens uw gesprek met minister Schippers aan bod gekomen, naast de gemeenschappelijke aankoop van weesgeneesmiddelen? Werden er buiten het bekende geval-Soliris nog geneesmiddelen en aandoeningen besproken? Is er al een concreet stappenplan voor het verloop van de onderhandelingen met de farmabedrijven? Wanneer en voor welk middel mogen wij daarin de eerste stappen verwachten?

Zullen er nog andere landen bij betrokken worden? Zo ja, welke? Denkt u niet dat een samenwerking met nog andere landen op het Europese niveau nog grotere voordelen zou kunnen opleveren? Overweegt u het initiatief ook uit te breiden naar niet-weesgeneesmiddelen? Zo nee, waarom niet?

Er werd ook gesproken over andere plannen. Welke gegevens wenst u op termijn uit te wisselen? Welke registers wenst u te delen?

16.02 Minister **Maggie De Block**: Het akkoord dat wij op 20 april 2015 ondertekend hebben, samen met Nederland, is inderdaad een uniek samenwerkingsakkoord. De bedoeling van het akkoord is dat we onderzoeken hoe we meer kunnen samenwerken op het vlak van de beoordeling en de vergoeding van in de eerste plaats weesgeneesmiddelen. Het gaat over mogelijke beoordelingen, horizonsscanning en samenwerking in verband met prijsonderhandelingen.

In eerste instantie wordt onderzocht hoe Nederland en België samen kunnen onderhandelen met farmaceutische bedrijven over de terugbetaling van weesgeneesmiddelen. Er werden geen specifieke medicijnen of aandoeningen besproken. Dat zal mogelijk wel in de toekomst gebeuren, maar nu was er een intentie om samen te werken. De intentie om samen te werken, werd dan ook vastgelegd op het niveau van onze beide administraties. Dat is ook de reden waarom onze administraties daaraan nog veel werk zullen hebben.

Wij hebben die problematiek daarna ook met de Luxemburgse collega besproken, maar wij kunnen onmogelijk onze administratie zo'n protocolakkoord laten uitwerken met vier of vijf landen tegelijk, want het zijn wel dezelfde medewerkers, die met Nederland, Luxemburg en eventueel andere landen moeten praten.

Ik heb steeds van in het begin gezegd dat we op Europees niveau een systeem zouden moeten ontwerpen. Maar niemand neemt daartoe tot nog toe enig initiatief. Bovendien zijn de gezondheidszorgsystemen van noord naar zuid en van west naar oost over alle landen van de EU zeer verschillend. Dat zal er misschien ooit komen, maar hoe lang zal dat duren?

Daarom hebben wij het initiatief genomen om met de Nederlanders te gaan samenwerken. Dat is ook een prioriteit voor deze legislatuur, ongeacht de aandacht voor een product of aandoening.

Het is nodig dat iemand eens de kat de bel aanbindt, want er zijn momenteel ongeveer 8 000 weesziekten bekend in Europa, waarvoor nu 150 geneesmiddelen op de markt zijn. Voor heel veel aandoeningen zijn er nog geen geneesmiddelen op de Europese markt. Als wij dat dan extrapoleren naar het aantal patiënten in de Europese Gemeenschap, komen wij al snel aan een cijfer van 30 miljoen patiënten die lijden aan een van de 8 000 weesziekten. Er zijn dus voldoende redenen om de handen in elkaar te slaan, dachten wij. Vandaar het initiatief.

Om onze intentie concreet uit te werken, werken onze nationale administraties samen aan de ontwikkeling van een pilootproject. Op basis van de horizonscan zal een geschikt product worden aangeduid. Wij zullen een product selecteren en daarover samen onderhandelen.

In onze timing wordt verwacht dat het pilootproject in 2016 van start gaat.

Het spreekt voor zich dat wij ondertussen ook nog prospectie in andere landen doen om zich aan te sluiten. Het zijn wel dezelfde medewerkers van de administratie, die met elk land apart een protocol zullen moeten maken.

Het is belangrijk dat de macht van het getal en de schaalgrootte een voordeel kan opleveren voor de patiënten van twee landen, maar in geval van tien of twintig landen is er uiteraard nog een veel groter schaalvoordeel.

Wij zijn wat dat betreft ambitieus. Wij zijn dat ook verplicht aan de patiënt. Vandaar ook dat ik in de eerst mogelijke vergadering het initiatief daartoe heb genomen. Wij moeten echter realistisch en pragmatisch blijven. Van land tot land verschillen de procedures en de noden. Er zijn ook verschillende systemen.

Wij hebben voor Nederland gekozen, omdat het land sociaal en economisch vergelijkbaar is en geconfronteerd wordt met gelijkaardige uitdagingen inzake gezondheidszorg.

Wij hebben goed samengewerkt ten tijde van de ebolacrisis, wat bij mij de vraag deed rijzen naar toenadering tot Nederland met het oog op een gezonde samenwerking en evaluatie van het Nederlandse model. Het had evengoed Frankrijk kunnen zijn. Ook Frankrijk heeft een gelijkaardige bevolking en gelijkaardige sociale en economische factoren. Eerst richten wij ons tot landen waar de manier van terugbetalen en het sociale systeem gelijkaardig zijn.

Wij zijn van plan de samenwerking nog uit te breiden, maar het mag niet te snel gaan. Wij moeten pragmatisch zijn. Als mijn administratie op zeven fronten tegelijk moet onderhandelen, kan zij de trappers verliezen. Ik ga langzaam maar zeker vooruit.

Wij hebben met de samenwerking toch wat belangstelling gewekt bij andere landen. *I have a dream* dat het ooit op Europees niveau geregeld kan worden. Ik werk samen met collega Philippe de Backer van het Europees Parlement, die hier al verscheidene keren over teruggekoppeld heeft. Wij geven hem informatie en hij geeft ons informatie. Als wij allemaal op dezelfde nagel blijven kloppen, zullen wij uiteindelijk succesvol zijn.

Wij hebben hierover ook een publicatie samengesteld. Wij zijn echt actief op dat gebied. Ik vind dat België op dat vlak een voortrekkersrol kan spelen. Dat is in het belang van alle patiënten met weesziekten. Naar schatting 30 miljoen Europeanen is niet niets. Het gaat om vele mensen.

16.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat klopt en we kunnen ons daarbij aansluiten. Natuurlijk betreuren we het gebrek aan Europees initiatief, maar we zijn blij dat u op die manier toch al zelf naar een oplossing op een kleinere schaal probeert te zoeken.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je vous propose de transformer mes questions n° 3678 et 4075 en questions écrites. Cela m'évitera de faire un exercice de lecture.

17 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'impact du raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement sur le dépistage des nouveau-nés" (n° 3362)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies liées au raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement" (n° 3363)

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling voor de screening van borelingen" (nr. 3362)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen door de inkorting van het verblijf in de kraamkliniek na een bevalling" (nr. 3363)

17.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ter informatie, is het niet de bedoeling dat vragen in de commissie chronologisch worden behandeld? Hoe komt het dat hier telkens worden teruggesprongen in de dagorde? Werd dat zo afgesproken?

La **présidente:** Quand un membre nous prévient de son arrivée tardive et nous demande de retarder le passage de sa question, on l'accepte. En cas d'absence non justifiée, la question est supprimée.

17.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Het was maar een vraag, mevrouw de voorzitter. Ik heb er ook geen probleem mee, maar in andere commissies heb ik al gemerkt dat de agendapunten strikt worden gevolgd, zonder dat men terugspringt in de dagorde.

Het is jammer hoe de werkzaamheden hier nu verlopen en dat zou moeten worden besproken op het niveau van de fractievoorzitters, zodat er uniformiteit heerst in de commissies. Het kan toch niet dat men zich soms naar een commissie moet haasten, terwijl er in andere commissies continu wordt teruggesprongen in de dagorde. Ik zal dit aankaarten.

La **présidente:** Chaque président de commission organise ses travaux comme il l'entend. Tenter

d'uniformiser les règles, c'est bien, mais nous essayons avant tout de faire en sorte que les questions puissent être posées, tout en responsabilisant les parlementaires. Lorsque ceux-ci préviennent de leur retard, les choses peuvent s'arranger.

17.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je tiens à préciser à ma collègue que je ne dormais pas sous ma couette; j'assistais à la commission des Affaires sociales qui se penchait sur le rapport du Service de médiation des Pensions.

Madame la ministre, ce n'est pas la première fois que je vous interroge sur des économies liées au raccourcissement de la durée du séjour en maternité après un accouchement. Je voudrais aborder ce sujet sous différents aspects.

D'une part, du fait de ce raccourcissement, il existe un risque que certains nouveau-nés échappent au dépistage systématique et, d'autre part, je voudrais revenir sur les enjeux budgétaires.

En ce qui concerne le dépistage systématique, comme vous le savez sans doute, toute une série d'entre eux sont effectués en maternité et visent à dépister diverses maladies dont la phénylcétonurie, tyrosinémie, leucinose, histidinémie, homocystinurie, galactosémie, hypothyroïdie congénitale mais également - en tout cas du côté francophone, j'en suis certaine, l'ayant mis moi-même en place en tant que ministre -, le dépistage néonatal de la surdité. Ces dépistages sont réalisés entre 72 et 120 heures de vie. En pratique, cela signifie que si cela tombe un week-end, avec le raccourcissement d'une demi-journée, et même d'une journée l'année prochaine, le nombre de nouveau-nés qui ne bénéficieront pas de ces dépistages systématiques risque d'augmenter.

Vous allez me répondre que la question du dépistage relève de la compétence des Communautés. Pour rappel, ces dépistages sont effectués au sein des maternités et c'est important que ce soit ainsi pour couvrir le plus largement possible la population visée. Si on renvoie ces nouveau-nés à la maison en disant aux parents de revenir pour réaliser ces dépistages, vous pouvez être certaine qu'on va tomber à des pourcentages de couverture qui risquent d'être très faibles.

Madame la ministre, avez-vous pris en compte ces éléments lorsque vous avez décidé des économies à réaliser? Comment garantir que ces dépistages, qui représentent un enjeu majeur en matière de santé publique, soient toujours réalisés sur chaque nouveau-né?

L'autre volet concerne l'impact sur les budgets des hôpitaux et sur le personnel soignant, et singulièrement au sein de celui-ci, sur les sages-femmes. Je vous avais déjà interrogée à ce sujet. En effet, dans un premier temps vous aviez annoncé une économie de 11,7 millions d'euros, montant qui avait été augmenté à 18,7 millions d'euros. Je souhaite vous entendre sur votre manière de calculer cette économie.

Il me revient que le calcul de la diminution d'une demi-journée de séjour en maternité est basé sur une proportion du montant total de la prise en charge. Un demi-jour sur quatre jours et demi représente un neuvième du montant total. Ces chiffres n'ont pas été basés sur le montant des coûts liés à la prise en charge du dernier demi-jour. Or, il est clair que lorsqu'on accompagne les jeunes mamans et les nouveau-nés, le travail est beaucoup plus lourd le premier et le deuxième jour que le quatrième ou le cinquième. Les soins sont plus intensifs au début, car ils sont liés à la période de l'accouchement en tant que tel.

Par ailleurs, les sages-femmes ont tiré la sonnette d'alarme en raison de l'impact non négligeable sur le nombre d'équivalents temps plein au sein des maternités. Il y aura un impact direct sur la qualité des services.

Madame la ministre, comment avez-vous calculé? S'agit-il bien d'un neuvième de la prise en charge alors que cette prise en charge est moins lourde les derniers jours et devrait donc correspondre à un montant nettement inférieur? Avez-vous tenu compte de l'évolution des frais de prise en charge au cours du séjour entre le premier et le dernier jour? Quel est l'impact sur le nombre d'équivalents temps plein de sages-femmes qui risquent d'être supprimés suite à cette décision?

17.04 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, j'entretiendrai Mme Fonck de la suite d'une réponse que j'ai donnée à Mme Dedry concernant les sages-femmes et les infirmières, lors d'une réunion à la Chambre le jeudi 7 mai. Mme Dedry me signalait qu'elle recevait beaucoup d'appels téléphoniques de la part d'infirmières. Je lui ai répondu que je voulais plus d'infirmières pour soigner les patients et que, par

ailleurs, je souhaitais rendre le *work life balance* plus agréable et attractif pour les infirmières et les sages-femmes.

Je lui ai dit regretter qu'elle reçoive quotidiennement ces appels téléphoniques. Mais cela signifie que ces infirmières ont quand même encore une minute de libre pour Mme Dedry; cette dernière était l'une d'entre elles, en sa qualité de sage-femme ou d'infirmière.

Je pense que certains n'ont pas bien écouté ma réponse. Mme Dedry a bien compris mais Mme Fonck apparemment pas. D'aucuns ont publié une fausse traduction sur *Twitter* et *Facebook*, mais je ne veux pas répéter la faute. Je ne me suis pas lancée dans une bagarre sur *Twitter* ou *Facebook* à ce sujet, car j'ai trop de respect pour les infirmières. Oui, madame Fonck, je ne suis pas de ceux qui, après avoir reçu une réponse à une interpellation, va transformer cette réponse derrière le dos d'un ministre ou d'un parlementaire! Je ne fais pas cela. Ce n'est intellectuellement pas honnête! Vous n'étiez pas la seule, il faut le dire, mais vous étiez quand même très active. Cela dit, je suis toujours honnête. Lorsque quelque chose ne va pas, je le dis. Je le dis en toute sincérité et sérénité.

En ce qui concerne les économies liées au raccourcissement de la durée de séjour en maternité après un accouchement, la mesure qui a été prise vise à mettre en phase la durée de facturation actuelle (4,6 jours) avec la durée réelle (4,1 jours).

La mesure ne touche donc pas à la durée de séjour réel pour l'instant pour la mère et pour l'enfant et je l'ai déjà dit à plusieurs reprises, notamment lors de la discussion du budget. Par comparaison avec d'autres pays européens disposant d'un système de sécurité sociale et de soins de santé, le séjour en Belgique est encore considérablement plus long. Raccourcir la durée de séjour moyennant des adaptations des modalités de soins en périnatal et en postnatal n'est donc pas irréaliste.

Cela étant dit, la question que vous posez par rapport au dépistage des enfants a aussi été posée quelques fois. Les données disponibles pour 2011 montrent en effet que 41 % des femmes avaient une durée de séjour qui n'excédait pas les 4 jours, auxquelles s'ajoutent près de 1 500 accouchements en ambulatoire, c'est-à-dire à domicile ou en hôpital de jour. Dans ces cas, les dépistages sont réalisés à la maison et cela se déroule bien.

Cela ne signifie pas que 41 % des enfants échappaient au dépistage. Les hôpitaux ont la responsabilité de sensibiliser la maman, et j'espère aussi son partenaire, pour qu'elle réalise les tests ultérieurement à l'hôpital ou en dehors. Il faut également sensibiliser les Communautés, le dépistage des nouveau-nés relevant de leurs compétences, comme vous l'avez rappelé. Il n'est en effet pas nécessaire que le nouveau-né soit hospitalisé pour réaliser les tests.

Actuellement, la question de l'accompagnement et les modalités de réalisation de projets qui viseraient à encadrer les jeunes mamans quittant la maternité plus rapidement est actuellement à l'examen au sein de mes services. Le dépistage néonatal systématique via le prélèvement d'échantillons de sang est un élément qui devra être pris en considération, en étroite concertation avec les entités fédérées dans le cadre de tels projets afin que ce dépistage couvre l'ensemble des nouveau-nés.

En ce qui concerne les économies prévues dans le budget des moyens financiers à hauteur de 18,7 millions d'euros, l'objectif du gouvernement est en effet de réaliser cette économie dans le cadre du budget 2015. Les discussions sont encore en cours au sein du Conseil national des établissements hospitaliers pour savoir dans quelle mesure les hôpitaux peuvent réaliser ces économies sur les maternités en écourtant la durée des hospitalisations. Des pistes alternatives sont aussi examinées pour réaliser des économies.

Pour l'heure, je ne souhaite donc pas préjuger du résultat de ces discussions au sein du Conseil national des établissements hospitaliers, dont j'attends l'avis.

17.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, même si ce n'était pas l'objet de ma question, je ne pourrais pas ne pas répliquer à votre première intervention. Ces décisions ont un impact direct sur les sages-femmes. Vous avez dit à la Chambre en séance plénière, et les comptes rendus en témoignent, que, si ces infirmières ont encore du temps pour se plaindre, c'est qu'elles ne sont pas si débordées.

17.06 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas ce que j'ai dit.

17.07 Catherine Fonck (cdH): Excusez-moi, je ne vous ai pas interrompue durant votre réponse.

17.08 Maggie De Block, ministre: C'est une mauvaise interprétation de mes propos. C'est une méthode malhonnête!

La **présidente**: Nous allons considérer que le compte rendu de cette commission vous permet de dire ce que vous avez voulu dire.

17.09 Catherine Fonck (cdH): Si j'avais eu le plaisir de pouvoir intervenir en séance plénière – et cela ne me pose pas de problème que l'on change les règles des débats du jeudi ...

17.10 Maggie De Block, ministre: (...)

17.11 Catherine Fonck (cdH): Non, parce que, dans le cadre des questions d'actualité, on ne peut pas répliquer. Si j'en avais eu la possibilité, je ne l'aurais pas fait sur *Twitter*; je vous l'aurais dit tout de suite, droit dans les yeux!

Vous nous déclarez qu'on ne touche pas à la durée de séjour. Dès lors, je me demande bien comment les hôpitaux doivent économiser 18,7 millions d'euros. Faut-il rappeler que, selon l'étude MAHA, 40 % d'entre eux sont dans le rouge?

17.12 Maggie De Block, ministre: (...)

17.13 Catherine Fonck (cdH): Je vais peut-être essayer de terminer, ce sera plus simple!

Madame la ministre, je vous signale que vous nous aviez raconté voici quelques mois que ce n'était pas 18 millions, mais 11,7 millions. Les rapports en font foi. Vous aviez d'ailleurs communiqué à ce sujet. Entre-temps, c'est devenu 18 millions.

Par ailleurs, vous prétendez que cela n'aura pas d'impact sur les hôpitaux. Alors vous ne pouvez pas le comptabiliser dans vos économies. C'est une manière de bien enrober l'histoire, mais personne n'est dupe.

Nous verrons si ces 18 millions seront in fine réinvestis en faveur des sages-femmes en termes d'accompagnement de qualité de la mère et du nouveau-né à domicile, ainsi que je l'ai plaidé de longue date.

J'ai des doutes en la matière, d'autant plus lorsque je vois la manière avec laquelle vous avez calculé ces 18,7 millions d'euros. Le fait de dire que le dernier demi-jour représente le même coût à charge de l'hôpital que les premiers jours à la maternité n'est pas intellectuellement honnête.

En ce qui concerne le dépistage, ce sont évidemment des moyennes. En pratique, vous dites qu'aujourd'hui, cela n'empêche pas ceux qui partent après quatre jours d'avoir leur dépistage. Certes, j'ai rappelé que les dépistages se faisaient entre 72 et 120 heures mais vous n'abordez pas la problématique des sorties les week-ends où ces dépistages ne sont pas réalisés. Je ne vais pas rentrer dans des détails techniques, mais c'est une réalité.

Par ailleurs, si on veut une moyenne qui baisse à quatre jours, cela signifie qu'un certain nombre de mamans quitteront la maternité beaucoup plus tôt qu'actuellement. C'est vrai que le nouveau-né ne doit pas être hospitalisé pour passer ces tests, mais l'enjeu est d'éviter que des nouveau-nés échappent à ces dépistages. Rater le diagnostic d'une hypothyroïdie congénitale à la naissance simplement parce que le nouveau-né n'a pas fait le test, cela peut avoir des impacts extrêmement importants si le diagnostic est tardif.

J'attends de voir les effets sur les sages-femmes. Si elles tirent la sonnette d'alarme, ce n'est pas pour rien. Par ailleurs, j'attends de voir si les discussions en cours au Conseil national des établissements hospitaliers déboucheront sur une solution.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

18 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le monitoring cardio-respiratoire du nourrisson" (n° 3444)

18 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de cardiorespiratoire monitoring van zuigelingen" (nr. 3444)

18.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, en 2014, la Commission nationale médico-mutualiste avait proposé de faire trois millions d'économies en matière de polysomnographie, en prévoyant des conditions beaucoup plus restrictives pour le remboursement de cette technique. Sur la base de relevés de littérature, les pédiatres s'étaient alors vivement opposés à cette proposition.

Malheureusement, vous avez décidé d'adopter cette mesure visant à restreindre les conditions de prise en charge de cette technique. Ainsi, à partir du 1^{er} avril 2015, si le test pourra bénéficier et surtout être remboursé aux parents d'enfants nés prématurés ou présentant une malformation ou des troubles neurologiques, ce ne sera plus le cas pour les bébés de mères toxicomanes ou les frères et sœurs de bébés décédés de mort subite. D'autres restrictions relatives à la durée du monitoring et à l'enveloppe budgétaire prévue pour les institutions partenaires sont également prévues.

Madame la ministre, quelle économie avez-vous prévue par cette mesure? Combien d'enfants ne pourront-ils pas bénéficier de ce test pour atteindre l'économie prévue? Cette économie se justifie-t-elle, alors même que des effets pervers ont été démontrés?

Le décès d'un enfant de mort subite est un événement extrêmement traumatisant pour les parents et pour la fratrie de l'enfant. Comment justifiez-vous le fait de refuser le remboursement du monitoring pour un enfant né ultérieurement? Des *case reports* ont été publiés en la matière. Dans certains cas, il est clair qu'en l'absence d'un tel monitoring, les frères ou sœurs de bébés décédés de mort subite auraient connu le même sort tragique.

Le risque lié à l'absence d'un tel remboursement est le développement d'un marché parallèle. Les parents inquiets par de mauvais résultats de tests loueront des appareils de surveillance à des sociétés privées qui conduisent à un surcoût, ne présentent pas toujours la même sécurité que les appareils des hôpitaux et ne sont pas accompagnés de la même information et du même suivi. Ce sont là aussi des questions qu'il faut pouvoir prendre en considération.

18.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, je peux vous confirmer qu'une nouvelle réglementation en matière de monitoring cardio-respiratoire des nourrissons à leur domicile est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015.

Pour l'instant, il n'y a aucun changement en matière de financement des recherches polysomnographiques.

Il ressort clairement d'un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé que l'examen polysomnographique et le monitoring à domicile ne peuvent pas diminuer le nombre de cas de morts subites de nourrissons. Il n'a jamais été démontré scientifiquement que le nombre de ces derniers baisse dans un pays lorsque le monitoring cardio-respiratoire à domicile y est introduit. C'est étonnant, mais il en est ainsi.

Toutefois, pour certains groupes à risques, un monitoring est indiqué. Je pense ici notamment aux nourrissons étant régulièrement victimes d'accidents cardio-respiratoires.

Sur la base de la nouvelle réglementation, les dépenses annuelles de l'assurance pour le monitoring à domicile passeront probablement, à l'avenir, de 4 600 000 euros (chiffre pour 2013) à 2 569 000 euros.

L'existence d'un petit risque que certains parents décident de louer ou d'acheter eux-mêmes du matériel de monitoring ne constitue en aucun cas un argument valable pour continuer à rembourser les frais inhérents à l'usage du monitoring pour des enfants à qui ce monitoring n'apporte aucune plus-value sur le plan médical.

Deux groupes cibles de l'ancienne réglementation n'ont pas été repris dans la nouvelle réglementation. Tout d'abord, les enfants nés de mère toxicomane ayant continué à consommer des drogues dures durant leur grossesse. En effet, ces enfants sont hospitalisés aussi longtemps qu'ils sont sous l'influence de la drogue.

Durant cette hospitalisation, ils sont placés sous monitoring. À partir du moment où ils sont sevrés et qu'ils peuvent sortir de l'hôpital, un monitoring cardio-respiratoire n'est normalement plus nécessaire.

Ensuite, si les frères et les sœurs d'enfants décédés de mort subite sont en parfaite santé, il n'y a aucune raison médicale de les placer sous monitoring.

Ces conclusions ont résulté d'études scientifiques. La décision n'a pas été prise brusquement, en occultant le décès d'un bébé de mort subite. Un tel décès peut aussi survenir après la période de monitoring. Au cours de mes vingt-cinq années de pratique en tant que médecin traitant, j'ai malheureusement vécu le cas.

Je suis convaincue que la nouvelle réglementation mènera à une meilleure utilisation des moyens publics de l'assurance soins de santé sans qu'elle ne diminue la qualité des soins pour les nourrissons et n'entraîne une augmentation du nombre de cas de mort subite.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, annuellement, cinquante à soixante nourrissons décèdent de mort subite en Belgique. Dans des situations à risque élevé de mort subite, notamment pour les enfants prématurés, en cas de malformations ou de troubles neurologiques, pour les enfants de mères toxicomanes et pour les frères et sœurs de bébés décédés de mort subite, on sait que le risque de décéder de mort subite n'est pas de 1 sur 1 500 mais bien de 1 sur 150. C'est beaucoup plus important que pour la moyenne des nourrissons.

Peut-être que des excès avec des prescriptions inutiles en matière de monitoring cardio-respiratoire des nourrissons ont été commis. Mais, dans le même temps, je ne suis pas sûre que passer de presque tout à quasiment rien soit raisonnable, compte tenu du risque beaucoup plus élevé de mort subite pour les catégories que je viens d'énoncer.

Par ailleurs, la manière dont cela se fait va surtout entraîner le développement d'un marché parallèle; on va peut-être continuer à placer des nourrissons sous monitoring alors qu'il n'y a pas de raison et, à l'inverse, pour les nourrissons à risques, on pourrait ne plus le faire. En la matière, on aurait pu avoir une approche moins brutale et plus axée sur des situations à risques, qui restent aujourd'hui connues.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 3678 et 4075 de Mme Catherine Fonck sont transformées en questions écrites.

19 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "palliatieve sedatie" (nr. 4066)

19 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sédation palliative" (n° 4066)

19.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een vraag over palliatieve sedatie.

Begin maart 2015 traden de bisschoppen van België naar voren met een opiniestuk over euthanasie. Zij verklaarden te vrezen dat de grenzen van de euthanasiewet systematisch worden overschreden. Hun woordvoerder beaamde dat. De bisschoppen gaan er volgens hem van uit dat er veel euthanasie gebeurt waarop geen controle bestaat, omdat die gevallen niet worden gerapporteerd.

Dat is een vreemde assumptie, aangezien de wet dat uitdrukkelijk verbiedt.

Uw partijgenoot, de heer Patrick Vankrunkelsven was er dan ook snel bij om er in de pers op te wijzen dat euthanasie moet worden gerapporteerd. Meer nog, waar strenge regels en zorgvuldigheid gelden voor euthanasie, is dat niet het geval voor palliatieve sedatie. Aldus bestaat de kans dat artsen die levensbeschouwelijke problemen met euthanasie hebben, zonder enige controle wel palliatieve sedatie kunnen toepassen.

Eind maart verscheen een studie van professor Johan Bilsen en dokter Sam Rys van de Vrije Universiteit

Brussel over palliatieve sedatie in woonzorgcentra. Daaruit blijkt dat artsen bij ruim een derde van de gesedeerde bewoners niet enkel de bedoeling hadden hun pijn te verlichten, maar ook het leven te verkorten. In nog eens 5 % van de gevallen was dat laatste zelfs de expliciete bedoeling.

De conclusies van de onderzoekers zijn dan ook opmerkelijk. De praktijk van palliatieve sedatie wordt volgens de heer Rys onvoldoende afgebakend. Artsen beginnen misschien met palliatieve sedatie om de pijn van terminale patiënten te bestrijden. Daarna echter komt de familie, die van oordeel is dat het te lang duurt. Op het einde kan het ook minder kwaad, wanneer de oudere patiënt ten gevolge van die sedatie overlijdt. De artsen verlaten dus onderweg hun oorspronkelijke uitgangspositie.

Een tweede verklaring van de heer Rys is dat in bijna vier op de tien gevallen er iets anders gebeurt dat aan elke controle of evaluatie ontsnapt. Men zou van trage euthanasie kunnen spreken, met dat verschil dat euthanasie aan strikte regels is onderworpen en moet worden geregistreerd, terwijl dat met deze vorm van levensbeëindiging niet het geval is.

De reden waarom officieel niet voor euthanasie wordt gekozen, is volgens de onderzoekers dan ook de volgende. Ik citeer: "Ofwel omdat het beleid van het woonzorgcentrum geen euthanasie toelaat, ofwel omdat de artsen zelf sedatie verkiezen, soms ook om de euthanasieprocedure te omzeilen".

Dat zijn opvallende resultaten. Dat palliatieve sedatie zo vrij wordt toegepast, staat in schril contrast met het beleid rond euthanasie. Sommige bronnen melden dat één palliatieve sedatie op tien fout zou aflopen.

Palliatieve sedatie wordt acht keer meer uitgevoerd dan euthanasie. Het grootste verschil met euthanasie is dat de arts zonder toestemming van de patiënt daartoe kan beslissen.

Ik heb dan ook de volgende vragen. Bent u op de hoogte van deze discrepantie in de registratieprocedure en het wettelijk kader tussen palliatieve sedatie en euthanasie?

Hoe kan worden vermeden dat palliatieve sedatie tot trage, niet volgens de wet uitgevoerde euthanasie verwordt, vaak toegepast door sommigen om geen wettelijke procedure te moeten volgen?

19.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Vercammen, het onderzoek brengt inderdaad duidelijk naar voren dat dienaangaande nog werk te doen is op het terrein. De kous is niet af met het scheppen van een wettelijk kader inzake euthanasie. De resultaten van het onderzoek waar u naar verwijst worden nu nog door mijn diensten bestudeerd om te zien wat wij op het terrein kunnen gaan doen om zulke situaties eventueel te vermijden.

Er is inderdaad een essentieel onderscheid tussen wat verstaan wordt onder palliatieve sedatie en euthanasie of actieve levensbeëindiging. De intentie van de palliatieve sedatie kan alleen symptoombehandeling zijn, zoals pijnbestrijding bij de patiënt. De medicatie die daarvoor wordt toegediend moet ook proportioneel zijn om te voldoen aan de doelstelling van pijnbestrijding, maar mag er niet op gericht zijn het leven te verkorten of te beëindigen. Een eerste belangrijk aspect is dus de dosis van bepaalde middelen die men aan een patiënt toedient. Sommige middelen passen helemaal niet bij pijnbestrijding maar worden wel gebruikt bij euthanasie.

Wanneer de arts bij palliatieve sedatie zou beslissen het stervensproces te versnellen, bijvoorbeeld omdat de sedatie veel langer duurt dan verwacht, dan moet de procedure zoals bepaald in de wet van 28 mei betreffende de euthanasie, worden nageleefd. Anders handelt de arts niet conform de bepalingen van die wet. Men kan niet zomaar het ene in het andere laten overgaan zonder dat aan de procedure — schriftelijke toestemming van de patiënt, tweede advies door een LEIF-arts, dat nu trouwens ook wordt terugbetaald, enzovoort — wordt voldaan.

De bisschoppen van België hebben een opiniestuk gepubliceerd over euthanasie. Het is een thema dat alle burgers in ons land aanbelangt en ook zij zijn burgers van dit land.

Wat betreft het wettelijk kader en eventuele aanpassingen, moeten wij op een ruime maatschappelijke consensus, een draagvlak, kunnen rekenen. Welke plaats is beter geschikt dan het Parlement om na te gaan of het wettelijk kader moet worden aangepast en of er binnen deze assemblee een maatschappelijk draagvlak voor te vinden is?

Dat debat zal waarschijnlijk worden vervolgd, maar intussen nemen wij dat onderzoek ernstig en wordt er nagegaan wat wij eventueel al kunnen doen om de beschreven schrijnende situaties aan te pakken. Een op tien van die patiënten ondervindt nadeel van dergelijke poging tot verdere of te hoge dosis palliatieve sedatie, met een bizar verloop. Dit is te ernstig en getuigt van weinig respect bij het omgaan met het levenseinde van een patiënt.

Dit debat moet dus inderdaad worden voortgezet, in deze commissie of in het halfroond. Het laatste woord hierover is nog niet gezegd.

19.03 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord.

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

20 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod voor homo- en biseksuele mannen om bloed te geven" (nr. 4078)
- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod voor homo- en biseksuele mannen om bloed te geven" (nr. 4109)

20 Questions jointes de

- Mme **Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction du don de sang par les hommes homo- et bisexuels" (n° 4078)
- Mme **Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction du don de sang par les hommes homo- et bisexuels" (n° 4109)

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is afwezig.

20.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zoals u natuurlijk weet, denkt Nederland eraan om zijn donorselectiebeleid opnieuw onder de loep te nemen. De reden is een oordeel van het Nederlandse College voor de Rechten van de Mens dat zegt dat de uitsluiting van homo- en biseksuele mannen als discriminerend kan worden beschouwd. Ook in België is er een gelijkaardige omkadering bij het bloed geven want mannen, die seks hebben gehad met andere mannen, mogen geen bloed doneren en dit levenslang.

In *De Artsenkrant* van 17 april heb ik gelezen dat het Rode Kruis, dat gedurende twee jaar een systematische *review* heeft gedaan van de wetenschappelijke literatuur omtrent dit thema, erg terughoudend reageert ten aanzien van een eventuele aanpassing van die voorzorgsmaatregel. Het Rode Kruis meent dat het wetenschappelijk onderzoek vandaag onvoldoende bewijs biedt om de maatregel te wijzigen. In afwachting van meer en beter onderzoek vraag het Rode Kruis het huidige beleid te behouden. Enkel een aanpassing van de termijn van uitsluiting is volgens de organisatie wel te overwegen.

Ik lees in hetzelfde artikel ook dat u advies zou hebben gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad.

Ik kom dan tot mijn vragen. Heeft u dit advies inderdaad opgevraagd? Heeft u het advies al ontvangen of wanneer mogen wij het verwachten? Wat is eigenlijk uw standpunt? Acht u een aanpassing van het huidig beleid wenselijk? Wat is uw mening inzake een aanpassing van minstens de termijn van uitsluiting?

20.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Peel, er is ter zake inderdaad wat gaande in de ons omringende landen.

In de eerste plaats ben ik van mening dat ook in de transfusiegeneskunde de risico's voor de ontvanger, de patiënt die bloedproducten krijgt, tot een absoluut minimum moeten worden beperkt.

Het Europese Hof van Justitie heeft in een uitspraak inderdaad gesteld dat homoseksuele mannen onder voorwaarden kunnen worden uitgesloten voor het geven van bloed en dit in het kader van een vermeende discriminatoire uitsluiting van deze personen in Frankrijk.

Ik heb ook een juridisch advies gevraagd aan de diensten van het FAGG over de juridische waarde van deze uitspraak. Welke voorwaarden kunnen worden opgelegd? Volstaat een verklaring op eer? Men heeft

het onder andere ook over “geen seksuele contacten gedurende het laatste jaar vóór de bloedafname”.

Het Hof stelt onder meer dat nagegaan moet worden of, voor mannen die seksuele betrekkingen hebben met mannen, het hoger risico van het krijgen van bloed met overdraagbare infectieziektes en ziektes zoals hiv nog steeds bestaat in Frankrijk. Ook moet worden gekeken of er minder belastende technieken bestaan die toch de veiligheid en de gezondheid van de ontvanger garanderen, met andere woorden, waarschijnlijk andere opsporingstests dan diegene die nu gebeuren.

Aan de Hoge Gezondheidsraad heb ik een advies gevraagd over de uitsluitingscriteria voor bloeddonatie in zijn globaliteit. Die vraag reikt ook verder dan enkel infectieuze risico's. Ik heb gevraagd om aan dat project prioriteit te geven binnen de lijst van de talrijke adviesvragen die gesteld worden.

Voorts vindt er overleg plaats tussen mijn kabinet en de bloedinstellingen om kennis te nemen van hun standpunten. Zo kunnen we bekijken welke stappen we kunnen zetten en hoe een en ander juridisch onderbouwd is. Dat is namelijk een belangrijke aangelegenheid die, zoals de heer Senesael in vorige vergaderingen ook al heeft aangekaart, heel veel mensen aangaat.

Ik heb ook goed geluisterd naar de uitleg van Philippe Vandekerckhove. Hij zegt dat bij het Rode Kruis de zaken voorlopig blijven zoals ze zijn. Voor het Rode Kruis gaat het om een uitsluiting op basis van een technische reden, namelijk de veiligheid van het bloed voor de ontvanger, en niet een uitsluiting op basis van een juridische reden, wat tot een discriminatie zou kunnen leiden. Ik neem daarvan nota. Ik vind dat een heel genuanceerde uitleg. Dat neemt echter niet weg dat wij ook moeten nagaan wat er daarmee gebeurt in de ons omringende landen, om vervolgens te evalueren hoe wij daarmee omgaan.

Belangrijk is dat wij dat in alle sereniteit bespreken. Als wij een beslissing nemen, dan moet de veiligheid van de ontvanger gewaarborgd blijven, dus het risico mag niet verhogen ten opzichte van nu. Daar staat tegenover dat wij niet willen discrimineren op basis van seksueel gedrag op zich, maar de veiligheid van het bloed is natuurlijk zeer belangrijk.

20.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, volgens mij zit de volledige commissie op uw lijn. Niemand heeft de bedoeling om te discrimineren. Het belangrijkste is dat wij de veiligheid van het bloed kunnen garanderen. Dat moet voor iedereen zo zijn.

Ik vind het echter wel goed dat u werk hebt gemaakt van het bekijken wat de parameters precies kunnen zijn, zowel technisch als gebaseerd op voorbeelden uit het buitenland, om na te gaan of er ergens kan worden geschoven zonder dat het risico voor de kwaliteit en de veiligheid van het bloed vergroot. Ik volg u daar zeker in en dank u dat u hier werk van maakt.

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

21 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zoutreductie" (nr. 4049)

21 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction de la consommation de sel" (n° 4049)

21.01 Yoleen Van Camp (N-VA): In maart heb ik al een vraag gesteld over de nutritionele verbetering van voedingsproducten. U hebt in uw antwoord verwezen naar een representatief onderzoek door het WIV in 2009 om, bij wijze van nulmeting, de hoeveelheid zout te kennen die door de burgers in België geconsumeerd werd. Het dagelijkse gemiddelde bleek 10,45 gram te bedragen, of iets meer dan het dubbele van de door de WHO aanbevolen maximale hoeveelheid. U vertelde toen ook dat er een andere studie afgerond was waarin nagegaan werd of de doelstelling van het akkoord van 2009, een reductie met 10 % dus, was bereikt. De resultaten daarvan zouden eind maart beschikbaar zijn.

Zijn die resultaten ondertussen beschikbaar? Zo ja, kunt u die even toelichten en nadien eventueel aan ons bezorgen? Nopen de resultaten u tot verdere acties of hebben de resultaten u gerustgesteld? Indien u verdere acties en stappen zult ondernemen in het dossier, welke zullen dat dan zijn?

21.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de tweede zoutstudie, waarnaar u verwees, zou ons

moeten toelaten vast te stellen of de inname van zout door de bevolking sedert 2009 met minstens 10 % is gedaald. Dat was toen ons streefcijfer. Er is een vertraging in de publicatie van de resultaten opgetreden, door, zo zegt men mij, technische problemen bij de verzameling van de stalen en de analyse ervan.

Men heeft mij beloofd dat de resultaten in de loop van juni beschikbaar zouden zijn. Ik meen te weten dat het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid die dan ook meteen zal publiceren. Ik krijg die, maar die worden ook op de website gepubliceerd. Desalniettemin zullen wij ten behoeve van de leden de resultaten ook naar de Kamercommissie doorsturen.

De problematiek werd ook Europees aangekaart. (...) In de meeste Europese landen is men erin geslaagd – in sommige landen is men er met vertraging aan begonnen – het zoutgebruik te reduceren. Het blijkt veel moeilijker om het gebruik van suiker te verminderen en het vetgehalte te reduceren. Men is nu aan het onderzoeken waarom een zoutreductie blijkbaar wel mogelijk is. Zout zat vooral in brood en aanverwante producten. Men heeft het zoutgehalte in die producten heel stilletjes laten dalen. Dan blijkt dat mensen dat brood blijven eten.

Dat zou veel moeilijker gaan waar het om suiker gaat. Suiker is ook een bewaarmiddel. Als men confituur maakt met een ander product dan suiker – en ik noem geen merken, maar er zijn er verschillende op de markt –, blijft die confituur minder lang goed en beschimmelt die vlugger. Het is suiker, dat onze medicijnsiropen langer houdbaar maakt en onze confituur langer houdbaar maakt. Zo is er ook fruitsap met of zonder toegevoegde suikers. Fruitsap met toegevoegde suikers kan langer houdbaar zijn. Sommige consumenten zullen zeggen dat ze iets niet meer kopen, omdat het rapper zuur is of er vlugger schimmel op staat, terwijl het eigenlijk gezond is.

Een probleem daarbij is natuurlijk de open markt. Producten liggen in het magazijn naast elkaar. Daar zijn al studies over uitgevoerd. Als men bijvoorbeeld het suikergehalte in één product doet dalen, ziet men dat het aantal consumenten dat het product koopt, na een tijd vermindert. Consumenten zullen het product met de meeste suiker kopen, ook al is dat ongezonder.

Het wordt alleszins interessant om te debatteren over de vraag hoe we het koop- en eetgedrag van de consumenten naar gezonde producten kunnen beïnvloeden. Dat is een van de bezorgdheden van de WHO en vooral van de Europese lidstaten, omdat er een sterk verband is tussen bepaalde hart- en vaatziekten en het zoutgehalte of het calorogene gehalte, gelet op onze sedentaire levensstijl.

21.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat klopt. Het is dan ook een belangrijke bekommernis van onze fractie, waarvoor wij meer initiatieven verwachten.

Ook zout is een belangrijk bewaarmiddel. Daar is wel een reductie bereikt. Ik ben het ermee eens dat samen met de sector bekeken moet worden hoe wij het suikergehalte naar beneden kunnen halen.

Het blijft belangrijk ook zout op te volgen. Wij weten dat het probleem in omvang afgenomen is. Wij kunnen echter niet met zekerheid zeggen dat hier niet meer op ingezet moet worden.

Ik heb nog één vraag. Is de studie die vertraging heeft opgelopen, een andere studie dan de gezondheidsenquête, waar u in uw vorig antwoord naar verwezen hebt?

21.04 Minister Maggie De Block: Ja, de studie gaat over de verwerking van gegevens in het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. De gezondheidsenquête was eigenlijk een bevraging van mensen over hun eetgewoonten en consumptiegedrag. Dat zijn twee verschillende zaken, maar we kunnen ze inderdaad naast elkaar leggen.

21.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Inderdaad. Dan zal ik hierover in juni een nieuwe vraag indienen.

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

22 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werkgroep over suiker" (nr. 4050)

22 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le

groupe de travail sur le sucre" (n° 4050)

22.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, op 31 maart werd in deze commissie door mevrouw Dedry een vraag gesteld inzake het tijdschema met betrekking tot de werkzaamheden van de werkgroep over suiker. U antwoordde toen dat er in 2012 een werkgroep werd opgericht in het kader van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan over energiereductie. In die werkgroep zetelen onder anderen personen van uw administratie, wetenschappelijke experts en vertegenwoordigers van de verschillende segmenten uit de voedings- en horecasector. Het doel van deze werkgroep is om te komen tot een vermindering, niet alleen op het vlak van suikers maar ook op het vlak van verzadigde vetten en transvetten.

Eind april, begin mei ten laatste zou deze werkgroep terug samenkomen, volgens het antwoord dat u op 31 maart aan mevrouw Dedry gaf. Is deze werkgroep de voorbije weken inderdaad samengekomen? Kunt u een lijst geven van wie daar allemaal aanwezig was of zal zijn, indien de vergadering nog moet plaatsvinden?

Als deze werkgroep al is samengekomen, werden er dan al concrete afspraken gemaakt en concrete maatregelen genomen? Werd er een tijdschema opgesteld binnen hetwelk wij de eventuele maatregelen mogen verwachten?

Voor wanneer is de volgende bijeenkomst van deze suikerwerkgroep gepland?

22.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, in de werkgroep energiereductie zijn de voedingsindustrie en de diverse deelsectoren vertegenwoordigd, ook de grootdistributie, de horeca, mijn administratie en wetenschappelijke experts. De werkgroep heeft inderdaad tot doel om tot verminderingen te komen op het vlak van de hoeveelheid vetten, zowel verzadigde vetten als transvetten, toegevoegde suikers en de grootte van de porties.

Men heeft ervoor gekozen om eerst een bilateraal overleg te houden, alvorens de werkgroep samen te brengen in zijn plenaire samenstelling. Er is al met de sector van de sojaproducten en met de margarine-sector overleg gepleegd. Andere bilaterale ontmoetingen zijn gepland in de loop van de maand mei, onder andere met de graansector, de zuivelsector en de grootdistributie. Pas daarna zal men terugkeren naar de plenaire setting. Het is natuurlijk belangrijk om met de diverse sectoren al bilaterale contacten te hebben en zo de knelpunten en gevoeligheden die betrekking hebben op hun eigen sector en bevoegdheid aan te pakken, alvorens iedereen samen rond de tafel te brengen.

Het blijft een streven om samen met de sectoren tot een engagement over concrete reducties te komen. Het is belangrijk dat de impact meetbaar is, maar het engagement moet ook haalbaar zijn voor de gesprekspartners. Het gaat om producten op de markt. Hun bezorgdheid is natuurlijk dat, als zij een reductie doen, hun product niet meer zal worden gekocht en verbruikt. Men kan de gevoeligheid van beide kanten begrijpen, en dus ook de gevoeligheid van de onderhandelingen. Daarom werd gekozen om eerst een aantal bilaterale ontmoetingen te organiseren. Dat is niet per se tijdverlies, want zij kunnen sneller leiden tot een consensus in de plenaire vergadering.

22.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, wanneer zullen zij samenkomen?

22.04 Minister Maggie De Block: Bedoelt u de plenaire vergadering?

22.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Ja.

22.06 Minister Maggie De Block: Dat weet ik niet. In de maand mei is dat voor de graansector, de zuivelsector en de grootdistributie. Er zijn er al twee aan de beurt. Ik zal mij verder moeten informeren over wanneer de plenaire vergadering zal plaatsvinden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 4087 van de heer Senesael wordt uitgesteld.

23 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over

"de niet-invasieve prenatale test (NIPT)" (nr. 4096)

23 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif (DPNI)" (n° 4096)

23.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik kom terug op een vraag die ik u in maart heb gesteld over de NIPT.

In de loop van de paasvakantie is deze materie terug onder de aandacht gekomen, onder meer door een artikel in *De Morgen*. Daarin werd naar een Amerikaans-Zweedse studie verwezen, die begin april werd gepubliceerd in *The New England Journal of Medicine*. Die studie toont aan hoe goed de niet-invasieve prenatale test of NIPT werkt.

Dankzij de NIPT konden artsen in alle 38 gevallen Down detecteren. Slechts 9 vrouwen hadden een vals-positief resultaat. De klassieke combinatietest, waarbij de leeftijd, de waarden van enkele hormonen in het bloed en de nekplooi meting doorslaggevend zijn, haalde er 30 van de 38 gevallen uit en had 854 keer een vals-positief resultaat.

Dit onderzoek was voor heel wat gynaecologen de aanleiding om nog eens te pleiten voor een terugbetaling van de NIPT voor iedereen.

Dat dit de Staatskas extra geld zou kosten, is volgens deze professoren absoluut geen zekerheid. Volgens hen kost de klassieke combinatietest ook veel geld: de nekplooi meten, het neusbeen meten, de hartklep bestuderen, de bloedafname en de puncties.

De argumentatie is dat, als bij iedereen een NIPT wordt uitgevoerd, een heleboel vals-positieven kunnen vermeden worden, alsook dure vruchtwaterpuncties of vlokkentesten.

Mevrouw de minister, hebt u al een terugbetalingvoorstel ontvangen van de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV? Deelt u de mening van die professoren dat de test niet enkel bij risicogroepen zou moeten worden toegepast maar bij iedereen? Wat zijn dan de argumenten in positieve of negatieve zin?

Gaat u akkoord met de visie van diezelfde professoren dat het opleggen van zo'n test voor iedereen een nuloperatie voor de Staatskas zou zijn?

Wat is de kostprijs van de klassieke combinatietest? Wat is de kostprijs van de vals-positieven die nadien een vruchtwaterpunctie of vlokkentest moeten ondergaan?

23.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, er zijn inderdaad besprekingen over een terugbetalingsvoorstel bezig binnen de Technisch Geneeskundige Raad. Met een kost van 390 euro per test zoals het College van de Belgische Genetici vorige week heeft voorgesteld, betekent een terugbetaling in de eerste lijn voor alle zwangere vrouwen een meerkost van 28 miljoen euro per jaar. Dat valt af te leiden uit het rapport van het Kenniscentrum.

Opdat de terugbetaling voor iedereen kosteneffectief zou zijn, wat betekent dezelfde kost per screening als vandaag, zou de prijs van de NIPT moeten zakken tot 150 euro per test. Dan zou de budgettaire meerkost nog altijd om en bij de 4 miljoen euro per jaar bedragen. Dat lijkt mij echter een redelijk bedrag te zijn. De prijs is dus nog niet laag genoeg om het zomaar te implementeren voor iedereen.

Daarom werd op mijn vraag door de Technisch Geneeskundige Raad enkel een voorstel gedaan voor terugbetaling in de tweede lijn, wat betekent voor risicogroepen. Volgens het rapport van het Kenniscentrum werd de screening van het eerste trimester op 82,42 euro geschat. De invasieve test verbonden aan een positief resultaat wordt op 934 euro geschat. Dat is dus meer dan tien keer zoveel. De invoering in stappen, eerst voor de risicogroepen – het zijn deze die nu een invasieve test ondergaan – zal natuurlijk niet kunnen vermijden dat er in een aantal gevallen toch nog een punctie bovenop komt.

Het blijft immers een screeningtest. Wij moeten voorzichtig zijn met te beweren dat het alle latere puncties zal vermijden. Dat zal in een aantal gevallen maar niet in alle gevallen kloppen. Het blijft immers een screeningtest, die weliswaar accuraat is. U weet dat er bepaalde gevallen zijn waarin er toch voor wordt geadviseerd een punctie te doen.

Ik wacht dus op het advies van de Technisch Geneeskundige Raad. Wij staan echter klaar.

Wanneer zal het dossier klaar zijn? Ik kan moeilijk bij acht grote administraties elke dag vragen wanneer en hoe aan het dossier wordt doorgewerkt. In mijn administratie is er nochtans veel wil om hard te werken. Ik kan echter niet het onmogelijke van hen vragen. Ik ben dus een beetje geduldig wanneer het daarover gaat. Zij moeten immers ook grondige besprekingen voeren.

23.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij volgen ook dat dossier nader op.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 4130 van mevrouw Van Hoof wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

La question n° 4135 de M. Blanchart est reportée.

24 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wachtdienstorganisatie voor de artsen in Brussel" (nr. 4178)

24 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation du service de garde des médecins de Bruxelles" (n° 4178)

24.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, in november heb ik u al gevraagd naar de voorgestelde samenwerking tussen de Nederlandstalige Brusselse huisartsenkring en haar Franstalige tegenhanger FAMBG met betrekking tot de wachtdienstorganisatie. Op dat moment was een beslissing door de Brusselse Huisartsenkring (BHAK) over de samenwerking nakend.

Ik schets opnieuw de problematiek en beklemtoon dat het vooral bij urgente zorg cruciaal is om een zorgverlener te hebben die de taal van de patiënt machtig is. In Brussel hebben Nederlandstalige patiënten het recht op zorg in hun eigen taal, ook in het kader van een wachtdienst. Er is in principe geen bezwaar tegen een samenwerking tussen de Nederlandstalige en Franstalige Brusselse huisartsenkringen met het oog op de organisatie van een wachtdienst, maar Nederlandstalige patiënten moeten de zekerheid hebben dat ze in hun taal geholpen worden, zowel bij de telefonische oproep wanneer ze terechtkomen bij een callcentrum, als bij het onthaal in de wachtpost als bij de behandelende huisarts. De huidige organisatie van de Nederlandstalige wachtdienst staat garant voor Nederlandstalige zorg op elk niveau tijdens en buiten de officiële wachturen.

Het voorstel van samenwerking is in vergelijking met de huidige situatie een enorme achteruitgang op het vlak van de Nederlandstalige dienstverlening. Nochtans leidt het gebrek aan tweetaligheid tot schrijnende toestanden, met een verhoogd risico op verregaande medische gevolgen, mogelijk zelfs de dood. Als huisarts bent u zich daar allicht van bewust. Juist door de bezorgdheid van vele Nederlandstalige Brusselse huisartsen over het gebrek aan garanties met betrekking tot de Nederlandstalige dienstverlening, stemde in november maar een nipte meerderheid van de BHAK-leden voor een samenwerking met FAMBG, vooral gekleurd door de tekorten in eigen kringen. Toen gold echter een regel bij het RIZIV dat de ingrijpende beslissing over de samenwerking met een meerderheid van 70 % moest worden aangenomen. Vandaar dat de samenwerking toen geen vorm kreeg.

Op 27 maart 2015 werd, totaal onverwacht, de samenwerking opnieuw voorgelegd aan de leden van BHAK. Even onverwacht bleek dat het RIZIV de regels had bijgesteld. Terwijl voorheen een meerderheid van 70 % ja-stemmen vereist was, bleek dat plots niet meer nodig. Het BHAK werd dan ook geconfronteerd met de beslissing van de VGC om de gebouwen, die de organisatie al 36 jaar gebruikt voor de wachtdienst, ineens te verkopen.

Bij de stemming in november gold de 70 %-regel, waarbij de beslissing tot samenwerking met de FAMBG enkel kon worden genomen met 70 % ja-stemmen. Bij de stemming van maart heeft het RIZIV plots beslist dat die meerderheid plots niet meer nodig is. Wie heeft beslist om die regel te wijzigen en de samenwerking toe te staan met een gewone meerderheid in plaats van een 70 %-meerderheid? Waarom is dat precies beslist? Wanneer is dat beslist? Wanneer en hoe werd de wijziging gecommuniceerd naar de BHAK-leden?

De coördinator van het project is Nederlandsonkundig, ondanks het feit dat zij het project al drie jaar coördineert. Bij mijn vraagstelling in november liet u weten dat u dat zou onderzoeken. Is dat ondertussen gebeurd? Wat zijn uw bevindingen? Vindt u het noodzakelijk voor het project dat de coördinator wel degelijk tweetalig is? Zult u het tijdelijk contract van de coördinator verlengen? BHAK heeft zich immers nooit willen verbinden tegenover een Nederlandsonkundige coördinator.

De wachtdienst is een openbare dienst. Het is, zoals ook wettelijk bepaald, verplicht om de tweetaligheid te garanderen. U zei zelf dat in de financieringscontracten steeds wordt geëist dat de wachtorganisatie rekening houdt met de taalkundige samenstelling van de bevolking. Biedt u nu dezelfde garanties op het vlak van de tweetaligheid in het kader van de wachtdienst, georganiseerd door de twee kringen, als dewelke worden aangeboden in het kader van de huidige organisatie van de wachtdienst door het BHAK? Welke exacte garanties biedt u, buiten een zinnetje op papier, dat de twee- of meertaligheid wel zal worden gegarandeerd? Er is sprake van een voorafgaande taaltest door Selor voor de Franstalige huisartsen. Kloppen die bevindingen? Is er een concrete voorafgaande taaltest voor het personeel van het callcenter en het onthaal van de wachtpost? Zo ja, welke?

Wie zal die taaltest afnemen en beoordelen? Welk niveau is er vereist voor welke talen? Wat is de consequentie van het al dan niet slagen voor die test?

Tot slot, in het kader van de samenwerking zullen de acht personeelsleden van het huidige callcenter van de Nederlandstalige wachtdienst niet aan de slag kunnen gaan in de nieuwe structuur. Het gaat om tweetalige personeelsleden met jarenlange ervaring. Wat is uw opinie daarover? Kan daar toch nog een mouw aan worden gepast?

24.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ook die vraag komt geregeld terug.

In antwoord op uw eerste vraag kan ik u meedelen dat de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV op 27 februari 2015 communiceerde met de voorzitter van de Brusselse huisartsenkring. Die communicatie ging inderdaad over het percentage van de leden van de kring dat moet instemmen met de wens om onderhandelingen te voeren om de Nederlandstalige en Franstalige huisartsenwachtdienst op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te laten samenwerken.

In een eerste stemming daarover werd aangenomen dat een meerderheid van 70 % nodig was om die beslissing te nemen. Die 70 %-regel geldt echter uitsluitend als het gaat om de oprichting van een nieuwe wachtpost. In het voorliggend geval is er geen sprake van een nieuwe wachtpost, maar van een samenwerking tussen verschillende wachtkringen. De dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV oordeelde daarom dat een gewone meerderheid voldoende was om die beslissing tot samenwerking te nemen.

Het RIZIV heeft dus op geen enkel moment de regels gewijzigd. De kringen blijven bestaan, elk met hun autonomie; het gaat over een eventuele samenwerking tussen beide.

Wat uw tweede, derde en vierde vraag betreft, moet ik u eerst en vooral wijzen op de financieringsmechanismen die momenteel van toepassing zijn ingevolge de beslissingen van het verzekeringscomité van 5 mei 2015, waarbij voor het eerste semester van dit jaar een aantal voorlopige bedragen voor de werking van wachtposten en de algemene coördinatie van het project worden toegekend, zonder verbintenissen ten opzichte van de sommen die voor het globaal project worden gevraagd en waarover later nog beslissingen moeten worden genomen.

Uit de informatie waarover het RIZIV beschikt, is inderdaad gebleken dat over de voorwaarden waarin de inschakeling van de Nederlandstalige huisartsen in het globaal project kan gebeuren, momenteel nog onderhandeld wordt tussen de twee kringen. Men verwacht die onderhandelingen af te ronden tegen het einde van het jaar.

Wat uw tweede vraag betreft, merk ik op dat in de aanwervingsvoorwaarden die destijds aan het RIZIV werden bezorgd, voor de financiering, de tweetaligheid van de coördinator wel degelijk was vermeld. Tweetaligheid is dus een voorwaarde voor de aanwerving. Het is duidelijk dat het, binnen de samengevoegde wachtdienst, voor de Nederlandstalige artsen mogelijk zal moeten zijn om te kunnen communiceren met een coördinator die hen gewoon in hun eigen taal te woord staat. Ik vind dat heel belangrijk. Men kiest voor een coördinator om betere diensten te verlenen aan de patiënten. Het lijkt mij

evident dat de coördinator de Nederlandstalige huisartsen ook in het Nederlands te woord kan staan.

Aangaande uw derde vraag over de tweetaligheid of meertaligheid van de wachtorganisatie, verwijst u terecht naar contractuele clausules die momenteel door de ziekteverzekering worden gehanteerd als voorwaarde voor de financiering.

Een specifieke clausule die de financiering van de huisartsenwachtdiensten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest meer gedetailleerd regelt, is in overweging te nemen. Daar kan dus aan gesleuteld worden, gelet op de specifieke situatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Er is nog een gegeven. Er zijn ook gevolgen verbonden aan de zesde staatshervorming, waarmee wij rekening moeten houden. Eenvoudiger worden de zaken niet, daarover zullen wij het wellicht eens zijn. De erkenning van en de erkenningvoorwaarden voor huisartsenkringen behoren voortaan tot de bevoegdheden van de gefedereerde entiteiten.

De laatste vraag over de personeelsleden van het huidige callcenter van de Nederlandstalige wachtdienst lijkt in de eerste plaats een antwoord te moeten krijgen via het bilateraal overleg tussen de twee betrokken kringen. Nogmaals, dit overleg is nog altijd aan de gang. Ik wijs hierbij de onderhandelaars van de beide kringen graag op hun verantwoordelijkheid om de zorgverstrekking blijvend te garanderen zowel in de Nederlandse als de Franse taal. Wij moeten erover waken dat als er een akkoord is, de garantie blijft dat zowel Nederlands- als Franstalige huisartsen in hun taal contact moeten kunnen leggen met de coördinator en dat de zorgverstrekking aan de patiënten in de twee talen moet kunnen verlopen.

Dit is geen gemakkelijke oefening voor beide kringen. Ik wil optimistisch zijn, maar er zijn tal van hindernissen alvorens zij een oplossing zullen kunnen uitwerken. Ik ben daar zeer gevoelig voor. Wij willen geen stap achteruit zetten wat de veiligheid van de patiënt betreft. Daar ben ik zeer gevoelig voor.

De communicatie moet in de taal van de patiënt kunnen worden gevoerd.

24.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, zal in de clausule bijvoorbeeld een taaltest worden opgelegd?

24.04 Minister Maggie De Block: Dat staat er nu niet in.

24.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Maar bestaat de mogelijkheid?

24.06 Minister Maggie De Block: Er kan worden gepraat over de modaliteiten van wat in die clausule moet komen, om garanties te bieden. Dat is ook een onderdeel van de gesprekken die zij voeren.

24.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Ook daarover zal ik u dan nieuwe vragen bezorgen.

Ik wil wel onderstrepen dat ik het vreemd blijf vinden dat de 70 %-regel ineens is gewijzigd. Het is dezelfde instantie die in de eerste plaats oordeelde dat een 70 %-maatregel nodig is.

24.08 Minister Maggie De Block: Nee, het gaat over de vraag waarop de 70 %-regel betrekking heeft. De 70 %-regel heeft betrekking op het organiseren van een nieuwe Frans-Vlaamse huisartsenwachtpost. Dat is het eerste wat de stemming regelde. Dat werd echter weggestemd.

Het tweede voorstel, namelijk de 50 %-regel, heeft betrekking op het feit dat beide kringen, die blijven bestaan, zijnde de Nederlandse en de Franse wachtkring, een samenwerking zouden kunnen organiseren. Zij zullen geen nieuwe kring vormen. Het zal een samenwerking tussen beide kringen zijn.

24.09 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat was ook al het voorwerp van de eerste stemming.

24.10 Minister Maggie De Block: Nee, de eerste stemming ging over de oprichting van een nieuwe Frans-Vlaamse wachtpost.

24.11 Yoleen Van Camp (N-VA): Het doel was ook om beide posten samen te brengen, wat in die tweede

stemming ook het geval was.

24.12 Minister **Maggie De Block**: Het is niet omdat men met iemand gaat samenwonen, dat hij of zij dezelfde persoon wordt. Het gaat om een samenwerking.

Le **président**: La différence me semble claire.

24.13 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Voor ons is het niet duidelijk.

La **présidente**: Comme vous reviendrez sur la question, vous pouvez affiner, si vous le souhaitez.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La question de Mme Hufkens n° 4214 est reportée. La question de Mme Thoron n° 4217 est reportée. La question n° 4218 de Mme Hufkens est également reportée. Mme De Coninck et M. Terwingen ne sont pas présents pour poser leurs questions n° 4224 et n° 4226.

Mme la ministre, vous restez jusqu'à 18 heures.

Nous allons activer nos travaux. Si les orateurs ne sont pas présents à temps leurs questions seront retirées.

Nous avons encore une question jointe, notamment n° 4237 de Mme Van Camp, n° 4277 de Mme Cassart-Mailleux et n° 4303 de M. Senesael, mais les deux autres orateurs ne sont pas présents.

Mme Van Camp, vous avez la parole.

25 **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw **Yoleen Van Camp** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vroege en eerstelijnsaanpak van obesitas" (nr. 4237)

- mevrouw **Caroline Cassart-Mailleux** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas in België" (nr. 4277)

- de heer **Daniel Senesael** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "obesitas en het voeren van een overlegd voedingsbeleid" (nr. 4303)

25 **Questions jointes de**

- Mlle **Yoleen Van Camp** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge précoce de première ligne de l'obésité" (n° 4237)

- Mme **Caroline Cassart-Mailleux** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité en Belgique" (n° 4277)

- M. **Daniel Senesael** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obésité et la mise en place d'une politique concertée de l'alimentation" (n° 4303)

25.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, vorige week heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid het Vlaams actieplan voeding en beweging toegelicht in het Vlaams Parlement.

Ik kom terug op vragen die ik u al eerder heb gesteld over de toenemende problematiek van overgewicht en obesitas en onderstreept dat de belangrijkste bevoegdheden bij de deelstaten rusten.

Zoals eerder aangehaald zijn er wel enkele hefboomen federaal gebleven, waaronder de terugbetalingen.

Een thema dat aan bod is gekomen bij de gedachtewisseling in het Vlaams Parlement gaat specifiek over de terugbetaling van consultaties bij diëtisten en psychologen. Toevallig is deze problematiek een dag later, op 6 mei, aan bod gekomen in de krant, waar stemmen werden opgelaten over een vervroegde terugbetaling van bariatrische chirurgie vanaf 16 jaar.

Mensen die in België kampen met overgewicht kunnen in feite het beste wachten tot ze obesitas hebben. Dat is een beetje cynisch. Pas dan wordt een behandeling bariatrische chirurgie terugbetaald.

Mensen die hun slechte eetgewoonten willen aanpakken via consultaties bij de diëtist of de onderliggende problematiek via de psycholoog willen aanpakken, blijven in de kou staan en moeten dit uit eigen zak betalen. Nochtans is aangetoond dat vroegdetectie bij obesitas cruciaal is voor het slagen van de behandeling.

Mensen worden dus beloofd om hun problematiek nog verder te laten ontsporen, totdat ze een BMI hebben van 40 of meer of 35 bij diabetes hebben, alvorens ze aanspraak kunnen maken op een eerste tussenkomst van het RIZIV.

De voorwaarde is dat wel een jaar diëten gefaald heeft, maar dat moet de patiënt zelf bekostigen.

Bovendien pakt bariatrische chirurgie de oorzaak niet aan. Ik denk dan bijvoorbeeld aan onderliggende psychologische problemen, slechte eet- en leefgewoonten enzovoort.

Op die manier wordt de cruciale rol van de eerstelijnszorg, diëtisten en psychologen, miskend. Bovendien kan de patiënt ongezond blijven leven, wat ook nefast voor zijn gezondheid is.

Een uitgebreide probleemverkenning is nodig voor gerichte zorg op maat. Depressie na bariatrische chirurgie treedt bijvoorbeeld heel vaak op. Onderzoek heeft ook aangetoond dat suïcide in de 3 jaar na de ingreep verhoogd voorkomt.

Een bepaalde mutualiteit betaalt daarom een screening bij de psycholoog en de diëtist voor een groep mensen terug, bij wijze van proefproject.

Overweegt u om consultaties bij de diëtist en de psycholoog deels terug te betalen en zo in te zetten op een vroeger stadium van het probleem en vooral ook van de aanpak van de oorzaak, alsook de eerstelijnszorg te valoriseren?

Waarom wel of niet? Hebt u ooit laten onderzoeken wat het bespaart als mensen met overgewicht worden behandeld via consultaties bij de diëtist en psycholoog, afgezet tegen de kosten voor bariatrische chirurgie en obesitas? Kent u de slaagpercentages van beide aanpakken, de *outcome* op de lange termijn meegerekend en rekening houdend met bijkomende variabelen zoals depressie, suïcide en kwaliteit van leven?

Bent u op de hoogte van de terugbetaling in het kader van een proefproject bij een mutualiteit?

Staat concreet de hervorming van het KB inzake bariatrie op de agenda en wanneer? Hebt u plannen voor een overgang, weg van een loutere ingreep naar een traject, met een multidisciplinaire voorscreening, met het afstemmen van wenselijke zorg op maat, met terugbetaalde consultaties bij psycholoog en/of diëtist, gevolgd door een driejarige follow-up, met ook hier terugbetalingen voor consultaties bij psycholoog en diëtist?

Hoe wordt momenteel gecontroleerd of een patiënt al een jaar vergeefs geprobeerd heeft te diëten, een criterium om in aanmerking te komen voor bariatrie?

Denkt u eraan om de leeftijdsgrens voor bariatrie, momenteel 18 jaar, te verlagen? Waarom wel of niet?

In Vlaanderen is men al 15 jaar een zorgpad aan het uitbouwen inzake de behandeling van overgewicht, gebaseerd op de WHO-aanbevelingen van *stepped care*, continuïteit van de zorg en multidisciplinariteit. Voor optimaal samenwerken zijn per discipline gerichte stappenplannen en praktijkondersteuning uitgewerkt en is er een bijpassend vormingsaanbod.

Overweegt u een samenwerking, bijvoorbeeld met het Kenniscentrum eet- en gewichtproblemen? Dat heeft de expertise in huis en adviseert de Vlaamse overheid. Het kenniscentrum stoot zelf vaak op overlappingsen in bevoegdheden, waarop u ook vaak wijst. Zou het kenniscentrum niet kunnen worden gedeeld tussen de Vlaamse en federale overheid om coherente beleidsmaatregelen uit te stippelen die zich niet beperken tot de kunstmatige en weinig constructieve opdeling die de zesde staatshervorming heeft veroorzaakt, hetgeen u ook onderschrijft?

Bent u zich ervan bewust dat suïcide na bariatrie een voorkomende problematiek is? Hebt u hier cijfers over

of kunt u ze opvragen? Plant u hieraan tegemoet te komen, bijvoorbeeld door het uitstippelen van een opvolgtraject, gekoppeld aan de terugbetaling?

Ten slotte, hoeveel mensen ondergingen er in de voorbije vijf jaar bariatric en wat is de jaarlijkse kostprijs hiervan, zowel de kosten van de ingreep, van het gebruikte materiaal, van de anesthesie en de hospitalisatiekosten?

La **présidente**: Ce sont des questions longues et détaillées. Parfois il faut utiliser la question écrite.

25.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, het is inderdaad de bedoeling om de verschillende gezondheidsproblemen van de bevolking zo vroeg mogelijk aan te pakken. In het geval van obesitas wordt onder meer bestudeerd wat het nut van terugbetaling van raadplegingen bij een diëtist of psycholoog voor begeleiding kan zijn.

Zoals u weet zijn er aan de obesitasproblematiek echter meerdere factoren verbonden. We wijzen er u ook op dat het wetenschappelijk bewijs voor de rendabiliteit van die terugbetaling nooit werd geleverd. De impact van de terugbetaling voor deze raadplegingen op het budget van de ziekteverzekering riskeert daarentegen wel heel belangrijk te zijn. Het is moeilijk om te laten berekenen wat die raadplegingen inzake psychologie of diëtetiek aan besparingen zouden kunnen opleveren in vergelijking met de kostprijs van de ingrepen inzake bariatrische heelkunde. Er bestaan daarentegen studies betreffende de gezondheidseconomie waaruit blijkt dat de bariatrische heelkunde voor patiënten waarbij die ingrepen aangewezen zijn, doeltreffend en vrij goedkoop is.

De ziekenfondsen testen regelmatig de manieren om aan de verwachtingen van hun leden te voldoen, ook op het vlak van psychologische ondersteuning en dieetondersteuning. Tot nu toe hebben die ervaringen, voor zover bekend, geen resultaten opgeleverd waaruit wij kunnen afleiden hoe het nationaal gezondheidsbeleid moet worden veranderd.

Op dit ogenblik staat er geen hervorming van de nomenclatuur van de bariatrische heelkunde op de agenda. Dat belet het Observatorium voor Chronische Ziekten en sommige beroepsorganisaties echter niet om daar toch over na te denken.

De chirurg en zijn patiënt dragen de elementen aan waarmee kan worden aangetoond dat er gedurende minstens één jaar pogingen tot vermagering zijn ondernomen, zonder een duurzaam resultaat. Die elementen worden opgenomen in het medisch dossier en worden ter beschikking gehouden van de verzekeringsinstellingen die ermee belast zijn om ze te controleren.

Wetenschappelijke literatuur en de praktijk in andere landen verstrekken meer en meer argumenten om na te denken over een mogelijke verlaging van de minimumleeftijd voor deze ingrepen door de vergezellende maatregelen te versterken. Net als u ben ik verheugd over de maatregelen die Vlaanderen sedert vijftien jaar neemt om gevolg te geven aan de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Op nationaal vlak vertrouwen wij ook op de analyses van het Kenniscentrum dat vroeger bepaalde aspecten van de obesitasproblematiek heeft bestudeerd en die studies ook heeft gepubliceerd.

Elk jaar heeft het Kenniscentrum een planning inzake uit te voeren opdrachten, afkomstig van de verschillende stakeholders. Het beschikt echter niet over een onbeperkt budget, noch over onbeperkt personeel om alle soorten onderzoeken tegelijkertijd uit te voeren. Ook zij hebben een prioritaire lijst. Dat is één van de redenen waarom wij ook niet zeven keer per dag een andere studie aan het Kenniscentrum kunnen vragen. Desalniettemin hebben zij zich in het verleden al gebogen over bepaalde aspecten die daarmee gepaard gaan en ik sluit niet uit dat zij dat in de toekomst nog zullen doen.

Het bestaan van een zelfmoordrisico bij patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan, wordt ook vermeld in de wetenschappelijke literatuur.

In de evaluatie van de heelkunde en in de aanbevelingen voor een goede praktijkvoering voor de bariatrische heelkunde is daarmee ook rekeninggehouden. Er zijn mensen die moeilijk kunnen omgaan met hun nieuwe lichaam, met de beperkingen ervan, met de manier waarop zij kunnen eten en met de confrontatie met de gevolgen van extreme vermagering, zoals overtollige huid, en die daardoor een beetje uit hun evenwicht geraken, psychologisch. De vraag is dan natuurlijk of zij daarin ook psychologisch moeten begeleid worden.

25.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Is de omvang van die problematiek gekend?

25.04 Minister Maggie De Block: Men heeft mij gezegd dat die gekend is in de wetenschappelijke literatuur, niet alleen in België. Er is veel expertise op het vlak van bariatrische heelkunde, ook in andere landen.

25.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik zal het opvragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter:** Vraag nr. 4273 van mevrouw Detiège wordt uitgesteld, evenals vraag nr. 4279 van de heer Mathot.

26 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "vroedkundige thuisbegeleiding" (nr. 4282)

- mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afbouw van de kraamzorg in de ziekenhuizen" (nr. 4295)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de vroedkundige zorg thuis" (nr. 4308)

26 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accompagnement en post-partum à domicile" (n° 4282)

- Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction des soins postnatals dans les hôpitaux" (n° 4295)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation des soins post-partum à domicile" (n° 4308)

La **présidente:** Chères collègues, on ne répète pas la question qui a déjà été posée. On ajoute simplement ce qui est complémentaire. On ne doit pas avoir trois fois une longue question.

26.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, na de bevalling hebben vrouwen recht op zeven tot tien thuisconsultaties door de vroedvrouw, hetgeen door de bevallen vrouwen en hun omgeving doorgaans erg positief onthaald wordt. Blijkbaar is niet elke vrouw daarvan op de hoogte en kan bovendien niet elke vrouw daar postpartum een beroep op doen door een overbezetting van vroedvrouwen.

Mevrouw de minister, is dat probleem bij u bekend?

Wie is er eigenlijk verantwoordelijk om de bevallen vrouwen op dat recht van tien thuisconsultaties te wijzen? Hoe komt het dat niet alle vrouwen daarvan op de hoogte zijn? Plant u stappen om daar een mouw aan te passen?

Hebt u er een idee van hoeveel vrouwen na de bevalling een beroep doen op thuisconsultaties? Hoeveel procent doet een beroep op de thuisconsultaties en hoeveel niet? Hoeveel van die vrouwen gebruiken ook de tien consultaties, waar zij recht op hebben? Wanneer niet alle consultaties worden benut, wat zijn daarvoor dan de redenen?

Hebben we, voor de vrouwen die geen beroep doen op thuisconsultaties, er een zicht op of het gaat om primipara of pluripara?

Hebt u weet van vrouwen die graag een beroep willen doen op de consultaties maar die in de kou blijven staan doordat de vroedvrouwen in de regio geen tijd hebben in hun agenda? Is dat geografisch verschillend? In welke streken zijn er problemen van overbevroegde vroedvrouwen? Hoe komt dat en hoe kan dat probleem aangepakt worden?

Wat is het plan B als er in de regio van de bevallen vrouw net geen vroedvrouwen beschikbaar zijn?

Hoeveel vroedvrouwen geven dergelijke consultaties? Hoeveel consultaties geven zij gemiddeld per dag aan

hoeveel bevallen vrouwen?

Hoeveel krijgt de vroedkundige per sessie vergoed? Hoe lang duurt een sessie?

Wordt het aantal sessies soms verlengd, dus boven de tien, als er zich pertinente problemen voordoen? Hoe wordt dat bepaald? Hoe vaak komt dat voor?

Tot slot, wat is het budget dat jaarlijks aan die sessies wordt uitgegeven?

26.02 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de minister, mijn vraag sluit aan bij de voorgaande vraag waarin ook allusie werd gemaakt op het verkorten van het ziekenhuisverblijf van 4,5 naar 4,1 dagen. In mijn inleiding verwijs ik naar de OESO-cijfers. De commotie ter zake heeft volgens mij aangetoond dat flankerende maatregelen of een goede organisatie van de ambulante postnatale verzorging nodig zijn. Er is bovendien vooral vraag naar voldoende gezins-, thuis- en kraamzorg met onder andere verpleging en artsen.

Ik zal mij beperken tot mijn vragen, mevrouw de minister. Hebt u zicht op de organisatorische en financiële impact van de maatregelen op de Gemeenschappen? Zij zullen immers een deel van de kraamzorg moeten financieren. Beschikt u zelf over voldoende ambulante zorgverleners, zowel huisartsen als vroedvrouwen, om in te staan voor de verzorging als bevallen vrouwen vroeger uit het ziekenhuis worden ontslagen?

Wat de hielprik betreft, heb ik gezien dat collega Fonck daarover een vraag heeft gesteld. Dit zat ook in mijn inleiding.

Hebt u over uw maatregelen overleg gepleegd met uw Vlaamse collega? U mag ook zeggen of u daarover overlegt heeft met uw Waalse collega. De welzijnssector zal immers de inkorting van het ziekenhuisverblijf moeten opvangen. Er is een tijd geweest dat de afbouw van ziekenhuisbedden werd opgevangen door financiële transfers naar de welzijnssector, maar dat ligt nu iets moeilijker door de herverdeling van de bevoegdheden ter zake.

Op welke manier wordt Vlaanderen uitgenodigd voor deelname aan de proefprojecten? Als ik het goed heb begrepen, moeten de projecten tegen het einde van dit jaar van start gaan. Via die proefprojecten zal ook worden aangetoond wat de noden zijn, zowel op federaal niveau als op het niveau van de Gemeenschappen.

Moet er dan ook een samenwerkingsakkoord afgesloten worden om wettelijk in de eventuele herverdeling van de financiële middelen te voorzien?

Zijn er aan het KB nr. 78 wijzigingen nodig om zorgverleners in de thuiszorg voldoende aanwezig te laten zijn?

26.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dit zijn drie verschillende vragen. Ik heb een totaal andere insteek dan de twee vorige sprekers.

Onlangs hebben de vroedvrouwen nogmaals hun behoeften aan het RIZIV kenbaar gemaakt. In die voorstellen zitten heel goede zaken. Mevrouw de minister, steunt u een aantal van de rechtmatige vragen die zij hebben?

Zij hebben geen intakenummer. Het zou een goed idee zijn om hun dat bij een eerste bezoek te gunnen. Ik ben het niet eens met mijn collega, mevrouw Van Camp, dat vrouwen recht hebben op tien bezoeken. Dat is een misinterpretatie van de teksten. Er staat dat die bestaan en dat er zoveel zijn, maar het is geen recht. Het is gewoon anders geformuleerd. Het staat ook dikwijls zo in de folders van de mutualiteiten.

De nomenclatuur vanaf dag 5 is helemaal ondergewaardeerd. De vroedvrouwen vragen daarvoor een vergoeding van 50 %. Er zijn ook problemen met de weekendtarieven en reiskosten. Vroedvrouwen hebben geen ondersteuning voor telematica. Huisartsen hebben die wel. U bent altijd een grote voorstander van al wat te maken heeft met e-Health en met het delen van dossiers. Ik meen dat u daarin een tandje kunt bijsteken. Ik zou het in elk geval doen. Huisartsen krijgen ook praktijkondersteuning via Impulso, vroedvrouwen niet.

Ik meen dat dit belangrijk incentives zijn om de eerste lijn klaar te maken voor de plannen die u hebt.

Tot slot, zoals ik in de plenaire vergadering reeds gezegd heb, bestaat de dreiging om te deconventioneren. Biedt de mogelijkheid om partieel te conventioneren, zoals die al voor bepaalde artsen bestaat, niet de kans om een differentiëring in het beroep aan te brengen?

Mijn allerbelangrijkste verzoek is of u oog wilt hebben voor de vragen die zij aan het RIZIV hebben overhandigd, waarvoor dank.

26.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik stel vast dat onze aankondiging dat wij een moeder-kindtraject willen maken tot zeer vele reacties geleid heeft en veel in beweging brengt. Er circuleren lijsten met gewenste voordelen, toekenningen en verhogingen. Ik heb daar wel allemaal begrip voor, maar ik vind het heel belangrijk dat men weet dat het takenpakket van de vroedvrouwen zich op twee domeinen afspeelt, namelijk de meewerkende functies en de autonome functies.

De autonome functies worden opgelijst in het koninklijk besluit nr. 78, en zij zullen mogelijk deel uitmaken van de hervorming van dit koninklijk besluit. Dit is een belangrijke werf die deze regering heeft opgezet. Het toezicht op de zorg en het advies aan de vrouw tijdens de zwangerschap, de bevalling en in de periode na de bevalling, maken daar deel van uit. Daarvoor zijn er dus ook al nomenclatuurnummers.

Er is een specifiek nomenclatuurnummer voor de eerste individuele verloskundige zitting thuis. Het kenniscentrum heeft in zijn rapport over de organisatie van zorg na de bevalling dan ook aanbevolen dat de postnatale zorg reeds moet worden voorbereid tijdens de zwangerschap. Deze financiële stimulans vindt dan ook terecht tijdens de zwangerschap plaats.

Zowel koninklijk besluit nr. 78 als de huidige nomenclatuur zorgen voor een gepast kader voor de vroedvrouwen om postnatale zorg te kunnen verlenen. Er zal worden nagedacht over de optimalisatie van beide wetgevingen en de lijst met wensen. Mevrouw Dedry, ik wijs erop dat de voordelen die u aanhaalt voor de huisartsen er niet gekomen zijn van de ene dag op de andere maar na een lang traject. Ik neem aan dat u bedoelt dat er een traject mag overwogen worden.

Mevrouw Becq, in verband met de gefinancierde ligduur, verwijs ik ook naar mijn antwoord op de vraag van mevrouw Fonck. Een opname in het ziekenhuis na een bevalling bedraagt momenteel 4,5 dagen en de reële ligduur slechts 4,1 dagen. De regeringsmaatregel van dit jaar beoogt dan ook alleen de gefinancierde ligduur in overeenstemming te brengen met de werkelijke ligduur. Mevrouw Fonck begreep dat niet.

De maatregel zou bijgevolg geen directe impact mogen hebben op de Gemeenschappen. Er heeft reeds een eerste contact plaatsgevonden. Dit contact zal de komende maanden worden voortgezet. Het plan van aanpak inzake de hervorming van de ziekenhuizen voorziet uitdrukkelijk in de betrokkenheid van de Gemeenschappen bij de evaluatie van de pilootprojecten en uiteraard ook bij het uitwerken ervan. Dat lijkt mij evident, vermits dit een traject moeder-kind is: prenataal, de hospitalisatie en postnataal.

In het kader van de hervorming is het ook mijn ambitie om op het vlak van de ziekenhuisfinanciering samenwerking en efficiënte inzet van middelen te belonen door de implementatie van twee principes: de *shared savings* en de *bundled payments*.

Dit moet toelaten om verder na te denken over de vergoeding van postnatale zorgverleners, wanneer een project wordt opgestart dat het verblijf in het ziekenhuis na een bevalling kan beperken. Ook e-Health en praktijkondersteuning kunnen hierbij worden betrokken.

Het is evident dat de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind hierbij steeds centraal moet worden gesteld.

Mevrouw Van Peel had vragen over het aantal en de spreiding van de vroedvrouwen. Het Kenniscentrum zal in 2016 van start gaan met een onderzoek over de planning van het aantal vroedvrouwen in België, meer bepaald de postnatale zorg in België met het oog op het realiseren van een verkorte ziekenhuisopname in combinatie met een kwaliteitsvolle opvolging thuis door bekwame gezondheidszorgbeoefenaars. De resultaten van dit onderzoek kunnen dan ook een basis vormen voor maatregelen die moeten worden genomen met betrekking tot de planning van de vroedvrouwen.

De media-aandacht van de voorbije weken is volgens mij niet zozeer door deze maatregel ingegeven maar veeleer door de bevalling en het vroegtijdig verlaten van het ziekenhuis op hoge hakken en gestylde haren

van Kate Middleton. Dat was ook zo na de geboorte van baby George.

Al die media-aandacht zal ongetwijfeld bijdragen aan de kennis van jonge Belgische gezinnen over het bestaan van kraamzorg en vroedvrouwen die thuis postnatale zorg kunnen aanbieden. Dat heeft zich ook weerspiegeld in de vraag van mevrouw Dedry die zegt dat er meer inlichtingen en consultaties worden gevraagd. Dat is een goede zaak.

Ook binnen de pilootprojecten zal er aandacht moeten worden besteed aan de informatieverstrekking, de postnatale zorg na het ontslag en de overgang van het ziekenhuis naar het verblijf thuis en de specifieke noden die daar eventueel bij horen.

Mag ik erop wijzen dat ik waarschijnlijk de eerste minister van Volksgezondheid ben die een vroedvrouw op haar kabinet heeft aangeworven? Zij werkt zeer gemotiveerd aan de problematiek.

Mevrouw Becq, wat betreft de samenwerking met de Gemeenschappen hebben wij geen ander kanaal dan de interministeriële conferentie.

La **présidente**: J'aimerais que vos répliques soient courtes, car j'aimerais que l'on puisse poser les questions inscrites au point 45. Puis, nous arrêterons.

26.05 Maggie De Block, ministre: Excusez-moi, mais je dois être dans une demi-heure à Tour & Taxis pour remettre un prix.

La **présidente**: D'accord, je veux bien renoncer à ma question n° 4286 afin que M. Frédéric pose la sienne.

26.06 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik heb niet echt een antwoord gehad, maar ik begrijp dat de meeste vragen schriftelijk gesteld moeten worden.

26.07 Minister Maggie De Block: De cijfermatige vragen zullen het resultaat zijn van het onderzoek van het Kenniscentrum. De cijfers zijn momenteel nog niet beschikbaar.

26.08 Yoleen Van Camp (N-VA): En wat betreft het aantal personen dat beroep doet op de thuisconsultaties?

26.09 Minister Maggie De Block: Mag ik naar het Reglement verwijzen? Ik wijk er echt veel van af, maar het is onmogelijk dit in een mondelinge vraag te beantwoorden.

26.10 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik zal de vraag schriftelijk indienen.

La **présidente**: Il faut recourir aux questions écrites pour des questions précises exigeant des chiffres, des répartitions, etc. Sinon, nous n'en sortirons pas.

26.11 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

Ik meen dat de aandacht die er nu aan wordt gegeven juist een uitgelezen kans biedt om die samenwerking goed te organiseren. Ik herinner mij uit de tijd waarin ik de ouderenzorg volgde dat het toen ook ging over de overgang van ziekenhuizen naar thuiszorg of rusthuiszorg. Ik meen dat vooral dat kluwen en het netwerk belangrijk zijn. Overleg daarover is noodzakelijk.

26.12 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Uit de praktijk weet ik dat er eerder een plethora is van vroedvrouwen dan een tekort. Het is dus alleen een kwestie van goed organiseren. Er zijn meer dan genoeg vroedvrouwen.

Ten tweede, hier is al honderd keer allerlei gezegd over die hiepriek, met een hoop nonsens erbij. Dat wordt nu al heel goed opgevolgd in de thuiszorg. Dat is echt niet moeilijk. Met goede afspraken met een ziekenhuis loopt dat vanzelf. Vroedvrouwen kunnen dit. Ook de termijn moet worden gerespecteerd.

Mijn laatste punt is dat mijn bezorgdheid over het deconventioneren blijf bestaan. Het zou immers echt niet mogen dat kwetsbare gezinnen meer moeten gaan betalen of minder aan zorg kunnen komen dan anderen.

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

La **présidente**: Nous passons aux questions jointes de Mme Van Peel, M. Frédéric et Mme Cassart Mailleux et moi-même.

26.13 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, wij hebben mevrouw Van Peel wel ingelicht dat de commissiewerkzaamheden om 18 u 00 zouden eindigen. Zij is vertrokken en kan haar vraag niet stellen. De volgende vraag is immers een samengevoegde vraag.

La **présidente**: Il est 18 h 05. Elle n'était pas là à 18 h 00!

26.14 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, wij hadden uitgeteld dat haar vraag pas na 18 u 00 aan bod zou kunnen komen. Zij is dus vertrokken.

La **présidente**: Nous avons dit 18 h 00! Elle n'était pas là.

26.15 Yoleen Van Camp (N-VA): Wij dachten dat wij die vragen nog konden stellen. Wij zijn speciaal kort geweest om om 18 u 00 te kunnen eindigen.

27 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de plannen van de Franse Gemeenschap inzake de filter voor de studies geneeskunde en tandheelkunde" (nr. 4283)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het artsenkadaster" (nr. 4286)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitreiking van RIZIV-attesten" (nr. 4302)

- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beslissing van minister Marcourt om de studenten geneeskunde te 'schiften' aan het einde van het eerste bachelorjaar" (nr. 4315)

27 Questions jointes de

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet de la Communauté française en matière de filtre pour les études de médecine et de dentisterie" (n° 4283)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cadastre des médecins" (n° 4286)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délivrance des attestations INAMI" (n° 4302)

- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la décision du ministre Marcourt de 'filtrer' les étudiants en médecine en fin de première année de baccalauréat" (n° 4315)

27.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, vous vous étiez engagée à délivrer des attestations INAMI à tous les étudiants en cours de formation, pour autant que la Fédération Wallonie-Bruxelles instaure un système de filtre concernant l'accès aux études de médecine et de dentisterie.

C'est à présent chose faite. La Fédération a tenu ses engagements puisqu'un avant-projet de décret instaurant un concours d'entrée en fin de première année de médecine et de dentisterie vient d'être approuvé par le gouvernement de la Fédération.

Il est donc temps de rassurer les milliers d'étudiants en médecine et en dentisterie qui craignent toujours de ne pas pouvoir exercer leur profession au terme de leurs études, faute de pouvoir disposer d'un numéro INAMI.

Madame la ministre, M. Marcourt ayant tenu ses engagements dans ce cadre, confirmez-vous que les attestations INAMI pourront être données à ces étudiants? Pourriez-vous nous expliquer comment vous comptez procéder? Une modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 est-elle prévue pour permettre leur délivrance? Si oui, dans quel délai cela sera-t-il possible?

27.02 **Maggie De Block**, ministre: Cher collègue, l'avant-projet de décret pour l'installation d'un filtre concernant les étudiants en médecine et visant à rencontrer les quotas de la commission de planification n'a jamais vraiment été proposé en conférence interministérielle (IKW/groupe de travail intercabinets).

Nochtans hebben er in de voorbije maanden verscheidene keren interkabinettenwerkgroepen vergaderd en werd er door het federaal beleidsniveau bij die gelegenheden ook naar geïnformeerd.

Ondanks alle vragen daarover en het voorstel van journalisten om mij die tekst te bezorgen, wacht ik toch op de teksten die minister Marcourt vrijdag jongstleden heeft voorgelegd aan de regering.

Je suppose qu'il va me transmettre assez rapidement les textes afin que je puisse les étudier et qu'il les enverra également aux autres acteurs de la conférence interministérielle, c'est-à-dire à Mme Crevits qui est compétente pour la Communauté néerlandophone.

Je prends acte du fait que le gouvernement de la Communauté française a approuvé un avant-projet de décret, mais étant donné que je n'ai pu prendre connaissance en aucune manière du contenu de ce projet de décret, je m'abstiendrai raisonnablement de tout commentaire.

L'installation et le développement d'un filtre effectif est une compétence au niveau des États fédérés. J'ai souligné clairement que le filtre proposé doit pouvoir convaincre l'autre Communauté et le niveau fédéral en ce qui concerne son efficacité à réduire le nombre d'étudiants en médecine.

C'est uniquement dans ce cas que je pourrai prolonger la période de lissage après 2018.

En son temps, j'avais aussi pris l'engagement de veiller à ce que le cadastre dynamique promis depuis de nombreuses années soit une réalité pour l'été 2015. Je fais remarquer que ce cadastre a été présenté et adopté le 8 mai dernier en séance plénière de la Commission de planification. Ce cadastre dynamique (plan 4) est un document très technique qui sera l'instrument de travail pour les experts spécialistes de la Commission de planification afin de permettre la fixation des quotas fondés pour les années 2022 et suivantes.

Il est impossible de tirer aujourd'hui des conclusions immédiates, prématurées et superficielles sur ces futurs quotas. Il en va de même en ce qui concerne les déclarations sur un surplus supposé ou une pénurie supposée d'effectifs médicaux. Il faut faire preuve de prudence et de réflexion avec la mine d'informations que contient ce cadastre dynamique.

Madame la présidente, vous aviez déjà demandé un exposé sur le contenu de ce cadastre. Nous avons convenu d'organiser une réunion. Je demanderai à la présidente de la Commission de planification d'être présente car elle a participé à toutes les négociations.

La **présidente**: Dès que nous connaîtrons la date, nous avertirons les membres de la commission.

27.03 **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, s'agissant du cadastre, je me rallie à cette volonté de transparence, de sorte que nous puissions en prendre connaissance. C'est important pour l'avenir. Cependant, on ne peut pas faire comme s'il ne s'était rien passé à la Fédération Wallonie-Bruxelles. Je vais transférer votre réaction, mais au-delà de la question des compétences respectives, il y a des étudiants qui se sont engagés dans un cursus onéreux.

27.04 **Maggie De Block**, ministre: Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Toutefois, c'est moi qui ai formulé une proposition en décembre. La réponse m'a été donnée en février. Et, maintenant, un avant-projet de décret est en élaboration. Il devra évidemment être voté. Nous tenons compte de tous ces facteurs.

En tout cas, c'est moi qui ai trouvé la solution pour les étudiants actuels. Si ce n'est pas efficace, cela relèvera de la responsabilité de votre ministre de l'Enseignement, et pas de la mienne!

La **présidente**: Que chacun se mette à l'ouvrage!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18.13 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.13 uur.